República de Chile

PROGRAM FOR UNIVERSAL PRIMARY HEALTHCARE COVERAGE AND RESILIENCE (P179785)

Program for Results (PforR)

ENVIRONMENTAL AND SOCIAL SYSTEMS ASSESSMENT (ESSA)

BORRADOR con fecha de

28 agosto 2023

Prepared by the World Bank

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

A&S	Ambientales y Sociales
APS	Atención Primaria de Salud
ARs	Áreas de Resultados
ASS	Ambiental, Seguridad y Salud
ASSL	Ambiental y de Seguridad y Salud Laboral
BM	Banco Mundial
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información de Salud
DGREYD	Departamento de Gestión de Riesgos en Emergencia y Desastres
DIPRES	Dirección de Presupuestos del GdCl
DIVAP	División de Atención Primaria
DLIs	*Disbursement Linked Indicators*
DLR	*Disbursement Linked Results*
DOM	Dirección de Obras Municipal
ECICEP	Estrategia de Atención Integral Centrada en las Personas
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ESAS	Evaluación de los Sistemas Ambientales y Sociales
ESSA	*Environmental and Social Systems Assessment*
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GdCl	Gobierno de Chile
ITO	Inspector Técnico de Obra
LGBTIQA+	Lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer, asexual y otras identidades de género
MINSAL	Ministerio de Salud
MMA	Ministerio de Medio Ambiente
PDI	*Program Development Objective Indicators*
PDO	*Program Development Objective/s*
PforR	*Program for Results* (Programa por Resultados)
RCA	Resolución de Calificación Ambiental
RSEIA	Reglamento Servicio de Evaluación de Impacto Ambiental
SEREMIS	Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
SS	Servicios de Salud
UIP	Unidad de Implementación del Programa

Table of Contents

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS I

ÍNDICE DE TABLAS IV

ÍNDICE DE FIGURAS 4

1. INTRODUCCIÓN 1

1.1 PROPÓSITO DE LA ESAS 2
1.2 METODOLOGÍA DE LA ESAS 2

2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA 3

2.1 EL PROGRAMA DE GOBIERNO 3
2.2 PROGRAMA POR RESULTADOS 4
2.2.1 ALCANCE DEL PROGRAMA POR RESULTADOS 4
2.2.2 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL PROGRAMA (PDO) E INDICADORES DE RESULTADOS A NIVEL DE PDO 5
2.2.3 INDICADORES VINCULADOS A DESEMBOLSOS 5
2.2.4 ARREGLOS INSTITUCIONALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PFORR 7
2.2.5 INTERVENCIONES FÍSICAS DEL PROGRAMA POR RESULTADOS 7
2.2.6 INTERVENCIONES SOCIALES DEL PROGRAMA 8
2.2.7 ALINEACIÓN CON LA DECLARACIÓN ALMA ATA. Y LA DECLARACIÓN ASTANÁ 9
2.2.8 LISTA DE EXCLUSIÓN 9

3. EFECTOS AMBIENTALES Y SOCIALES POTENCIALES DEL PROGRAMA 10

3.1 POTENCIALES BENEFICIOS Y RIESGOS AMBIENTALES 10
3.1.1 POTENCIALES BENEFICIOS AMBIENTALES 10
3.1.2 POTENCIALES IMPACTOS Y RIESGOS AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD 10
3.2 POTENCIALES BENEFICIOS Y RIESGOS SOCIALES 16
3.2.1 POTENCIALES BENEFICIOS SOCIALES 16
3.2.2 POTENCIALES IMPACTOS Y RIESGOS SOCIALES 16

4. EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SOCIAL 20

4.1 SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL RELEVANTES PARA EL PFORR 20
4.1.1 MARCO LEGAL EN MATERIA AMBIENTAL RELEVANTE PARA EL PROGRAMA 20
4.1.2 MARCO INSTITUCIONAL PARA LA GESTIÓN AMBIENTAL DEL PROGRAMA 29
4.1.3 IMPLEMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL 35
4.2 SISTEMAS DE GESTIÓN SOCIAL RELEVANTES PARA EL PFORR 37
4.2.1 MARCO LEGAL Y REGULATORIO PARA LA GESTIÓN SOCIAL DEL PROGRAMA 37
4.2.2 MARCO INSTITUCIONAL PARA LA GESTIÓN SOCIAL DEL PROGRAMA 48

4.2.3 IMPLEMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN SOCIAL EN MATERIA DE RESOLUCIÓN DE RECLAMOS Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA 53
4.3 EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SOCIAL DEL PROGRAMA EN RELACIÓN CON LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA POLÍTICA PFORR 55

5. RECOMENDACIONES Y ACCIONES PARA LOS SISTEMAS A&S DEL PROGRAMA 58

5.1 ACCIONES PARA INCLUIR EN EL PLAN DE ACCIÓN DEL PROGRAMA (PAP) 58
5.2 PROCESOS PARA INCLUIR EN EL MANUAL DE OPERACIONES DEL PROGRAMA (MOP) 59
5.3 RECOMENDACIONES 60

6. REFERENCIAS 62

7. ANEXO EVALUACIÓN SOCIAL 64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Indicadores Vinculados a Desembolsos del PforR 6

Tabla 2 Potenciales riesgos e Impactos Ambientales y de Seguridad y Salud (ASS) .. 11

Tabla 3 Potenciales riesgos e Impactos Sociales 18

Tabla 4 Normativa general aplicable al Programa por Resultados en materia ambiental 21

Tabla 5 Normativa ambiental de carácter específico 24

Tabla 6 Marco Institucional para normatividad, control y fiscalización ambiental del Programa 31

Tabla 7 Marco normativo general sobre garantía y protección de derechos, no discriminación, participación ciudadana y procedimientos para reclamos 38

Tabla 8 Marco Normativo para la Red de Atención Primaria en materia de coordinación, derechos y deberes garantizados, y mecanismos de participación ciudadana 43

Tabla 9 Dimensiones y Acciones para la Participación Ciudadana y Gestión de Reclamos 54

Tabla 10 Resultado de la Evaluación Medioambiental y Social por Principios Básicos del PforR 55

Tabla 11 de Actividades para la Universalización de la APS definida por MINSAL por Área de Resultado de PforR..... 12

Tabla 12 Tratados y otras normas internacionales suscritas por Chile en materia de Derechos Humanos y salud..... 23

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Proceso de evaluación ambiental 35

Figura 2 Organigrama Compacto del Ministerio de Salud Pública 48

Figura 3 Organigrama Subsecretaría de Salud Pública 49

Figura 4 Organigrama Subsecretaría de Redes Asistenciales 50

1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de la Política Operacional (OPS5.04-POL.107 de 2017) y la Directiva (OPS5.04-DIR.107 de 2022)[1] para el financiamiento de Programas por Resultados (PforR por sus siglas en inglés) del Banco Mundial (BM), esta Evaluación de los Sistemas Ambientales y Sociales (ESAS), tiene por objetivo presentar los hallazgos y recomendaciones de la evaluación del riesgo realizada por el Banco Mundial de los sistemas de gestión ambiental y social que rigen en la implementación del Programa por Resultados C*hile: Program for Universal Primary Healthcare Coverage and Resilience* (P179785). Se está realizando un análisis de los aspectos legales e institucionales aplicables al PforR en preparación con el fin de determinar si:

- Promueven la sustentabilidad ambiental y social en el diseño del Programa; evitan, minimizan y/o mitigan impactos adversos, y promueven una toma de decisiones informada en relación con los impactos sociales y ambientales del Programa.
- Evitan, minimizan y/o mitigan impactos en hábitats naturales o en recursos físicos y culturales que pudieran ser afectados por el Programa.
- Protegen debidamente a las comunidades y a los trabajadores contra riesgos potenciales derivados de actividades como: i) construcción y/u operación de instalaciones y otras prácticas bajo el Programa; ii) exposición a productos tóxicos y desechos peligrosos que resulten de las actividades del Programa; y iii) reconstrucción o rehabilitación de infraestructura localizada en áreas vulnerables al impacto de desastres naturales.
- Administran adecuadamente la adquisición de tierras y la restricción de acceso a recursos naturales de tal manera que se eviten o minimicen los desplazamientos y los impactos sociales y económicos mediante la asistencia a los grupos afectados para mejorar o como mínimo restaurar las condiciones de vida en las que se encuentran antes de la implementación del Programa.
- Garantizan que los derechos e intereses de grupos indígenas y grupos vulnerables sean tomados en cuenta mediante su participación informada en las decisiones del Programa que pudieran afectarles, y a la vez garantizan el acceso equitativo y culturalmente adecuado de los beneficios del Programa.
- Evitan exacerbar conflictos sociales en especial en territorios frágiles y áreas con conflictos sociales o por disputas territoriales.

[1] PfR Policy and Directive, disponible en: https://www.worldbank.org/en/programs/program-for-results-financing#3

1.1 Propósito de la ESAS

El propósito de esta ESAS es: i) identificar los potenciales riesgos ambientales y sociales (A&S) que pueden afectar el logro de los resultados del Programa; ii) evaluar la capacidad del prestatario para gestionar esos riesgos (su marco legal, autoridad reguladora, capacidad organizativa y desempeño), con énfasis en las políticas ambientales y sociales, la legislación, los procedimientos y los sistemas institucionales para evaluar su consistencia con la Política y Directiva Banco Mundial para los PforR; y recomendar acciones específicas para fortalecer la capacidad de las agencias ejecutoras con respecto a la gestión eficaz de los problemas ambientales, de salud y seguridad y sociales durante la ejecución. Algunas de estas medidas se incorporarán en el Plan de Acción del Programa (PAP) y otras se incorporarán en el Manual Operativo del Programa (POM), según se detalla en la Sección 5.

1.2 Metodología de la ESAS

La ESAS es un requisito de documento del Banco Mundial para las operaciones de inversión de PforR y es preparado por el personal del BM, en colaboración con el gobierno (MINSAL, en este caso). Los hallazgos, conclusiones y opiniones expresadas en el documento ESAS son las del BM. El borrador del informe de ESAS se compartió con las contrapartes en el Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile antes de las reuniones de consulta de la ESAS y los comentarios y aportes recibidos fueron incorporados a este informe. Los comentarios recibidos de las consultas públicas se incorporarán al informe final de ESAS según corresponda.

La metodología para el desarrollo de esta ESAS se alinea con lo previsto en la Guía del BM preparada para conducir las ESAS para operaciones de financiamiento PforR. La metodología involucra:

i. Identificación de los potenciales riesgos ambientales, de seguridad y salud de trabajadores y población (ASS) y riesgos sociales que puedan resultar por las actividades a ser apoyadas por el PforR;

ii. Revisión documental de las leyes, reglamentos, requisitos y lineamientos de los sistemas nacionales en materia de gestión ASS y social para prevenir o mitigar los riesgos identificados, provistas por el cliente y/o consultadas en los sitios web oficiales de las agencias relevantes del Gobierno de Chile;

iii. Reuniones con representantes de las agencias de gobierno involucradas, incluyendo misiones virtuales de preparación de la operación y una visita en terreno a dos tipos de establecimientos de Atención Primaria en la comuna de Coltauco (un Centro de Salud Familiar -CESFAM- y una posta de salud). Estas misiones proporcionaron una mejor comprensión de los posibles riesgos ambientales y sociales asociados con este tipo de actividades y la capacidad y el procedimiento de los departamentos gubernamentales para abordar dichos riesgos, incluidas las medidas pertinentes adoptadas actualmente de conformidad con las leyes y reglamentos pertinentes;

iv. Revisión de documentos generados por el BM durante la preparación del PforR, como el Documento de Evaluación del Programa (PAD, por sus siglas en inglés) y Ayuda de Memoria de la última misión de preparación realizada.

v. Revisión de informes ESAS para otras operaciones PforR del BM.

vi. Elaboración y publicación del borrador de la ESAS antes de la misión de evaluación del Programa, en el sitio web externo del Banco Mundial.

vii. Una consulta pública del borrador de la ESAS, a realizarse luego de la Reunión de Decisión, con representantes del gobierno y actores de la sociedad civil relevantes. El borrador del informe ESAS se adjuntará a la convocatoria de las consultas; y

viii. La preparación de la versión final del informe ESAS tomando en cuenta los comentarios y observaciones recabadas en la consulta. Esta versión final se publicará tanto en el sitio web del MINSAL, como en el sitio web externo del Banco Mundial, después de las negociaciones y antes de la aprobación del Programa por la Junta Directiva del Banco Mundial.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

A continuación, se presenta un resumen del Programa por Resultados para la Cobertura y Resiliencia de una Atención Primaria de Salud (APS) Universal en Chile, en base a la versión provista en el Documento de Evaluación del Programa (PAD, por sus siglas en inglés) del Banco Mundial en agosto de 2023.

2.1 El programa de Gobierno

La Reforma de Salud que garantiza el acceso universal a la salud es una de las cuatro reformas estructurales propuestas en el Programa de Gobierno Apruebo Dignidad del Presidente Gabriel Boric[2] para el período 2022-2025. Ésta pone énfasis en la elaboración de una estrategia intersectorial de salud a nivel local, basado en el sistema de atención primaria, capaz de garantizar acceso universal y discriminación cero en la red de salud pública, centrado en las personas y sus diversidades, así como en el rol de las comunidades. Para ello propone medidas tendientes a modernizar la gestión en salud, mejorar la accesibilidad al sistema de salud pública y la eficiencia del gasto público en la materia.

Uno de los pilares de la Reforma de Salud es la **Universalización de la Atención Primaria[3]**, la que se reconoce como el corazón del sistema de salud pública y como estratégica en la prevención y promoción de la salud, en línea con la Declaración Alma Ata. (1978)[4] y la Declaración de Astaná (2018)[5].

El programa de Gobierno de Chile (GdCl) para la Universalización de la Atención Primaria es uno de los pasos fundamentales para el inicio de la trasformación del sistema de salud Chileno en un Sistema Universal de Salud y es la principal estrategia del GdCl para mejorar el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud de alta calidad para toda la población. Este programa está liderado por la Comisión Nacional para la Universalización de la APS, presidido por la Ministra de Salud, subsecretarios de Salud Pública y Redes Asistenciales, y conformada por un equipo técnico compuesto por las Divisiones y Departamentos correspondientes del MINSAL, el Fondo Nacional de Salud de Chile (FONASA) y la Superintendencia de Salud.

El programa Universalización de la APS está diseñado con cuatro objetivos: (a) ampliar la cobertura efectiva a través de la optimización de la APS, (b) hacer que la APS sea más resiliente, (c) mejorar el modelo de atención social y de salud, con dignidad y calidad y (d) optimizar los recursos e implementar un marco de monitoreo y evaluación (M&E) del desempeño que apoye la estrategia de APS.

Este programa se comenzó a implementar este año 2023 con una experiencia piloto en siete comunas (Alhué, Canela, La Cruz, Coltauco, Linares, Perquenco y Renca). Estos municipios pioneros fueron elegidos siguiendo una "estrategia de escalabilidad" que establece el camino a seguir de manera que las lecciones

[2] Las cuatro reformas estructurales propuestas en el Programa de Gobierno Apruebo Dignidad (2022 – 2025) son: (i) Acceso Universal a la Salud; (ii) Pensiones dignas sin AFP; (iii) Sistema educativo público gratuito y de calidad; y (iv) Conformación del primer gobierno ecologista en la historia de Chile. Fuente: https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%2Bde%2Bgobierno%2BAD%2B2022-2026%2B%282%29.pdf

[3] Un resumen general de lo que constituye la Universalización de la APS se ver en: https://www.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/

[4] Declaración Alma Alta. 1978. OMS – OPS – UNICEF. Fuente: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf

[5] Declaración de Astaná. 2018. Naciones Unidas. Fuente: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf

del piloto puedan ofrecer la mayor cantidad de información sobre la futura viabilidad e implementación (por ejemplo, sobre aspectos regulatorios, necesidades de recursos, el funcionamiento de la red de salud), que permita incrementar su cobertura anualmente hasta alcanzar la mitad de las comunas a fines del mandato del Presidente Boric. Además, los siete municipios reflejan la diversidad y heterogeneidad de los diferentes territorios de Chile, incluidos, entre otros, la ubicación (urbana frente a rural), la composición de su población (ya cubierta/alcanzada por la APS o no) o la disponibilidad de la infraestructura para entregar la APS.

Como se explica a continuación en la sección 2.2, el alcance del crédito del Banco Mundial solo cubrirá el financiamiento de una parte de este programa de Gobierno para la Universalización de la APS.

2.2 Programa por Resultados

2.2.1 Alcance del Programa por Resultados

El Programa por Resultados (PforR, por sus siglas en inglés) propuesto apoyaría[6] el programa de Gobierno de Universalización de la APS durante el cuatrienio 2024-2028, con una cobertura geográfica de 187 comunas (54% del total de comunas en Chile) y algunas acciones en todo el país. El PforR apoyará mejoras en la cobertura y calidad de la APS; fortalecimiento de la resiliencia en la APS; y la eficiencia en el financiamiento de la APS, a través de inversiones y actividades vinculadas a las **Áreas de Resultados (ARs)** descritas a continuación:

- **AR1: Cobertura y Calidad de la APS:**

  Bajo esta AR, se establecerá un nuevo modelo de atención donde todas las personas, independientemente del tipo de seguro de salud al que están adscritas, tendrán acceso y estarán efectivamente cubiertas por la APS, teniendo un fuerte componente de equidad. Esta AR también cerraría las brechas con respecto a la calidad de la atención, con un enfoque especial en la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) y con perspectiva de género (mujeres y personas LGBTIQA+). Las actividades bajo esta AR fortalecerán e instalarán una nueva Estrategia de Atención Integral Centrada en las Personas (ECICEP), un Paquete de Beneficios de Salud renovado y un sistema de navegación para pacientes. Finalmente, apoyará el rediseño de estrategias para la participación de individuos, familias y comunidades en la toma de decisiones, para proporcionar atención y servicios aceptables para los ciudadanos y fortalecer el papel social de la APS.

- **AR2: APS Resiliente:** Esta área tiene como objetivo fortalecer la APS en su papel contribuyente a construir un sistema de salud resiliente para enfrentar los desafíos futuros derivados de emergencias de salud pública como epidemias y pandemias; consecuencias del cambio climático; desastres naturales; fragilidad, conflicto y violencia, entre otros, incorporando las lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19. Las actividades incluyen principalmente: el desarrollo de una Guía para la 'Vigilancia de Riesgos de Emergencia de Salud Pública y Cambio Climático en la APS Universal', la capacitación del personal, la creación de "Equipos de Respuesta Integral" designados (georreferenciados a los municipios participantes) y capacitados para la Vigilancia de Riesgos de Emergencia, y el desarrollo y posterior construcción de un Nuevo Modelo de Infraestructura (ajustado a la exposición a peligros relacionados con el clima, distribución geográfica y normas de eficiencia energética).

- **AR3: Eficiencia de la APS:** Esta área está enfocada en mejorar los procesos asociados a la gestión de la APS que favorecen la optimización del uso de los recursos y, en consecuencia, de la atención

[6] Esta versión de la ESAS se basa en este alcance descrito (en base a la versión del PAD de agosto, 2023). Cualquier cambio en este alcance, podría implicar cambios en lo descrito/planteado en la versión final de la ESAS.

a la salud. Entre otras actividades, incluiría acciones para: (i) modernizar la asignación de recursos financieros de la APS en función de los riesgos sociales y de salud, (ii) capacitar a los administradores municipales de APS para instalar capacidades relacionadas con el liderazgo efectivo y la eficiencia en la ejecución del presupuesto en la APS, (iii) garantizar la conectividad en la APS, y la gobernanza e interoperabilidad de datos, y (iv) generar una plataforma virtual dual de gestión de la salud. Esta plataforma (es decir, portal web y aplicación móvil) por un lado permitirá a los ciudadanos verificar la información de salud y servicios de salud, programar citas, recibir recordatorios e información sobre estilo de vida saludable, evaluar los servicios recibidos en APS, entre otros. También se espera construir un marco de evaluación que tenga indicadores centinela de salud y gestión epidemiológica para los tomadores de decisiones a nivel local y la autoridad central, así como cambiar el modelo de acreditación de la APS, creando un único instrumento integral de evaluación del desempeño.

2.2.2 Objetivos de Desarrollo del Programa (PDO) e Indicadores de Resultados a nivel de PDO

Los **Objetivos de Desarrollo del Programa (PDO,** por sus siglas en inglés) son apoyar mejoras en: (i) la cobertura y calidad de la atención primaria de la salud; (ii) la contribución de la atención primaria a la resiliencia del sistema de salud; y (iii) la eficiencia del financiamiento de la APS.

Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Programa (PDI, por sus siglas en inglés**).** El Programa contará con 3 indicadores de resultado para alcanzar sus PDO, estos son:

- ***AR1 Cobertura y Calidad de la APS – PDI1*:** Disminución de la tasa de hospitalizaciones evitables de pacientes de APS con multimorbilidad[7].
- ***AR2 APS Resiliente – PDI2*:** Los Municipios Participantes cuentan con un Plan Sectorial de Salud que incluye un plan de 'Vigilancia de Riesgos de Emergencia en Salud Pública y Cambio Climático.
- ***AR3 Eficiencia en el financiamiento de la APS – PDI3*:** Municipios participantes con experiencia de usuario positiva.

2.2.3 Indicadores Vinculados a Desembolsos

A la fecha, se han definido 8 indicadores vinculados a desembolsos (DLIs, por sus siglas en ingles) que se consideran críticos para el logro de los PDO. En base a éstos y sus resultados (DLR, por sus siglas en inglés) el Banco Mundial desembolsará los fondos al PforR. La siguiente tabla presenta un resumen de estos DLIs:

[7] "Municipio Participante" significa cualquier Municipio que haya firmado un Acuerdo de Participación y participe en el Programa de APS Universal de acuerdo con los criterios de elegibilidad establecidos en el Manual Operativo.

Tabla 1 Indicadores Vinculados a Desembolsos del PforR

Área de Resultados	DLIs
AR1: Cobertura y Calidad de la APS	**DLI1.** Implementación Gradual del Programa de APS Universal y aumento de su cobertura. La ampliación del programa APS Universal está prevista para llegar a 187 municipios (de 346) al final del período PforR, cubriendo el 54% del número total de municipios del país. - **DLR 1.1** se considerará exitoso cuando 187 Municipios se integren al programa APS Universal[8], - **DLR 1.2** hará un seguimiento del aumento en el número de personas que se inscriben en un centro de APS por primera vez para garantizar el alcance del programa.
	DLI2. Incorporación de la perspectiva de género y el control de la violencia de género, considerando a las mujeres y las personas LGBTIQA+ dentro del marco del modelo de APS universal. - **DLR2.1** Agentes de salud comunitarios capacitados en violencia de género en los municipios participantes. - **DLR2.2** Mejora del tratamiento de calidad positiva al usuario en relación con la comunidad LGBTIQA+.
	DLI3. Disminución de la tasa de hospitalizaciones evitables de personas que viven con multimorbilidad.
	DLI4. Utilización de nuevos servicios de alto valor sanitario del nuevo Plan de Salud Familiar II - **DLR4.1** materialización del nuevo Plan de Salud Familiar II. - **DLR4.2** Aumento en el uso de nuevos servicios de alto valor para la salud, que se determinará durante la implementación de acuerdo con el BM.
AR2: APS Resiliente	**DLI5.** Establecimiento y despliegue del paquete "Vigilancia de los riesgos de emergencia de salud pública y el cambio climático en la APS universal".. - **DLR5.1** Diseño e implementación de la Guía Ministerial para la Vigilancia de Riesgos de Emergencias en Salud Pública y Cambio Climático en la APS Universal. - **DLR5.2** Desarrollo de capacidades y recursos humanos asignados para gestionar los riesgos y emergencias de salud pública. Este contribuirá a la evaluación del entrenamiento y a la formación de 'Equipos de Respuesta Integral' comunitarios con personal de APS para monitorear los riesgos de emergencia de salud pública y cambio climático.
	DLI6. Nuevo modelo de infraestructura ajustado a la distribución geográfica de la población y estándares de eficiencia energética y las condiciones necesarias para reducir las vulnerabilidades climáticas. - **DLR6.1** Apoyará el diseño de la nueva infraestructura de APS**.** - **DLR6.2** Se llevará a cabo una mayor capacitación de los especialistas en infraestructura de salud de los servicios de salud y los municipios sobre este nuevo modelo, con la posterior construcción de nuevas instalaciones de atención de salud.
AR3: Eficiencia de la APS	**DLI7.** Modernización de los mecanismos de asignación de recursos financieros de la APS**.**
	DLI8. Diseño e implementación de una Plataforma virtual de gestión de salud para ciudadanos y responsables de las prestaciones en salud. - **DLR8.1** Desarrollo del ecosistema para el centro operativo virtual de salud. - **DLR8.2** Consultas gestionadas a través del portal web y aplicación móvil y experiencia de usuario.

[8] Un Municipio se considerará incluido en el programa cuando se suscriba un Convenio de Participación entre el Municipio y la Entidad Nacional de Servicios de Salud correspondiente.

2.2.4 Arreglos institucionales para la implementación del PforR

El MINSAL ejecutará el Programa, ya que tiene la función de rectoría general del sistema de salud. Dentro del Equipo de Reforma del Gabinete de la Ministra, se creará la Unidad de Implementación del Programa (UIP). La UIP estará conformada por un Coordinador del Programa, y 2 subdivisiones: una subdivisión de coordinación técnica y una subdivisión de coordinación financiera/administrativa.

Las **funciones de la subdivisión de coordinación técnica** de la UIP serán: (i) coordinar la ejecución de las actividades del Programa entre las diferentes Áreas y Unidades del MINSAL y otros actores dentro y fuera del sector salud, (ii) coordinar la recopilación de datos cuando corresponda, (iii) monitorear el desempeño de indicadores y reporte de DLIs, (iv) coordinar el proceso de verificación externa con la agencia verificadora, y (v) supervisar y dar seguimiento a los temas ambientales y sociales (A&S) y los fiduciarios. Dentro de los departamentos del MINSAL relevantes para el Programa, así como en cada una de las demás entidades participantes, se designará un equipo de uno o dos miembros clave del personal como puntos focales para supervisar la implementación del Programa, de acuerdo con sus áreas de competencia y asegurar la coordinación oportuna para alcanzar los objetivos de los DLIs. Los puntos focales trabajarán en estrecha colaboración con la UIP.

Las **funciones de la subdivisión de coordinación financiera/administrativa** de la UIP serán:

i) Responsable ante DIPRES, Contraloría General de la República, Servicios de Salud y Municipios de todas las materias administrativas, financieras, presupuestarias y de Auditorías del Programa; ii) responsable de coordinar la elaboración, discusión, aprobación y ejecución del presupuesto del Programa; (iii) cautelar el buen uso y distribución pertinente de los recursos; (iv) supervisar que la ejecución del presupuesto (incluyendo adquisiciones, procesos de licitación, etc.) esté dentro del marco de las condiciones establecidas por el Programa; (v) preparar informes de estados financieros; (vi) desarrollar y facilitar el proceso de verificación externa con la agencia de verificación y asistir a la auditoría financiera' vii) responsable con la Dirección de Presupuestos del GdCl (DIPRES) para permitirle presentar solicitudes de desembolso al BM; viii) liderar la coordinación de las auditorías exigidas por el Banco Mundial por el PforR; ix) responsable ante el Banco Mundial de todas las materias administrativas y financieras del Programa; y x) Responsable de respaldar toda la documentación del Programa.

Uno o más organismos serán seleccionados mediante licitación pública para que sean responsables de la verificación de los DLIs. Los Términos de Referencia para los procesos de licitación pública serán revisados y aceptables para el BM. Dichas agencias deberán poder proporcionar una verificación independiente de los DLIs y garantizar una verificación creíble del logro de los DLRs.

Con respecto a las intervenciones físicas del Programa, en base a información proporcionada por el MINSAL, el diseño del prototipo de la nueva infraestructura de APS que se construya con el Programa, incluyendo estándares de sostenibilidad A&S, se hará a nivel central del MINSAL y las responsabilidades de la construcción de esta infraestructura recaerá en los Servicios de Salud (SS) del MINSAL, mientras que las municipalidades serán las encargadas de su operación.

2.2.5 Intervenciones físicas del Programa por Resultados

A la fecha de este borrador de la ESAS, el MINSAL, en base a un análisis preliminar de las brechas en infraestructura de APS en el país, prevé que la infraestructura a incluir en el Programa por Resultados (AR2, DLI6) a financiar por el Banco, sería de menor complejidad[9] y contaría con las siguientes características:

[9] De acuerdo con el Art. 2º del **Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red**, el Establecimiento de Menor Complejidad es aquél que realiza actividades de atención abierta, cerrada y de urgencia, de baja complejidad, que desarrolla principalmente actividades de nivel primario y algunas de

- Construcción de nuevos dispositivos de APS (llamados "unidades de barrio") que incluirían 2 box (o unidades de atención) por dispositivo. Cada dispositivo de 100 m^2, ocupando un terreno de 200-300 m^2, lo cual es más factible de encontrar en zonas urbanas y rurales, y atendería alrededor de 3.000 habitantes.
- Se estima la construcción de un dispositivo por comuna que se universalice. Se prevé que sean 187 comunas (52% del total de comunas), con lo cual se estima la construcción de 187 dispositivos en cuatro años (duración del PforR).
- Se planea incorporar en estos nuevos dispositivos nuevas tecnologías y principios de eficiencia energética.
- Las inversiones incluirían la construcción, dotación de servicios básicos (luz, agua, alcantarillado), equipamiento con mobiliario clínico menor, y hasta la obtención de la autorización sanitaria del dispositivo para operar, otorgada por la autoridad sanitaria regional, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS).
- No se equiparán los dispositivos con equipamiento médico mayor.
- No se incluirá la implementación de clínicas móviles o carpas.
- No se financiarán obras de remodelación o acondicionamiento de infraestructuras existentes
- No se financiarán obras para establecer la conectividad a internet, ni inversiones de remodelación, acondicionamiento o ampliación de infraestructura de APS existente.

Tanto los estándares técnicos, de sostenibilidad, oferta de servicios, entre otros, así como el diseño de esta nueva infraestructura tendrá que desarrollarse y normarse previamente a su construcción.

Esta ESAS ha sido desarrollada en base a esta información sobre el alcance y tipología de la infraestructura prevista que incluirá el Programa. Cualquier cambio en esta información podría implicar cambios en lo descrito/planteado en una siguiente versión de esta evaluación.

Una vez que el MINSAL complete el análisis de brechas[10] sobre infraestructura de APS, se confirmarán los detalles de la nueva infraestructura[11] de APS a construir con financiamiento del Programa, en términos de número de establecimientos, materiales, diseño, ubicación exacta, estándares de sostenibilidad que incluirá, entre otros.

2.2.6 Intervenciones sociales del Programa

Con base en la documentación revisada, es posible señalar que las tres áreas de resultado de este Programa por Resultados abordan aspectos relativos a mejoras en la prestación de la APS que han sido identificados por el mismo Ministerio y agentes clave en salud, como elementos fundamentales para superar las brechas de accesibilidad, equidad, calidad, oportunidad, pertinencia y cobertura de la red APS, reconociendo la diversidad, tanto de los actuales como de los potenciales beneficiarios/as con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género e inclusión social.

En el ámbito social las actividades del AR1 contemplan: (i) el diseño e implementación de una nueva Estrategia de Atención Integral Centrada en las Personas (ECICEP); (ii) un Paquete de Beneficios de Salud renovado; (iii) un sistema de navegación para pacientes; y (iv) el rediseño de estrategias para la

especialidad, de acuerdo a su rol dentro de la Red Asistencial que integra y en el área de competencia que determine el Director de Servicio en consulta con el Consejo de Integración de la Red Asistencial.

[10] El análisis de brechas final se espera tenerlo antes de efectividad del Programa.

[11] El principal riesgo ambiental de este P4R se deriva de estas intervenciones físicas.

participación de individuos, familias y comunidades en la toma de decisiones, para proporcionar atención y servicios aceptables para los ciudadanos y fortalecer el papel social de la APS.LGBTIQA+

En el ámbito social las actividades del AR2 contemplan: (i) el diseño de una Guía ministerial para la Vigilancia de Riesgos de Emergencia en la Salud Pública y Cambio Climático en la Red APS; (ii) la capacitación en la Guía a equipos de salud; (iii) la formación de Equipos de Respuesta Integral Comunitarios con personal de APS capaz de monitorear los riesgos de emergencia de salud pública y cambio climático.

En el ámbito social las actividades del AR3 contemplan: (i); el diseño y puesta en marcha de un sistema telemático que permita gestionar las consultas en APS a través de un portal web y una aplicación móvil; y (ii) la medición de la experiencia usuaria.

2.2.7 Alineación con la Declaración Alma Ata. y la Declaración Astaná

En general, las actividades planteadas en este PforR se consideran en línea con los principios de ambas declaraciones en lo relativo a fortalecer a la Atención Primaria en Salud eliminando sesgos en la atención a través de su universalización con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género e inclusión social, a través de mejoras en el Plan de Salud Familiar, la capacitación del personal de salud primaria y la incorporación de la experiencia usuaria como elemento modelador de la política pública en atención primaria de salud.

2.2.8 Lista de exclusión

Con base en los hallazgos de este borrador de la ESAS, no se esperan impactos ambientales y sociales adversos significativos como resultado del Programa. En la siguiente lista de exclusión se define la tipología de actividades que no pueden ser incluidas en el Programa debido a los riesgos e impactos adversos significativos que causarían sobre el medio ambiente y/o las personas afectadas. Esta lista de exclusión incluirá, entre otros:

- cualquier construcción en áreas protegidas o áreas prioritarias para la conservación de la biodiversidad, tal como se define en la legislación nacional[12];
- construcción en áreas de alto riesgo por amenazas naturales (inundaciones, deslizamientos, terremotos, tsunamis);
- actividades que tengan el potencial de causar una pérdida o degradación significativa de hábitats naturales críticos, ya sea directa o indirectamente, o que puedan generar impactos adversos en estos hábitats, incluidos humedales urbanos o rurales;
- compra o uso de productos químicos prohibidos/restringidos para uso médico;
- cualquier actividad que afecte el patrimonio cultural físico, como tumbas, templos, iglesias, reliquias históricas, sitios arqueológicos u otras estructuras culturales;
- actividades que por su magnitud y escala requieran un Estudio de Impacto Ambiental (EIA)[13], según el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (SEIA) de Chile;
- actividades que causen contaminación significativa del aire, el agua o la tierra que puedan tener impactos adversos significativos en la salud o la seguridad de las personas, las comunidades o los ecosistemas;

[12] Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas del Estado (Ley Nº18.362); Ley N° 21.202 sobre protección de humedales urbanos; otros sitios prioritarios, https://areasprotegidas.mma.gob.cl/otras-designaciones/

[13] Los proyectos y actividades que deben presentar un EIA están regulados en el artículo 11 de la ley 19.300 de Bases Generales de Medio Ambiente y, en general, se refieren a aquellos que tienen impactos negativos significativos.

- condiciones de trabajo que exponen a los trabajadores a riesgos significativos para la seguridad y la salud personal;
- actividades que puedan causar o conducir a trabajo forzoso o abuso infantil, explotación laboral infantil o trata de personas, o que empleen o involucren a niños, mayores de 14 años y menores de 18 años, en relación con el Programa;
- cualquier actividad en la tierra que tenga derechos de propiedad o tenencia en disputa;
- cualquier actividad que cause un desplazamiento físico y/o económico de la población;
- cualquier actividad que requiera el Consentimiento Libre, Previo e Informado (CLPI) como se define en el Marco Ambiental y Social del Banco Mundial.

3. EFECTOS AMBIENTALES Y SOCIALES POTENCIALES DEL PROGRAMA

3.1 Potenciales Beneficios y Riesgos Ambientales

3.1.1 Potenciales Beneficios ambientales

Con base en los hallazgos de este borrador, los principales efectos ambientales positivos están relacionados con el uso de estándares[14] de sostenibilidad y resiliencia al cambio climático para la implementación de un nuevo modelo de establecimientos de APS energéticamente eficiente (AR2, DL6). Se espera que el Programa también fortalezca la capacidad de supervisión y gestión ambiental de los Servicios de Salud a cargo de la construcción de las nuevas instalaciones de APS (AR2-DLI6), a través de actividades de capacitación específicas del Programa, tal como se detalla en la sección 5 de este documento, y el desarrollo de capacidades en respuesta a emergencias y en la implementación de planes de vigilancia comunitaria.

3.1.2 Potenciales Impactos y Riesgos Ambientales y de Seguridad y Salud

No se esperan impactos ASS adversos significativos como resultado del Programa. No obstante, algunas de las actividades apoyadas bajo el PforR, concretamente algunas relacionadas con la AR2 tendrán potenciales riesgos e impactos negativos asociados con la construcción del nuevo modelo de establecimientos de APS y la operación de éstos. Se prevé que esta nueva infraestructura comprenda, a grandes rasgos, la construcción del nuevo modelo de establecimiento de APS, su conexión al servicio eléctrico, abastecimiento de agua potable y alcantarillado particulares, entre otros, y una etapa de operación que contempla el uso de la infraestructura y la gestión de los residuos sólidos domésticos y clínicos. En la siguiente Tabla 2 se presentan los potenciales riesgos e impactos ambientales y de salud y seguridad esperados asociados a las actividades de construcción y operación de la nueva infraestructura de APS que el Programa financiaría.

[14] Para establecer los estándares de sostenibilidad ambiental y resiliencia al cambio climático de los nuevos establecimientos de APS que se construyan con el Programa, se recomienda al MINSAL revisar el siguiente documento: WHO guidance for climate resilient and environmentally sustainable health care facilities (2020). Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240012226

Tabla 2 Potenciales riesgos e Impactos Ambientales y de Seguridad y Salud (ASS)

ETAPA DE PRE-CONSTRUCCIÓN O PREPARACIÓN DEL SITIO DE CONSTRUCCIÓN		
Actividad	**Riesgos ambientales**	**Riesgos de SS**
Remoción de la cobertura vegetal (durante la apertura de caminos de acceso y/o durante el desmonte del terreno en el sitio de obra)	• Daño a la vegetación de la zona por retiro de árboles y especies de menor tamaño. • Daño a la fauna asociada a la vegetación afectada, por desaparición de zonas de anidación, refugio y alimentación, así como daño directo a madrigueras e individuos que habitan en la vegetación removida. • Erosión de suelo por retiro de vegetación en terrenos con pendiente pronunciada y cerca de taludes. • Afectación de la calidad del aire por generación de humos en caso de utilizar fuego para la remoción de la cobertura vegetal	• Lesiones a los trabajadores durante las actividades de remoción de vegetación para preparación del sitio de obra por falta de uso de equipo de protección personal. Lesiones por alcance de maquinaria y por accidente con herramientas y equipo. • Lesiones a los trabajadores por picadura de serpiente o mordedura de otros animales amenazados durante los trabajos de remoción de la vegetación y durante la apertura de caminos. • Daño a la salud de los trabajadores y de personas en tránsito por la zona de obra, por inhalación de humos.
Despalme del terreno	• Afectación directa al suelo por su remoción en el sitio de obra y por erosión en los límites del área despalmada, donde ocurre arrastre por el viento y por aguas pluviales. • Afectación al patrón de escurrimiento de aguas pluviales del sitio. • Afectación a la calidad del aire por generación de emisiones contaminantes por la operación de maquinaria, que emite humos y gases de sus motores y que levanta partículas por el movimiento de tierras. • Afectación al entorno laboral dentro del sitio de obra por generación de ruido a partir de la operación de la maquinaria.	• Lesiones a los trabajadores por alcance de maquinaria y por accidente con herramientas y equipo. • Daño a la salud de los trabajadores por exposición al ruido con niveles altos por tiempo prolongado, en caso de no utilizar el equipo de protección personal adecuado.
Excavaciones y nivelaciones del terreno	• Afectación a la topografía natural del sitio y al patrón de escurrimiento de aguas pluviales, con posible efecto de inundación del predio o de terrenos aledaños, o de reducción de la tasa de infiltración al subsuelo. • Afectación a la calidad del aire por generación de emisiones de material particulado y contaminantes por la operación de maquinaria, que emite humos y gases de sus motores y levanta partículas por el movimiento de tierras. • Afectación al entorno laboral dentro del sitio de obra por generación de ruido a partir de la operación de la maquinaria. • Afectación al patrimonio cultural por destrucción o saqueo de artefactos históricos o arqueológicos descubiertos durante excavaciones.	• Daño a la salud o a la integridad física de los trabajadores por caída dentro de excavaciones o por derrumbes en excavaciones con trabajadores en su interior. • Lesiones a los trabajadores por alcance de maquinaria y por accidente con herramientas y equipo. • Daño a la salud de los trabajadores por exposición al ruido con niveles altos por tiempo prolongado, en caso de no utilizar el equipo de protección personal adecuado.

	• Afectación a la calidad del aire por emisiones de humos y partículas durante el transporte de los residuos de excavación hacia sitios de escombreras autorizados. • Daño a la vegetación y su fauna asociada, al paisaje, y contaminación de suelos y aguas superficiales y subterráneas, por disposición inadecuada de los residuos de excavación en lugares no autorizados.	
Campamento y bodega de materiales	• Contaminación del suelo, aguas superficiales y aguas subterráneas, por fuga o derrame de combustibles u otros productos químicos almacenados, que pueden ser arrastrados por la lluvia. • Contaminación de cuerpos de agua y afectación de sistemas de drenaje y alcantarillado cercanos al sitio de obra, por materiales de construcción arrastrados por acción del viento o por la lluvia. • Contaminación de suelo, aguas superficiales y aguas subterráneas por manejo y disposición incorrectos de las aguas servidas generados por el personal participante en la obra.	• Daño a la salud de los trabajadores por contacto directo con materiales tóxicos, por inhalar sus vapores o por consumir agua o alimentos contaminados. • Daño a la integridad física de los trabajadores por incendio en el campamento o bodega de materiales. • Daño a la salud de los trabajadores por consumir agua o alimentos contaminados por aguas residuales o por heces de los trabajadores participantes en la obra.
Preparación del sitio y construcción de la obra	• Aumento de la población en el sitio del proyecto por la llegada de trabajadores para el proyecto, con el consecuente incremento de residuos, afectación de la calidad y cantidad de agua, emisiones asociadas al aumento del tráfico.	• Aumento de la inseguridad vial, inseguridad de las personas en la comunidad, enfermedades de transmisión sexual, inseguridad.
ETAPA DE CONSTRUCCIÓN		
Actividad	**Riesgos ambientales**	**Riesgos de SS**
Construcción de cimentaciones	• Afectación a la calidad del aire por generación de emisiones contaminantes por la operación de maquinaria, que emite humos y gases de sus motores y que levanta partículas por el movimiento de tierras. • Afectación al entorno laboral dentro del sitio de obra por generación de ruido a partir de la operación de la maquinaria. • Afectación al patrimonio cultural por destrucción o saqueo de artefactos históricos o arqueológicos descubiertos durante excavaciones.	• Lesiones a los trabajadores por alcance de maquinaria, por caída dentro de excavaciones o por derrumbes en excavaciones con trabajadores en su interior y por accidente con herramientas y equipo. • Daño a la salud de los trabajadores por exposición al ruido con niveles altos por tiempo prolongado, en caso de no utilizar el equipo de protección personal adecuado.
Transporte de materiales de construcción, operación de maquinaria y vehículos	• Transferencia de contaminantes a la atmósfera (polvos, gases de combustión y ruido). • Transferencia de contaminantes al suelo y agua, por caída o dispersión de los materiales de construcción durante su transporte	• Daño a la salud o la integridad física de los trabajadores de la obra, residentes en la zona y personas en tránsito por el sitio y sus inmediaciones, por exposición a polvos y ruido; por alcance de la maquinaria; o por accidente vehicular cuando se trabaja en áreas urbanas.

Mantenimiento a equipo y maquinaria de construcción	• Contaminación de suelo, aguas superficiales y aguas subterráneas por manejo y disposición incorrectos de los residuos peligrosos (aceites lubricantes gastados, solventes empleados para limpieza de partes, impregnados de aceites y solventes, envases vacíos, etc.) resultantes del mantenimiento a la maquinaria participante en la obra.	• Daño a la salud de los trabajadores por contacto directo con materiales tóxicos, por inhalar sus vapores o por consumir agua o alimentos contaminados.
Explotación de bancos de materiales	• Daño a la vegetación y fauna asociada, suelo y cuerpos de agua, por utilización de materiales de construcción provenientes de bancos de materiales no autorizados. • Contaminación de suelo y caminos, y afectación de la calidad del aire, por emisiones de partículas y materiales durante el transporte desde el banco de materiales hasta el sitio de obra.	• Daño a la integridad física de los trabajadores por accidentes viales ocurridos durante el transporte de materiales al sitio de obra.
Ruptura de pavimentos, demolición de banquetas, demoliciones mayores.	• Transferencia de contaminantes a la atmósfera (polvo y ruido). • Daño a la infraestructura existente en la zona de obra, como líneas de comunicación, agua potable, drenaje, gas natural, electricidad, férreas y similares. • Deterioro del entorno visual en las zonas de obra y sus inmediaciones. • Daño a la vegetación y su fauna asociada, al paisaje, y contaminación de suelos y aguas superficiales y subterráneas, por disposición inadecuada de los residuos de demolición, en lugares no autorizados.	• Daño a la salud o a la integridad física de los trabajadores, residentes en la zona y personas en tránsito por la obra, por exposición a polvos y ruido; o por accidente con herramientas y equipo, o por contacto con materiales fugados de ductos que se dañen (gas, combustibles).
Gestión de residuos	• Transferencia de contaminantes a suelo y agua y afectación de la flora y fauna asociada, por dispersión de residuos en el sitio de almacenamiento temporal; o por dispersión durante su transporte y por disposición de residuos en sitio no autorizados.	• Daño a la salud o la seguridad de los trabajadores de la obra, residentes en la zona y personas en tránsito por el sitio y sus inmediaciones, por exposición a residuos peligrosos como solventes u otras sustancias tóxicas; o por consumo de agua o alimentos contaminados por los residuos de la obra.
Gestión de combustibles, aceites lubricantes, aditivos y otros productos químicos	• Contaminación de suelo, subsuelo y agua superficial y subterránea y afectación de la flora y fauna asociada, por derrames de combustibles, aceites, aditivos y otros productos químicos, almacenados sin dispositivos de control de derrames o fugados de los vehículos y maquinaria participantes en la obra.	• Daño a la salud de los trabajadores por inhalación o contacto directo con productos químicos derramados.
Cierre de calles y bloqueo de accesos a lugares públicos o comercios y áreas residenciales	• Restricción del uso de carreteras o caminos y accesos, con inconvenientes para personas en tránsito y para habitantes de la zona. • Aumento de tráfico y emisiones vehiculares en las zonas aledañas a la obra.	• Daño a la salud o a la integridad física de los trabajadores y personas en tránsito por la obra, en caso de caída dentro de fosas abiertas, por alcance de maquinaria, por accidente con herramientas y equipo, por accidente vehicular cuando se trabaja en vialidades urbanas, etc.

Incendio y accidentes dentro del sitio de obra	• Transferencia de contaminantes a la atmósfera (humos)	• Daño a la salud o a la integridad física de los trabajadores, residentes de la zona y personas en tránsito por la obra, por inhalación de humo o por contacto directo con el fuego.
Gestión de aguas residuales	• Contaminación de suelo, subsuelo y cuerpos de agua y afectación de la flora y fauna asociada, por manejo y disposición inadecuada de aguas residuales generadas en los servicios sanitarios habilitados para el personal participante en la obra.	• Daño a la salud por contaminación de agua para beber o alimentos con aguas residuales.
Desmantelamiento de infraestructura de apoyo al final de la obra	• Transferencia de contaminantes a suelo y agua, daño a la vegetación y su fauna asociada por manejo y disposición incorrecta de residuos en sitios no autorizados. • Afectación al paisaje por permanencia de residuos o de restos de campamentos, almacenes y otros servicios de apoyo para la obra.	• Daño a la integridad física de los trabajadores por accidentes o incidentes ocurridos durante el desmantelamiento de la infraestructura de apoyo en sitio de obra, o con herramientas y equipo.
ETAPA DE OPERACIÓN		
Actividad	**Riesgos ambientales**	**Riesgos de SS**
Utilización de servicios e infraestructura vial de la zona	• Afectación a la disponibilidad de agua, energía eléctrica, drenaje, etc., por aumento en su demanda derivado de la operación del establecimiento de APS. • Afectación de las carreteras cercanas al proyecto por aumento en la circulación vehicular, que implica mayores emisiones a la atmósfera y contaminación sónica. Además de propiciar aumento de edificaciones e instalaciones para estacionamiento.	• Accidentes o incidentes viales por el aumento del tráfico y peatones en el sitio del establecimiento de APS y en sus cercanías. • Molestias a los residentes cercanos al nuevo establecimiento de APS por aumento del ruido debido al mayor tráfico, emisiones de los vehículos
Uso y almacenamiento de combustibles y productos químicos	• Contaminación de suelo y agua y daño a la integridad física de la población y los trabajadores, por fuga o derrame de productos químicos, combustibles y generación de vapores tóxicos, o por incendio, derivados del almacenamiento de productos químicos (desinfectantes y líquidos para limpieza y mantenimiento de instalaciones) y combustibles (Gas LP y diésel) sin que existan sistemas de control de derrames y sin dispositivos para control de incendios	• Daño a la salud y la integridad física de los trabajadores por contacto directo y manipulación con productos químicos y combustibles derramados sin el equipo de protección correspondiente. • Daño a la salud y la integridad física de los trabajadores y población por incendios causados por el uso y almacenamiento inapropiado de residuos combustibles y productos químicos.
Generación de emisiones a la atmósfera	• Afectación a la calidad del aire por emisión de humos proveniente de los sistemas de generación de vapor y calentamiento de agua (calderas).	• Afectación a la salud de los trabajadores del sitio y población cercana
Generación de aguas residuales	• Contaminación de los sistemas de drenaje y cuerpos de agua por vertimiento de productos químicos provenientes de gestión inapropiada de productos de limpieza, análisis clínicos, o vertimiento de aguas provenientes de los baños del establecimiento de APS.	• Afectación a la salud de la población en el área del nuevo establecimiento de APS por la alteración de la calidad del agua para consumo.

Generación de residuos sólidos	• Contaminación del ambiente laboral por almacenamiento inadecuado de residuos sólidos, que puede generar proliferación de vectores de enfermedades como insectos y roedores. • Contaminación de suelo y agua por manejo y disposición incorrecta de residuos sólidos en sitios no autorizados.	• Daño a la salud de los trabajadores y población por contacto con vectores de enfermedades como insectos y roedores.
Generación de residuos peligrosos	• Contaminación de suelo y agua por manejo inadecuado (principalmente almacenamiento y transporte en condiciones inseguras) y disposición incorrecta de residuos peligrosos (residuos de mantenimiento y residuos de productos químicos, desinfectantes, agujas, además de termómetros con mercurio, envases presurizados y envases de plaguicidas) en sitios no autorizados.	• Daño a la salud de los trabajadores por manejo de residuos peligrosos sin el equipo de protección personal adecuado y sin la capacitación requerida
Generación de medicamentos fuera de especificación, caducos o en desuso	• Gestión y disposición incorrectos de residuos farmacológicos, que pueden contaminar el suelo y cuerpos de agua.	• Daño a la salud de la población por consumo de medicamentos fuera de especificación, caducos o en desuso, que son incorporados al comercio informal como consecuencia del manejo y disposición incorrectos de residuos farmacológicos.
Generación de residuos con riesgo biológico	• Gestión y disposición incorrectos de residuos con riesgo biológico, que pueden contaminar el suelo y cuerpos de agua.	• Daño a la salud de la población y de los trabajadores por la incorrecta separación de residuos con riesgo biológico, que son llevados sin tratamiento a los sitios de manejo de residuos comunes. • Daño a la salud de los trabajadores que manejan directamente los residuos con riesgo biológico, por contagio de enfermedades infecciosas, derivado de la falta de equipo de protección personal y de la realización de prácticas inseguras por falta de capacitación y supervisión.
Atracción de comercio ambulante	• Contaminación del suelo y fuentes de agua por aumento de generación de residuos y presencia de vectores de enfermedades como insectos y roedores.	• Afectación a la salud de la población, por presencia de vectores de enfermedades como insectos y roedores que se desarrollan en los residuos sin control generados por la instalación de puestos ambulantes atraídos por la afluencia de personas en las inmediaciones del proyecto.
Durante la construcción y operación de la nueva infraestructura que incluya el Programa existe el riesgo de desastres, como terremotos, inundaciones, fuegos, entre otros. Estos pueden causar emergencias y poner en peligro tanto la infraestructura, como la seguridad y salud de los trabajadores de las obras y de los establecimientos operando, así como a la población de las comunidades donde estos establecimientos se establezcan.		

3.2 Potenciales Beneficios y Riesgos Sociales

3.2.1 Potenciales beneficios sociales

Con base en los hallazgos de este borrador de la evaluación, los principales beneficios sociales del Programa por Resultados se relacionan con: (i) la incorporación de plataformas telemáticas de atención remota y solicitud de citas médicas en APS que brindarán a las y los beneficiarios nuevas vías de acceso, permitiendo con ello no solo disminuir aglomeraciones en los recintos APS, sino que otorgar atención a grupos de la población a quienes, debido a determinantes geográficas, horarias, problemas de movimiento o responsabilidades de cuidado, entre otras, les es muy difícil acceder a servicios presenciales; (ii) el mejoramiento de la calidad, oportunidad y pertinencia de las prestaciones en el nivel primario de salud por medio de acciones que permitirán actualizar y evaluar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria a través de un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género e inclusión social, incorporando determinantes sociales, y estableciendo estándares mínimos de formación de los equipos de salud y de los sistemas de capacitación funcionaria en materias clave para garantizar una atención digna, pertinente y sin discriminación; (iii) el fortalecimiento de la participación comunitaria a través de la formación de agentes comunitarios; y (iv) la medición permanente y sistemática de la satisfacción de los usuarios, brindando una oportunidad clave para observar la efectividad de las actividades a nivel local, regional y nacional; (v) la construcción de nuevos centros de APS como un importante avance en cobertura territorial, especialmente beneficiosa para habitantes de zonas rurales, semi rurales o muy pobladas.

Los principales efectos sociales positivos están relacionados el compromiso institucional en la adecuación cultural y territorial de la prestación de servicios de APS dirigidos a grupos de atención especial, como mujeres que sufren violencia de género, población LGBTIQA+, personas mayores, inmigrantes, residentes rurales, así como también a personas pertenecientes a pueblos indígenas y tribales, entre otros. Destacan también las actividades dirigidas a sensibilizar y capacitar al personal de salud en atención a grupos de especial atención, así como la capacitación de agentes comunitarios para apoyar enfoques de vanguardia para enfrentar la violencia de género.

3.2.2 Potenciales impactos y riesgos sociales

No se esperan impactos sociales adversos significativos como resultado del Programa, ello debido principalmente a que Chile cuenta con un sólido marco legal y regulatorio en materia de: (i) protección de tierras indígenas o tierras con moratoria patrimonial; (ii) protección de las y los trabajadores; (iii) inclusión social y no discriminación; (iv) participación ciudadana; (v) resolución de quejas en los servicios públicos; y (vi) garantía y acceso a la salud , donde se garantiza la atención en salud a toda la población, incluidas las personas que no están registradas en ningún tipo de aseguradora de salud previsional, las extremadamente pobres, inmigrantes en situación migratoria irregular y personas pertenecientes a las diversidades sexogenéricas.

En relación a la construcción de nuevos centros de APS, MINSAL cuenta con una pauta para la selección de terrenos en zonas rurales[15] que contempla una revisión de la factibilidad de construcción en materia de disponibilidad de servicios básicos, propiedad y moratorias del terreno, y cercanía y accesibilidad para la población objetivo, entre otros criterios que garantizan el cumplimiento de la normativa nacional e institucional y que contemplan criterios sociales en la selección de terrenos. La mala percepción de la ciudadanía sobre el funcionamiento del sistema público de salud, incluido el nivel primario (APS), asociado

[15] De acuerdo al Indicador BS21: Tiempo promedio en minutos al centro de salud primaria más cercano a la entidad rural, del Sistema de Indicadores de Calidad de Vida Rural, en la versión de 2019. en las comunas rurales del país (54%) el tiempo promedio de desplazamiento hacia el recinto APS más cercano es de 29 minutos, llegando a ser de más de una hora en 21 comunas rurales del país Fuente Instituto Nacional de Estadísticas: https://www.ine.gob.cl/herramientas/portal-de-mapas/sicvir

a las largas listas de espera, la mala calidad de la atención y prácticas discriminatorias[16] se observan como un desafío para el Programa de Universalización de Atención Primaria en Salud, especialmente en lo relativo a: la incorporación de nuevos usuarios/as de APS; los resultados de la medición de la experiencia usuaria y los ajustes que de allí se acuerden; así como al fortalecimiento de un sistema de participación ciudadana centrado en la colaboración más que en la queja.

Por otro lado, la diversidad y heterogeneidad de municipios que administran aproximadamente el 92,6% de los recintos de APS, en lo relativo a la equidad de recursos, tanto financieros como humanos, así como la capacidad que pueda tener el Ministerio de Salud para llevar adelante la estandarización de sus capacidades en gestión y desempeño, han sido vistos por las y los especialistas como unas de las principales razones en la persistencia de inequidad asistencial[17]. Desde el punto de vista de riesgos sociales este sigue siendo el principal desafío para el Programa: lograr establecer y normalizar mecanismos, estándares, criterios y procedimientos en APS que permitan a la población percibir equidad y calidad en la atención recibida sin que interfieran las deficiencias históricas de disponibilidad de recursos financieros que han experimentado hasta ahora los municipios más pobres debido al modelo de financiamiento.

En relación a la construcción de centros de APS, se espera que dentro de los criterios que utilice MINSAL para definir la ubicación de la nueva infraestructura de APS se considere que en las comunas rurales del país (54%) el tiempo promedio de desplazamiento hacia el recinto APS más cercano es de 29 minutos, llegando a ser de más de una hora en 21 comunas rurales del país[18].

La siguiente tabla describe los riesgos sociales asociados a la construcción de centros APS.

[16] Estudio de Usuarios de Salud respecto de la Ley de Derechos y Deberes. 2015. Superintendencia de Salud. Fuente: https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-12611_recurso_1.pdf

[17] Atención Primaria de Salud en Chile y en el Contexto Internacional: vigencia, experiencia y desafíos. 2019. Gattini Collao, César. Observatorio Chileno de Salud Pública. Fuente: https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/APS_en_Chile_e_Internacional_Gattini_OCHISAP_2019.pdf

[18] Indicador BS21: Tiempo promedio en minutos al centro de salud primaria más cercano a la entidad rural. Sistema de Indicadores de Calidad de Vida Rural. 2019. Instituto Nacional de Estadísticas. Fuente: https://www.ine.gob.cl/herramientas/portal-de-mapas/sicvir

Tabla 3 Potenciales riesgos e Impactos Sociales

ETAPA DE PRE CONSTRUCCIÓN DE CENTROS APS	
Actividad	**Riesgos sociales**
Selección de comunas donde se construirán nuevos centros de APS	• Omisión de características demográficas, sociales, culturales y de salud de la población que impida proyectar recintos adecuados. • Omisión de características relativas a la conectividad geográfica y el tipo de comuna en la que se construirá un centro APS que impida mejorar la accesibilidad a los centros APS de poblaciones que actualmente no cuentan con un centro APS cercano.
Selección de terrenos en los que se construirán nuevos centros APS	• Selección de terrenos que omita las características demográficas, sociales, culturales y de salud de la población que impida proyectar recintos adecuados para una atención digna, oportuna y con pertinencia social y cultural. • Desplazamiento físico y/o económico involuntario como resultado de la adquisición de las tierras seleccionadas. • Construcción de nuevos centros de APS en terrenos indígenas o que cuenten con moratoria patrimonial que afecten el patrimonio cultural, material e inmaterial, de la población y del país. • Omisión de consulta ciudadana y/o indígena que impida a la población participar activamente en el proceso de construcción de nuevos centros de APS.
Diseño de nuevos centros de APS o rediseño de centros APS existentes	• Omisión de características demográficas, sociales, culturales y de salud de la población que impida diseñar recintos adecuados, con pertinencia cultural y capacidad de atención. • Omisión de consulta ciudadana y/o indígena que impida a la población participar activamente en el proceso de diseño de nuevos centros de APS.
Selección de entidades encargadas de la construcción de los centros APS	• Contratación irregular de trabajadores/as por parte de las entidades adjudicatarias encargadas de la construcción de los centros de APS que impida el cumplimiento de la normativa nacional en materia laboral y previsional de las y los trabajadores de las obras. • Procesos de contratación del personal que participa en la construcción de los centros APS que discriminen por sexo, identidad de género, etnia, nacionalidad, edad u otras condiciones protegidas por la normativa nacional e internacional. • Explotación infantil por parte de las entidades adjudicatarias encargadas de la construcción de centros APS.
Preparación del sitio y construcción de centros APS	• Omisión de procesos multicanal de información dirigida a la comunidad explicando los alcances de las obras y los mecanismos para solicitar más información o realizar reclamos y sugerencias.
ETAPA DE CONSTRUCCIÓN DE CENTROS APS	

Actividad	Riesgos sociales
Construcción de nuevos centros APS	• Aumento de población flotante en el sitio del proyecto debido a la llegada de trabajadores para el proyecto que pudieran afectar la convivencia de las y los habitantes, tales como: uso de espacios públicos para alimentación, descanso u otros; aumento de tráfico vehicular; aumento de inseguridad por robos, peleas u otros conflictos; aumento en la incidencia de violencia basado en género especialmente en lo relativo a la explotación sexual y casos de acoso y abuso sexual; restricciones de uso de la vía pública y acceso a servicios. • Impactos adversos sobre comerciantes (e.g. reducción de ingresos) afectados por bloqueos de acceso a sus tiendas, aunque sea temporales. • Inexistencia de mecanismos claros y expeditos para recibir y responder reclamos por parte de las y los habitantes en relación a las afectaciones que pudiesen provocar las obras.
ETAPA DE OPERACIÓN DE CENTROS APS	
Actividad	**Riesgos sociales**
Puesta en funcionamiento del centro APS	• Ocurrencia de actividades ilícitas en las inmediaciones del centro APS, tales como: comercio ambulante, robos, acoso sexual y otros que pudieran afectar la convivencia y la seguridad de las personas que transitan por ahí. • Comercio informal en las inmediaciones del centro que podría utilizar niños, niñas y adolescentes. • Inexistencia de mecanismos claros y expeditos para recibir y responder a reclamos por parte de las y los habitantes en relación a las afectaciones que pudiesen provocar las obras.

4. EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN AMBIENTAL Y SOCIAL

4.1 Sistemas de Gestión Ambiental relevantes para el PforR

Esta sección contiene principalmente un resumen de las leyes, regulaciones y marco institucional que gobiernan la gestión de riesgos al medio ambiente, la seguridad y salud ocupacional (en particular los riesgos resaltados en la sección anterior) en las instalaciones de atención a la salud en Chile, con foco en los establecimientos de APS de baja complejidad, como se prevé que sea el nuevo modelo de infraestructura que se construya con fondos del BM. Cabe señalar que algunos aspectos vinculados a la gestión social se encuentran fuertemente vinculados a la gestión ambiental y, por tanto, se abordan integralmente en los apartados siguientes, otros aspectos específicos de la gestión social se abordan en la sección 4.2.

4.1.1 Marco Legal en materia ambiental relevante para el Programa

En cuanto a la gestión de riesgos e impactos ambientales de obras civiles, Chile cuenta con un robusto sistema de evaluación de impacto ambiental (SEIA), administrado por el Servicio de Evaluación Ambiental-SEA. En base a la información disponible a la fecha sobre el alcance de la construcción de la nueva infraestructura que incluirá el Programa, como se detalla en la sección 2.2.5, se espera que esta no requiera someterse al Sistema de evaluación ambiental bajo el SEIA de Chile, de acuerdo con la Ley N° 19.300 sobre Normas Generales del Medio Ambiente (LBGMA) y su reglamento, (el artículo 10 de la Ley N°19.300 establece los tipos de proyectos que deben someterse obligatoriamente al SEIA y estos son especificados en el art. 3 del Reglamento del SEIA), lo que no las eximirá de cumplir con las normas pertinentes ambientales y de seguridad y salud nacionales, regionales y locales exigidas por las autoridades competentes para este tipo de obras.

Por otro lado, una vez se tenga la confirmación del MINSAL sobre el alcance de las intervenciones físicas a incluir en el Programa, en el caso de que alguna requiera someterse al SEIA tendría que ser de un alcance cuyo instrumento de evaluación de impacto requerido sea una Declaración de Impacto Ambiental (DIA), de acuerdo con la LBGMA y Reglamento del SEIA (como se explica en la sección 4.1.3), ya que las actividades que requieran desarrollar un Estudio de Impacto Ambiental estarán excluidas del Programa.

A continuación, en las siguientes Tablas se identifica la normativa ambiental aplicable al Programa de carácter general y específica. Estas últimas, se analizan en relación con los componentes ambientales, tales como aire, agua, suelo, flora y fauna y patrimonio cultural, seguridad y salud en el trabajo, entre otros.

Tabla 4 Normativa general aplicable al Programa por Resultados en materia ambiental

Ley/Regulación	Descripción
Constitución Política de la República. Decreto Supremo Nº100/2005. Ministerio Secretaría General de la Presidencia	Norma fundamental del ordenamiento jurídico nacional que regula la organización del Estado, los derechos y deberes de las personas, la estructura y funciones de las instituciones, entre otras materias. La Constitución Política se hace cargo de la temática ambiental en su Capítulo III "Sobre los derechos y deberes constitucionales", específicamente en su artículo 19 número 8, donde reconoce como derecho fundamental "El derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación. Es deber del Estado velar por que este derecho no sea afectado y tutelar la preservación de la naturaleza. La ley podrá establecer restricciones específicas al ejercicio de determinados derechos o libertades para proteger el medio ambiente". Adicionalmente garantiza los términos que deben hacerse compatibles con la protección del medio ambiente, el derecho de propiedad, la libertad para adquirir toda clase de bienes, el derecho a desarrollar cualquier actividad económica lícita, la igualdad ante la ley y el derecho a no ser discriminado por el Estado o sus organismos en materia económica, todos ellos igualmente tutelados jurisdiccionalmente, y al amparo de los cuales los titulares asumen sus correspondientes proyectos de inversión o actividades en términos que deben ser compatibles con la protección del medio ambiente.
Resolución Nº 7 de 26 de marzo de 2019, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón de la Contraloría General de la República	La toma de razón es un control obligatorio de la juridicidad de los actos, que vela por el resguardo del principio de probidad, por el derecho a una buena Administración y por el cuidado y buen uso de los recursos públicos.
Ley Nº19.886/2003 (última reforma 2022), Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios (Ley de Compras Públicas)	Esta Ley tiene como objetivo fundamental uniformar los procedimientos administrativos de contratación de suministro de bienes muebles y servicios necesarios para el funcionamiento de la Administración Pública y mejorar la transparencia en el manejo del Tesoro Público a nivel del Estado y de las municipalidades. Con esta ley se creó la institucionalidad necesaria para velar por la transparencia y la eficiencia en las compras, preservar la igualdad de competencia y considerara el debido proceso. Para estos efectos, se creó también una plataforma web, que es el Sistema Electrónico de Compras Públicas www.chilecompra.cl, con el objetivo de poder realizar todas las transacciones necesarias en una compra, tanto los servicios públicos como las municipalidades.
Ley Nº18.575/1986 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado	Esta norma establece los principios generales y la estructura que regirá a la Administración del Estado. Garantiza el derecho de petición o reclamo de parte de las y los ciudadanos a todo órgano de la Administración del Estado.
Ley Nº19.880/2003 que Establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.	Esta norma regula los procedimientos administrativos a través de los cuales actúa y adopta decisiones la Administración del Estado.
Ley Nº 19.300/1994 de Bases Generales del Medio Ambiente (LBGMA) y sus modificaciones	Esta norma regula de manera general el derecho garantizado en la Constitución de vivir en un medio ambiente libre de contaminación. Establece los principios aplicables, los instrumentos de gestión ambiental, la responsabilidad por daño ambiental, las normas de fiscalización, entre otras materias.

Ley/Regulación	Descripción
	El artículo 8 de esta LBGMA establece que "Los proyectos o actividades señalados en el artículo 10 sólo podrán ejecutarse o modificarse previa evaluación de su impacto ambiental, de acuerdo con lo establecido en la presente ley". Dicho artículo 10 señala un listado de "proyectos o actividades susceptibles de causar impacto ambiental, en cualesquiera de sus fases, que deberán someterse al sistema de evaluación de impacto ambiental", los cuales son especificados a su vez, en el artículo 3 del Reglamento del Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (RSEIA). Los proyectos de infraestructura de salud y por ende de APS, de acuerdo con lo establecido en la Ley 19.300 (Art. 10) pertenecen a la tipología de proyectos de desarrollo urbano o inmobiliario.
Ley N°20.417/2010. Crea el Ministerio, el Servicio de Evaluación Ambiental y la Superintendencia del Medio Ambiente.	Crea el Ministerio, el Servicio de Evaluación Ambiental y la Superintendencia del Medio Ambiente.
D.S. N°40/2012, Aprueba Reglamento del Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (RSEIA) Ministerio de Medio Ambiente	Este reglamento establece las disposiciones por las cuales se rige el SEIA y la Participación de la Comunidad en el proceso de Evaluación de Impacto Ambiental, conforme a lo establecido en la LBGMA. El art. 3 del RSEIA (literal g.1.2 y literal h.1) especifica los criterios de los proyectos de desarrollo urbano o inmobiliario que por ser susceptibles de causar impacto ambiental deberán someterse al SEIA. Los que no cumplan con estos criterios, no deberán someterse al SEIA. El artículo 26 del RSEIA regula las consultas de pertinencias de ingreso al SEIA señalando que "[...] los proponentes podrán dirigirse al Director Regional o al Director Ejecutivo del Servicio, según corresponda, a fin de solicitar un pronunciamiento sobre si, en base a los antecedentes proporcionados al efecto, un proyecto o actividad, o su modificación, debe someterse al SEIA. La respuesta que emita el Servicio deberá ser comunicada a la Superintendencia".
Decreto 458/2023 aprueba nueva Ley general de Urbanismo y Construcciones. Ministerio de Vivienda y Urbanismo	Establece las disposiciones relativas a planificación urbana, urbanización y construcción. El Artículo 5° dispone que.- A las Municipalidades corresponderá aplicar esta ley, la Ordenanza General, las Normas Técnicas y demás Reglamentos, en sus acciones administrativas relacionadas con la planificación urbana, urbanización y construcción, y a través de las acciones de los servicios de utilidad pública respectivos, debiendo velar, en todo caso, por el cumplimiento de sus disposiciones.
Decreto 14/2019 que modifica D.S. 47/92 de vivienda y urbanismo de 1992, Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones (OGUC) Ministerio de Vivienda Y Urbanismo	Establece las disposiciones y medidas que se deben tomar en todo proyecto de construcción, reparación, modificación, alteración, reconstrucción o demolición para mitigar el impacto de las emisiones de polvo y material, depositar materiales en espacios públicos autorizados, mantener limpieza del espacio público donde se encuentra la obra. Establece las disposiciones para la Planificación Urbana Comunal que regulará el desarrollo físico de las áreas urbanas, a través de un Plan Regulador Comunal (P.R.C.)[19]

[19] Marco Normativo Plan Regulador Comunal, disponible en: https://www.catalogoarquitectura.cl/cl/oguc/marco-normativo-plan-regulador-comunal

Ley/Regulación	Descripción
Ley N°20.703/2013, Crea y regula los registros nacionales de Inspectores Técnicos de Obra (ITO) y de revisores de proyectos de cálculo estructural, modifica normas legales para garantizar la calidad de construcciones y agilizar las solicitudes ante las direcciones de obras municipales.	Esta Ley dicta normas sobre Inspectores Técnicos de Obra (ITO) y crea y regula el Registro Nacional de Inspectores Técnicos de Obra (ITO) y el Registro Nacional de Revisores de Proyectos de Cálculo Estructural. Establece, entre otros, quienes podrán inscribirse en el Registro Nacional de ITO y permanecer inscritos en él, requerimientos para inscribirse, así como categorías de inspectores técnicos de obra, según su idoneidad técnica y experiencia profesional acorde al tipo de obra de que se trate, en los términos señalados por esta ley y su reglamento.
Ley N°. 21.455/2022 Ley Marco de Cambio Climático	Establece la gobernanza climática, facultades y obligaciones de los organismos del Estado de Chile para la acción climática, y establece la meta de carbono neutralidad y la resiliencia para el 2050.
D.F.L. N°725/1968, modificado por Ley N°21.030/2017 Código Sanitario. MINSAL	Rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de Chile, salvo aquellas sometidas a otras leyes. Dentro de su regulación incluye normas relativas a la higiene y seguridad del ambiente y los lugares de trabajo.
Ley Nº20.285/2008 sobre Acceso a la información pública	Esta ley regula el principio de transparencia de la función pública, el derecho de acceso a la información de los órganos de la Administración del Estado, los procedimientos para el ejercicio del derecho y para su amparo, y las excepciones a la publicidad de la información.
Ley Nº20.500/2011 sobre Asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública	Esta ley establece definiciones y mecanismos para formar asociaciones de ciudadanos de interés público, y define las formas en que dichas entidades participarán de la gestión de las autoridades.
Decreto Nº680/1990 Aprueba instrucciones para el establecimiento de Oficinas de Información para el público usuario en la Administración del Estado del Ministerio del Interior	Este Decreto establece la obligación de los ministerios y otros servicios públicos de contar con Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) y regula su funcionamiento.
Ley Nº21.305/2021 sobre Eficiencia Energética	Esta ley tiene por objeto, establecer la obligación del Ministerio de Energía de elaborar un Plan Nacional de Eficiencia Energética cada 5 años. El “Plan” deberá contemplar entre otros, una meta de reducción de intensidad energética de, al menos, de un 10% al 2030, respecto al 2019; También estipula que las viviendas, edificios de uso público, edificios comerciales y edificios de oficinas deberán contar con una calificación energética para obtener la recepción final o definitiva por parte de la Dirección de Obras Municipales respectiva, entre otros.
Ley Nº21.364/2021 Establece el Sistema Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres	Esta norma establece el Sistema Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres y regula una serie de instrumentos de gestión del riesgo de desastres
Decreto Nº1.434/2021 Exento. Aprueba Plan Nacional de Emergencia 2020 - 2030 del Ministerio del Interior y Seguridad Pública	Este Plan es un instrumento para la gestión de riesgo de desastres que tiene como fin establecer las acciones de respuesta en las distintas

Ley/Regulación	Descripción
	fases operativas, ante situaciones de emergencia, desastre o catástrofe, con el objetivo de brindar protección a las personas, sus bienes y medio ambiente, en el territorio nacional, a través de la coordinación del Sistema Nacional de Protección Civil.

Tabla 5 Normativa ambiental de carácter específico

Ley /regulación	Descripción
Calidad del aire y emisiones atmosféricas	
Decreto Nº138 del Ministerio de Salud establece la obligación de los titulares de fuentes fijas de emisión de contaminantes atmosféricos de entregar a la SEREMI de Salud respectiva los antecedentes necesarios para estimar las emisiones provenientes de cada una de sus fuentes	Regula las declaraciones de emisiones de todas las actividades económicas. Las declaraciones de emisiones deben efectuarla quienes desempeñen rubros agrícolas, empresas de servicios de comercio, turismo, industrias, transporte y telecomunicaciones, inmobiliarias, de salud, de enseñanza, sociales y comunitarias, entre otras que posean calderas de agua caliente o vapor u ocupen equipos electrógenos. Los regulados deben entregar anualmente información a la Autoridad Sanitaria para que el Estado estime las emisiones de contaminantes atmosféricos en base anual. Esta normativa no establece límites de emisión, sólo la obligación de entregar antecedentes para calcular las emisiones
Normas de emisión establecidas por los Planes de Descontaminación Atmosférica (PDA) y que deben cumplir todas las fuentes ubicadas en donde existe un PDA.	Son instrumentos de gestión ambiental que, a través de la definición e implementación de medidas y acciones específicas, tienen por finalidad reducir los niveles de contaminación del aire en una zona saturada, con el objeto de resguardar la salud de la población.
D.S. N° 144/1961. Establece Normas para Evitar Emanaciones o Contaminantes Atmosféricos de Cualquier Naturaleza. Ministerio de Salud.	Establece que los gases, vapores, humos, polvo, emanaciones o contaminantes de cualquier naturaleza, producidos en cualquier establecimiento fabril o lugar de trabajo, deberán captarse o eliminarse en forma tal que no causen peligros, daños o molestias al vecindario.
D.S. N°279/1983. Aprueba Reglamento para el Control de la Emisión de Contaminantes de Vehículos motorizados de Combustión Interna. Ministerio de Salud.	Establece los aspectos normativos y técnicos para el control de la emisión de contaminantes evacuados por el tubo de escape de vehículos motorizados de combustión interna
D.S. N°75/1987, modificado por el D.S. N°78/1997. Establece Condiciones para el Transporte de Cargas que indica. Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones.	Establece las condiciones para el transporte de carga
D.S. N°38/2011. Establece Norma de Emisión de Ruidos Generados por Fuentes que Indica. Ministerio del Medio Ambiente.	Los niveles generados por fuentes emisoras de ruido deberán cumplir con los niveles máximos permisibles de presión sonora

Trabajos en la vía	
Decreto N° 90/2003 Aprueba Nuevo Texto y Anexos del Capítulo Quinto del "Manual de Señalización de Tránsito" que establece Señalización Transitoria y Medidas de Seguridad para Trabajos en la Vía	El capítulo 5 del Manual de Señalización de Tránsito aborda las señales, dispositivos, medidas de seguridad y esquemas de señalización que se deben utilizar cuando se realicen trabajos en la vía, entendiendo como tales cualquier trabajo o restricción temporal que cause la obstrucción parcial o total de ésta.
Residuos sólidos	
DS 6/2009 Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimiento de Atención de la Salud (REAS). MINSAL	Establece normas para el manejo de los residuos "sólidos" generados en establecimientos de salud
Ley Nº20.920/2016. Establece Marco para la Gestión de Residuos, la responsabilidad extendida del Productor y Fomento al Reciclaje. Ministerio de Medio Ambiente (MMA)	Esta ley tiene por objetivo incorporar la valorización de los residuos como un elemento primordial en la gestión de los residuos sólidos e introducir en la regulación existente en la materia, un instrumento económico que busca generar mecanismos que permitan aumentar los niveles de reciclaje de los residuos que actualmente se disponen en rellenos sanitarios o son depositados en vertederos ilegales.
Residuos Peligrosos	
D.S. N°148/2003. Aprueba Reglamento Sanitario sobre Manejo de Residuos Peligrosos. MINSAL	Establece las condiciones sanitarias y de seguridad mínimas relativas a la generación, tenencia, almacenamiento, transporte, tratamiento, reúso, reciclaje, disposición final y otras formas de eliminación de los residuos peligrosos.
El D.S. 43/15, Reglamento de almacenamiento de sustancias peligrosas. MINSAL	Establece las condiciones de almacenamiento de las sustancias peligrosas clasificadas de acuerdo con lo establecido en la NCh382:2013. Las sustancias a las cuales se les aplica este reglamento son gases comprimidos, líquidos inflamables, sólidos inflamables, comburentes y peróxidos orgánicos, tóxicos agudos, corrosivos y peligrosos varios.
Servicios Sanitarios Básicos	
Decreto con Fuerza de Ley (D.F.L.) Nº 382 de 1988, Ley General de Servicios Sanitarios, y su reglamento D.S. Nº 1199 de 1998 del Ministerio de Obras Públicas (MOP**),** si el servicio es prestado por una concesionaria de servicios sanitarios.	Rigen la provisión de servicios básicos de agua potable y alcantarillado en un establecimiento de atención de salud ubicado dentro de la zona urbana.
Código Sanitario del MINSAL, en sus artículos 71 y 72, así como el D.F.L Nº 1 de 1989 también del MINSAL, que determina las materias que requieren autorización sanitaria expresa para funcionar	En el caso de los establecimientos de salud que se ubican fuera de las áreas operacionales de las empresas sanitarias, la provisión de servicios básicos es a través de sistemas particulares de abastecimiento de agua potable y de evacuación de aguas servidas. La responsabilidad de construir, operar y mantener estos sistemas particulares es de los propietarios de los inmuebles. Todo sistema particular de abastecimiento de agua potable y de evacuación de aguas servidas, debe contar con aprobación de proyecto y con autorización de funcionamiento de la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva.
D.S. 735 de 1969 del MINSAL Reglamento de los abastos de agua destinados al consumo humano.	Regula la calidad de agua potable, tanto en la zona urbana como rural.

D.S. 236 de 1926 del MINSAL, Reglamento general de alcantarillados particulares	Regula las condiciones sanitarias básicas de los sistemas particulares de evacuación de aguas servidas.
Código de Aguas Ley Nº 21.435 Reforma del Código de Aguas, del Ministerio de Obras Públicas. Publicado el 6 de abril 2022	Este conjunto de normas codificadas regula el uso de los recursos hídricos del país, estableciendo, entre otras figuras, el derecho de aprovechamiento de aguas. La presente Ley reforma el Código de Aguas, reconoce el acceso al agua y saneamiento como un derecho humano esencial e irrenunciable, que debe ser amparado por el Estado; y que se trata de un bien nacional de uso público, cuyo dominio y uso pertenecen a todos los habitantes de la nación.
Salud y Seguridad en el Trabajo	
D.S. 594, Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo	Establece las condiciones sanitarias y ambientales básicas que deberá cumplir todo lugar de trabajo, sin perjuicio de la reglamentación específica que se haya dictado o se dicte para aquellas faenas que requieren condiciones especiales. Establece, además, los límites permisibles de exposición ambiental a agentes químicos y agentes físicos, y aquellos límites de tolerancia biológica para trabajadores expuestos a riesgo ocupacional. También establece las medidas de prevención y protección contra incendios.
Código del Trabajo DFL Nº1/2003 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social	Cuerpo codificado de normas que regula las relaciones laborales entre trabajadores y empleadores. El Código del Trabajo incluye normas relativas al contrato de trabajo (derechos de los trabajadores, sus obligaciones, la regulación de la remuneración, el descanso, el término); la protección a los trabajadores (seguros sociales contra riesgos y accidentes, contra el acoso sexual); las organizaciones sindicales y la negociación colectiva; y, la jurisdicción laboral.
Ley N°16.744/1968 que Establece Normas sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Ministerio de Trabajo y Previsión Social	Norma que regula la obligatoriedad de seguros contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales tanto para trabajadores dependientes como independientes que coticen en el sistema de seguridad social. El seguro protege en caso de accidentes del trabajo, accidente del trayecto, accidentes sufridos por dirigentes sindicales y enfermedades profesionales.
Decreto Nº40/69 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social que aprueba el Reglamento sobre Prevención de Riesgos Profesionales	Establece la reglamentación sobre prevención de riesgos profesionales, los que se entienden como accidentes en el trabajo o enfermedades profesionales. Entre otras medidas, establece la obligación de empleadores de preparar u mantener actualizado un reglamento de seguridad e higiene, informar a los trabajadores de los riesgos que corren y capacitarlos para enfrentarlos adecuadamente. También señala que se deberán llevar estadísticas de accidentes y enfermedades profesionales.
D.S. Nº 76/2007, Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Aprueba Reglamento para la Aplicación del Artículo 66 Bis de la Ley Nº 16.744, sobre la gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo en obras, faenas o servicios que indica.	El articulo 66 bis de la Ley 16.744 establece a la empresa principal, la obligación de vigilar que tanto contratistas como subcontratistas cumplan con las normas de higiene y seguridad.

	Además, entre otros, establece que la empresa principal, para efectos de planificar y cumplir sus obligaciones en materia de salud y seguridad, debe mantener en la faena, obra o servicio, un Registro actualizado de antecedentes, sea en papel o digital, constituido, entre otros, por un historial de accidentes y enfermedades profesionales de la faena.
Decreto 157/2007 Reglamento de pesticidas de uso sanitario y doméstico. MINSAL	Regula las condiciones de importación, almacenamiento, tenencia, transporte, distribución, aplicación y eliminación de pesticidas de uso sanitario y doméstico, dentro de los cuales se incluye una amplia gama de desinfectantes y antisépticos.
Biodiversidad, áreas naturales protegidas	
Convenio sobre la Diversidad Biológica. Decreto Nº1963/1995 del Ministerio de Relaciones Exteriores	Este tratado tiene como propósito la conservación de la diversidad biológica, la utilización sostenible de sus componentes y la participación justa y equitativa en los beneficios que se deriven de la utilización de los recursos genéticos.
Decreto Nº14/2008 Estrategia Nacional de Biodiversidad 2017-2030 del Ministerio del Medio Ambiente	La Estrategia es un documento guía para la gestión sustentable de la biodiversidad de Chile, que tiene cinco objetivos estratégicos (1) Promover el uso sustentable de la biodiversidad para el bienestar humano, reduciendo las amenazas sobre ecosistemas y especies; (2) Desarrollar la conciencia, la participación, la información y el conocimiento sobre la biodiversidad, como base del bienestar de la población; (3) Desarrollar una institucionalidad robusta, buena gobernanza y distribución justa y equitativa de los beneficios de la biodiversidad; (4) Insertar objetivos de biodiversidad en políticas, planes y programas de los sectores públicos y privados; y (5) Proteger y restaurar la biodiversidad y sus servicios ecosistémicos.
Convención Relativa a los humedales de Importancia Internacional, especialmente como Hábitat de Aves Acuáticas. Decreto Nº771/1981 del Ministerio de Relaciones Exteriores	Esta Convención tiene como propósito la conservación y uso racional de los humedales, realizando para ello acciones a nivel local, regional, nacional y de cooperación internacional. Entre sus disposiciones establece que los Estados deberán elaborar una lista con zonas húmedas u ejecutar planes para la conservación de estas y las aves acuáticas.
Ley Nº 18.362/1984. Crea un Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas del Estado	Esta Ley crea un Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas del Estado, incluyendo regulaciones para su manejo, creación, administración y desafectación, así como las prohibiciones y sanciones en caso de incumplimiento de esta normativa.
Ley N°20.283/2008. Sobre Recuperación del Bosque Nativo y Fomento Forestal y su Reglamento (D.S. 93/2009 del Ministerio de Agricultura)	Esta Ley tiene como propósito proteger, recuperar y mejorar las especies nativas del país, asegurando su sustentabilidad forestal, mediante planes de manejo y preservación.
Ley Nº. 21.202/2020 del MMA Modifica varios cuerpos legales con el objetivo de proteger los humedales	Tiene por objetivo proteger los humedales urbanos declarados como tal por el Ministerio de Medio Ambiente, sea por su propia iniciativa o a petición del municipio respectivo, en atención a la gran importancia que tienen para el medio ambiente.
Patrimonio cultural	

Ley N°17.288 y D.S. 484/1990, del Ministerio de Educación, Reglamento sobre Excavaciones y/o Prospecciones Arqueológicas, Antropológicas y Paleontológicas.	Legisla sobre Monumentos Nacionales.

4.1.2 Marco institucional para la gestión ambiental del Programa

Los principales potenciales riesgos ambientales y de seguridad y salud de este PforR están asociados a la construcción y operación de una nueva tipología de establecimientos de APS con el crédito del BM.

En base a información provista por el MINSAL, los responsables de la gestión de la construcción de los nuevos establecimientos de APS, serán los **Servicios de Salud** y estos tendrán a su cargo:

i) la contratación de las obras por licitación, a través del sistema de Compras Públicas[20], que se realizará conforme a bases tipo concursales establecidas por la Contraloría[21] para este tipo de obras (se prevé que se usen las mismas bases que para la construcción de las postas rurales - establecimientos más pequeños de APS, de unos 400-500 m^2). Las bases tipo de licitación consideran el marco legal que se debe aplicar al construir la infraestructura, incluido el socioambiental. Los documentos de licitación además incluyen pliegos con especificaciones técnicas específicas al alcance y riesgos de la obra, entre estas los planes de mitigación ambiental y social que la obra en cuestión debe implementar;

ii) la supervisión de estas obras, incluido la aplicación de la normativa y mitigación A&S específica para la obra en cuestión, para lo cual La **Dirección del Servicio de Salud** correspondiente debe contratar un **Inspector Técnico de Obra** (ITO), inscrito en el Registro Nacional de ITO del Ministerio de Vivienda y Urbanismo.

El Inspector Técnico de la obra dependerá de la Dirección del SS y tiene responsabilidad administrativa, civil y penal. Debe verificar que la obra cumpla con las condiciones del contrato y todo el marco legal aplicable, incluido el ambiental, seguridad y salud y social.

Además, el **Contratista**, la empresa contratada por el SS correspondiente para ejecutar la obra, debe incluir entre su personal un **prevencionista de riesgos**, profesional con las competencias requeridas y debe estar registrado en una SEREMI de Salud. Este es responsable de asegurar el cumplimiento de la obra con la normativa específica y medidas de prevención y mitigación sobre seguridad, salud, condiciones y derechos laborales y medio ambiente.

El presupuesto de la obra dedicado a la implementación de las medidas de prevención, mitigación y control ambiental y social no se incluye como partida específica, si no que se incluye en la partida de gastos generales de la obra que considera la administración de la obra, e incluye todo el personal de la empresa que va a trabajar en la obra, que debe incluir el prevencionista de riesgos y los especialistas específicos que también tengan que verificar o ejecutar acciones de acuerdo a los requerimientos de la normativa para la obra en cuestión.

Como parte del proceso de contratación para ejecutar una obra existen garantías que se solicitan al contratista y se aplican cuando la empresa presenta un incumplimiento (técnico, ambiental, de seguridad y salud, otros) para cubrir el costo de lo que se signifique. Estas garantías se establecen en base al costo total de la obra.

Para iniciar una obra se debe solicitar el **permiso de edificación** a la municipalidad correspondiente, a través de su **Dirección de Obras Municipal (DOM)**, ente rector responsable de verificar que la empresa contratista cumple con toda la normativa necesaria para iniciar la ejecución de una obra, incluido la normativa urbanística, ambiental, social, entre otras. Antes de solicitar este permiso, la empresa contratista debe tener todas las factibilidades resueltas, por ejemplo, la conexión del nuevo centro de APS al suministro de agua potable y alcantarillado, la conexión al sistema eléctrico, cuando es necesario, una topografía preliminar, una mecánica de suelos preliminar, el terreno donde se va a construir, entre otras. El expediente de licitación de la obra se arma, por el Servicio de Salud correspondiente, con todos estos antecedentes resueltos y factibilidad para ejecutar la obra.

La DOM también fiscaliza las obras en construcción, puede visitar la obra y verificar que se esté cumpliendo con todo el marco normativo aplicable, incluyendo el ambiental y social. Además, estas obras también están fiscalizadas por el ITO, la Dirección del Trabajo y la SEREMI de Salud correspondiente.

Las quejas y reclamos que se puedan presentar por la obra los maneja la DOM, en conjunto con la Dirección del SS y con el ITO. El reclamo de un afectado por la obra puede llegar a la DOM y de ahí se le exige a la empresa resolver la queja o reclamo.

[20] Mercado público es una plataforma para las compras públicas de productos obras y servicios en Chile, disponible en https://www.mercadopublico.cl/Home

[21] La Contraloría General de la República es un órgano superior de fiscalización de la Administración del Estado, contemplado en la Constitución Política, que goza de autonomía frente al Poder Ejecutivo y demás órganos públicos. Verifica que los órganos de la Administración del Estado actúen dentro del ámbito de sus atribuciones y con sujeción a los procedimientos que la ley contempla.

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) son las autoridades que otorgan a las nuevas instalaciones de APS la **Autorización Sanitaria**[22] requerida para su funcionamiento y operación.

Una vez terminada la obra, se debe solicitar a la municipalidad la **Recepción municipal**, esta es la última verificación de que la obra se ejecutó de acuerdo con lo que se solicitó y con marco legal aplicable, incluyendo aspectos A&S.

Durante la operación de los nuevos establecimientos de APS, la supervisión del cumplimiento de los requisitos ambientales y sociales sería realizada por la SEREMIS y por las autoridades locales donde se ubique la instalación. El marco legal pertinente (Tabla 6) establece las funciones y responsabilidades de estas agencias en la gestión A&S de los establecimientos de APS.

De acuerdo con información facilitada por el MINSAL, los nuevos establecimientos de APS que se construyan con el crédito del BM serán operados y gestionados por las municipalidades, a través de sus Direcciones de Salud Municipal, o de Salud primaria, o Corporaciones de APS. Por tanto, la gestión ambiental y social de estos centros estará fiscalizada por la municipalidad donde se establezca el nuevo establecimiento de APS y la SEREMIS correspondiente. Por ejemplo, para la gestión de residuos peligrosos las municipalidades sostienen contratos con empresas que están fiscalizadas por las SEREMIS para la eliminación de residuos peligrosos conforme a la normativa del Reglamento sobre el manejo de Residuos en Establecimientos de Atención Primaria (REAS). Además, cada Dirección de salud municipal y cada establecimiento deben inscribirse, a través de la SEREMIS donde deben declarar como hacen la gestión de sus residuos.

A continuación, en la Tabla 6 se presentan los principales organismos de la Administración del Estado que configuran el marco institucional para normatividad, control y fiscalización ambiental en el que se desarrollarán las intervenciones físicas el Programa.

[22] La Autorización Sanitaria es el acto por medio del cual la Autoridad Sanitaria Regional (SEREMIS) permite el funcionamiento de los Prestadores Institucionales de Salud, verificando que ellos cumplen con los requisitos de estructura y organización, expresados en reglamentos. Decreto con Fuerza de Ley Nº1 de 1989, Determina materias que requieren autorización sanitaria expresa. Disponible en: https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=3439

Tabla 6 Marco Institucional para normatividad, control y fiscalización ambiental del Programa

Autoridades Ambientales Nacionales	
Ministerio de Medio Ambiente (MMA)	El MMA tiene responsabilidad en la coordinación de materias ambientales y en el diseño y propuestas de políticas ambientales que otorgan fortalecimiento a los marcos normativos sectoriales en materia ambiental, entre ellos el sector salud, así como en la protección y conservación de la diversidad biológica y de los recursos naturales renovables e hídricos, promoviendo el desarrollo sustentable, la integridad de la política ambiental y su regulación normativa. El Ministerio tiene un Consejo Consultivo Nacional y Consejos Consultivos Regionales en cada región del país, creados a partir de la Ley Nº19.300 sobre Bases Generales del Medio Ambiente, como mecanismos de participación ciudadana para los temas ambientales. Además, el/la Ministro/a del Medio Ambiente preside el Consejo de Ministros para la Sustentabilidad y el Cambio Climático.
Servicio de Evaluación Ambiental (SEA)	El SEA tiene como función principal administrar el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (SEIA), el cual regula el proceso de evaluación de los proyectos que puedan generar impactos significativos en el medio ambiente. La decisión del SEA sobre la evaluación ambiental se materializa en la Resolución de Calificación Ambiental (RCA), la cual establece las medidas de mitigación, compensación y seguimiento ambiental que deben ser implementadas durante la ejecución del proyecto. Contra esta resolución, en determinados casos, se puede poner una reclamación ante el Comité de Ministros. Además, el Servicio tiene la labor de uniformar los criterios, requisitos, condiciones, antecedentes, certificados, trámites, exigencias técnicas y procedimientos de carácter ambiental que establezcan los ministerios y demás organismos del Estado competentes, mediante el establecimiento, entre otros, de guías trámite. En caso de que alguna de las obras de infraestructura del Programa deba someterse al SEIA, deberá seguir el proceso dispuesto en la LBGMA y RSEIA para la evaluación de sus riesgos e impactos ambientales y obtener la respectiva RCA. De acuerdo con la lista de exclusión del Programa, las intervenciones que requieran un EIA estarán excluidas de financiamiento.
Superintendencia del Medio Ambiente (SMA)	La SMA es el organismo con potestad exclusiva para ejecutar, organizar y coordinar el seguimiento y fiscalización de las Resoluciones de Calificación Ambiental (RCA), de las medidas de los Planes de Prevención y/o de Descontaminación Ambiental, del contenido de las Normas de Calidad Ambiental y Normas de Emisión, y de los Planes de Manejo, cuando corresponda, y de todos aquellos otros instrumentos de carácter ambiental que establezca la Ley. La SMA cumple su función a través de tres modalidades de fiscalización: directa, por sus funcionarios; por otros organismos sectoriales, encomendándole labores de fiscalización sobre la base de programas y subprogramas específicos; y, mediante terceros acreditados por la Superintendencia. Las obras de infraestructura que incluya el Programa que requieran presentar una DIA al SEA y obtenga la respectiva RCA estarán sujetas a la fiscalización ambiental por parte del SMA.
Órganos de la Administración del Estado con Competencia Ambiental (OAECA)	Los OAECA son los órganos del Estado que participan en la Evaluación de Impacto Ambiental del proyecto o actividad. El artículo 24 del RSEIA los define como, aquellos que cuenten con atribuciones en materia de permisos o pronunciamientos ambientales

	sectoriales respecto del proyecto o actividad en particular. En caso de que alguna obra de infraestructura incluida en el Programa requiera someterse al SEIA mediante una DIA, estos órganos se pronunciarán sobre la DIA de la obra.
Dirección del Trabajo, Seguridad y Salud	La Dirección del Trabajo es un servicio público descentralizado, vigilado por el Presidente de la República a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Entre sus roles están los de fiscalizar el cumplimiento de las normas laborales, previsionales y de higiene y seguridad en el trabajo, y efectuar acciones tendientes a prevenir y resolver los conflictos del trabajo.
Gobiernos Regionales	La Ley N° 19.300 establece la obligación de los gobiernos regionales de pronunciarse sobre la compatibilidad territorial de los proyectos presentados en la región de su competencia (artículo 8). En caso de que alguna de las obras de infraestructura incluida en el Programa se deba someter al SEIA por medio de una DIA, la obra deberá obtener el informe del Gobierno Regional, del Municipio respectivo y la autoridad marítima competente, cuando corresponda, sobre la compatibilidad territorial del proyecto presentado.
Municipalidades	El funcionamiento de las Municipalidades en Chile se rige por la Ley No 18.695 Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades. La gestión de establecimientos de APS a nivel comunal, depende de la municipalidad en 321 de las 345 comunas del país. En estos casos, cada una administra los recursos humanos y financieros, realiza compras de bienes y servicios y es responsable de la mantención de la infraestructura y el equipamiento. Las Municipalidades tienen entre sus funciones y responsabilidades la gestión[23] del medio ambiente y la seguridad y salud pública en su municipio y desarrollar mecanismos para cumplir con las responsabilidades que le otorga la Constitución de la República sobre estos temas, la LBGMA en materia de gestión medioambiental (control de la calidad ambiental, representar las denuncias de la comunidad en materia medioambiental, implementar planes de descontaminación, entre otros) y el Código Sanitario (velar por el cumplimiento de las disposiciones de higiene y seguridad establecidas en la Ordenanza General de construcciones y urbanización. Las municipalidades son responsables de emitir el permiso de edificación para iniciar una obra civil en su territorio y de otorgar la recepción de la obra una vez que esta termina, también fiscaliza el cumplimiento de la obra con el marco legal aplicable, durante la construcción, así como durante la operación de esta. La construcción y operación de la nueva infraestructura de APS estará sujeta al cumplimiento con las normas, actos y ordenanzas municipales pertinentes ambientales y sociales. Las municipalidades que tiene a cargo establecimientos de APS tienen bien estandarizadas direcciones de aseo y ornato que se encargan de la gestión ambiental, o hay municipios que las llaman dirección de gestión ambiental.
Autoridad ambiental sectorial (Autoridad Sanitaria)	
MINSAL	Al MINSAL le corresponde formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional. Teniendo, entre otras, las siguientes funciones y objetivos: - Ejercer la rectoría del sector salud - Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

[23] Gestión Ambiental Municipal. 1995, disponible en: https://proactiva.subdere.gov.cl/bitstream/handle/123456789/52/GESTION_AMBIENTAL_MUNICIPAL.PDF?sequence=1&isAllowed=y

	- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población. - A nivel normativo nacional, tiene la facultad de formular políticas y reglamentos para controlar los factores del medio ambiente que puedan poner en riesgo la salud de la población. El MINSAL gestiona la APS a nivel central, representado por la División de Atención Primaria (DIVAP), dependiente de la Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Departamento de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres (DGREYD)	Inserto en la jefatura de Gabinete del MINSAL, el DGREYD tiene como misión impulsar la gestión integral del riesgo en emergencias y desastres en el sector salud, considerando los lineamientos del Sistema Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres (SINAPRED) y los acuerdos sectoriales en el marco internacional de la reducción de riesgo de desastres. Entre sus objetivos están: • Elaborar las orientaciones técnicas necesarias para la implementación de la Política Sectorial de Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres, así como los protocolos necesarios para la formulación de planes, de hacer seguimiento de la implementación de dicha política en el MINSAL, en las SEREMIS, en los Servicios de Salud y en los establecimientos de la red. • Coordinar y dar seguimiento a nivel nacional a la implementación del Plan de Adaptación de Cambio Climático del Sector de Salud, a través de la unidad de coordinación ejecutiva para el cambio climático perteneciente a este departamento. El DEGREYD contribuirá al seguimiento y la elaboración de informes sobre las actividades de la AR2 relacionadas con la preparación y vigilancia de emergencias y resiliencia al cambio climático de la APS.
Departamento de Salud Ambiental (Subsecretaría de Salud Pública)	Está inserto en la División de Políticas Saludables y Promoción, que depende a su vez, de la Subsecretaría de Salud Pública. Encargado de velar porque se eliminen o controlen todos los factores, elementos o agentes del medio ambiente que afecten la salud, la seguridad y el bienestar de los habitantes del país en conformidad a las disposiciones del Código Sanitario y sus reglamentos. Sus políticas, normas y mandatos en cuestiones de salud ambiental también se deberán implementar en los nuevos establecimientos de la APS que se construyan con el crédito del Programa.
Departamento de Salud Ocupacional (Subsecretaría de Salud Pública)	También dependiente de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Tiene como objetivo principal fomentar el desarrollo de ambientes de trabajos saludables que permitan mejorar la calidad de vida de los trabajadores, por ello, cumple con funciones normativas, supervisoras y asesoras para contribuir a la formulación de políticas de salud ambiental y de trabajo, elaborando planes y programas nacionales para proteger la salud de la población y de los trabajadores de los riesgos asociados al ambiente. Sus políticas, normas y mandatos en cuestiones de salud ocupacional también se deberán implementar en los en los nuevos establecimientos de la APS que se construyan con el crédito del Programa.

Gestión ambiental regional	
Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS)	La autoridad regional de salud debe fiscalizar y sancionar disposiciones del Código Sanitario y otras normativas. Asimismo, la SEREMI de Salud fiscaliza materias como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo; alimentos; laboratorios; farmacias; inhumaciones; exhumaciones y traslado de cadáveres. En materia de Salud Ocupacional, la fiscalización recae en las Unidades o Sub-departamentos de Salud Ocupacional de la SEREMIS en cada región. En materia de Salud Ambiental, a nivel regional la fiscalización recae en el Departamento de Acción Sanitaria de las SEREMIS, pudiendo tener una conformación distinta en cada región. Las SEREMIS serán responsables de fiscalizar y sancionar disposiciones del Código Sanitario y otras normativas en los nuevos establecimientos de APS que se construyan con el crédito del BM, durante su construcción y operación, relacionadas con factores de calidad ambiental, emisiones, residuos, agua potable, alcantarillado, seguridad e higiene en los establecimientos de APS, entre otros. Es la autoridad regional que emite la autorización sanitaria para el inicio de operación de un establecimiento de salud.
Gestión ambiental local	
Servicios de Salud (SS)	Los SS dependen de la Subsecretaria de Redes Asistenciales del MINSAL. Regulados por Ley N° 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y en el Reglamento de los Servicios de Salud (decreto 140/2004). Hay 29 SS en el país. En el Artículo 22 (del del Decreto 140) sobre las funciones de la Subdirección de Recursos Físicos y Financieros de los SS, se establece, entre otros que los SS deben velar por el cumplimiento de las políticas y normativas en materia de infraestructura, recursos físicos y abastecimiento. En base a información provista por el MINSAL a la fecha, los Servicios de Salud (SS) con jurisdicción en las comunas donde se implementen los nuevos establecimientos de APS incluidos en el PforR, será responsable de la construcción, y supervisión A&S correspondiente de la construcción de los nuevos establecimientos de APS. Los requisitos de gestión A&S se alinearán con las regulaciones nacionales relevantes y los principios básicos establecidos en la Política y Directiva de Financiamiento de PforR, y serán supervisados por la Dirección del Servicio de Salud responsable de la obra, a través de un Inspector Técnico de Obra que será contratado por el SS para las tareas de fiscalización del cumplimiento de la ejecución de la obra con las condiciones del contrato y el marco legal aplicable a la obra especifica.
Municipalidades	Los gobiernos municipalidades tienen entre sus responsabilidades, velar por la protección del medio ambiente y garantizar la seguridad y salud pública de su territorio, fiscalizar el cumplimiento con la legislación ambiental y de seguridad y salud pública de las obras civiles en su municipio, otorgar permisos de obras, facilitar la adecuada gestión de residuos, proveer de los servicios sanitarios a su comuna, controlar la contaminación atmosférica, entre otros. Esto lo realizan en colaboración con las secretarias regionales ministeriales de medioambiente y de salud de la región donde se ubiquen, entre otras instituciones públicas relevantes. El gobierno municipal aplicará sus normas y ordenanzas pertinentes en la construcción y operación de los nuevos establecimientos de APS incluidos en el Programa, como ya se ha explicado, en general, en esta sección.

4.1.3 Implementación de los Sistemas de Gestión Ambiental

En Chile, la gestión y supervisión de los aspectos ambientales de las obras civiles en los establecimientos de salud están reguladas por diversas normativas y entidades encargadas de velar por el cumplimiento de las disposiciones ambientales, como se expone en las secciones anteriores.

En primer lugar, la principal normativa que regula los aspectos ambientales en Chile es la Ley N° 19.300 LBGMA. Esta ley establece los principios y normas básicas para la protección, conservación y recuperación del medio ambiente, y establece el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (SEIA) y su reglamento (RSEIA). El SEIA es un instrumento de gestión ambiental que permite evaluar y prever los impactos ambientales que pueden generar los proyectos y actividades que se realizan en el país y que, conforme a la ley, deben ser evaluados. El artículo 10 de la Ley Nº19.300 establece cuáles son los proyectos o actividades que deberán someterse al SEIA y el art. 3 del RSEIA, especifica estos proyectos.

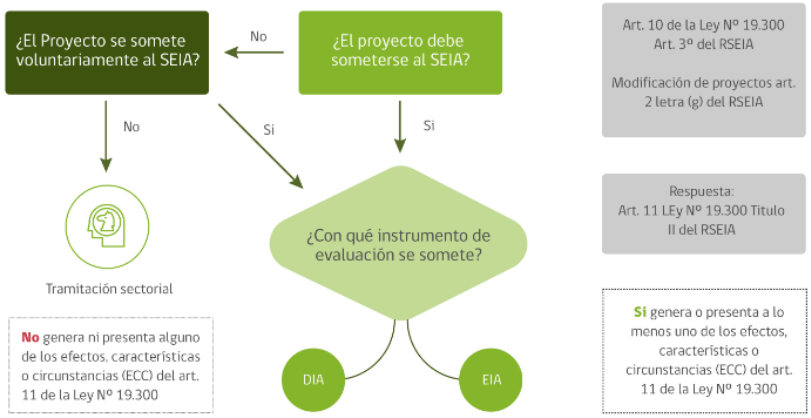
La Ley Nº19.300, además, distingue entre los proyectos que deben presentar una Declaración de Impacto Ambiental (DIA) y los que deben presentar un Estudio de Impacto Ambiental (EIA). Los proyectos y actividades que deben presentar un EIA están regulados en el artículo 11 de la misma ley y, en general, se refieren a aquellos que tienen impactos significativos. Los contenidos mínimos de los EIA y las DIA se establecen en los artículos 18 y 19 del Reglamento del SEIA, respectivamente.

Por lo tanto, para gestionar y supervisar los aspectos ambientales de las obras civiles que ejecutan los Servicios de Salud en Chile, se deben seguir los procedimientos establecidos en la Ley N° 19.300 y someter los proyectos al SEIA, obtener la RCA correspondiente y cumplir con las medidas de mitigación y seguimiento ambiental establecidas. La SMA se encarga de fiscalizar el cumplimiento de estas disposiciones y aplicar sanciones en caso de incumplimientos.

Se resalta que, aunque el Programa excluirá obras que puedan causar riesgos e impactos significativos, descritos en la lista de exclusión (sección 2.2.8), incluidas aquellas que requieran, de acuerdo con la LBGMA y su reglamento un Estudio de Impacto Ambiental. No están excluidas intervenciones que pudieran requerir una DIA, por ejemplo, en el caso de la construcción del nuevo modelo de establecimiento de APS que incluya el Programa, que serían obras de pequeña envergadura, podrían requerir una DIA si la obra tuviera alguna imposibilidad normativa, por ejemplo, que para su construcción se requiera cambiar el uso del suelo.

En términos generales, el proceso de evaluación ambiental puede graficarse de la siguiente manera:

Figura 1 Proceso de evaluación ambiental



Fuente: SEA, disponible en: https://www.sea.gob.cl/evaluacion-de-impacto-ambiental/cual-es-el-proceso-de-evaluacion-de-impacto-ambiental.

Los proyectos de infraestructura de salud y por ende de APS, de acuerdo con lo establecido en la Ley 19.300 y su reglamento (RSEIA), pertenecen a la tipología de un proyecto de desarrollo urbano o inmobiliario y debería ser sometido al SEIA si éste es susceptible de causar impacto ambiental. Para ello se deben cumplir alguno de los siguientes criterios específicos (RSEIA, Artículo 3, literal g.1.2 y literal h.1):

- Éste se emplaza en un área no declarada saturada o latente y tiene una superficie construida igual o superior a 5.000 m^2;
- con superficie predial igual o mayor a veinte mil metros cuadrados (20.000 m^2);
- una capacidad de atención, afluencia o permanencia simultánea igual o superior a 800 personas;
- o cuenta con 200 o más sitios de estacionamiento de vehículos.
- Éste se emplaza en una zona declarada saturada o latente y requiere de sistemas propios de producción y distribución de agua potable o de recolección, tratamiento y disposición de aguas servidas;
- o tiene capacidad para 5.000 o más personas;
- o cuenta con 1.000 o más estacionamientos

En vista de estos criterios (párrafo anterior), en el caso de la nueva infraestructura que se planea construir con crédito del BM, por su tipología y alcance, descrito en la sección 2.2.5 de este documento, estos no requerirán someterse al SEIA, de acuerdo con la Ley N° 19.300 y su reglamento, a no ser que la obra tenga alguna imposibilidad normativa, como el requerimiento de cambio de uso de suelo para su construcción, como se mencionó previamente. Si un proyecto no cumple con los criterios establecidos para someterse al SEIA y obtener una RCA, se considera un proyecto de menor envergadura o con impactos ambientales de menor magnitud. Sin embargo, aunque no se requiera la RCA, es importante que las obras responsabilidad de los Servicios de Salud cumplan con las disposiciones ambientales establecidas en la LBGMA y otras normativas aplicables como se describen en la sección 4.1.1. Por tanto, las empresas contratadas para ejecutar las obras deben cumplir con el marco legal aplicable a la obra e implementar medidas preventivas, mitigación y control ambiental, seguridad y salud y social que deberán ir especificadas en los pliegos de licitación de la obra y contrato para la construcción, como se explica en la sección 4.1.2 de este documento.

Algunas de las acciones que se llevan a cabo para gestionar los aspectos ambientales de estos proyectos que no requieren someterse al SEIA son como mínimo:

- **Identificación de aspectos ambientales:** Realizar una evaluación inicial para identificar los posibles aspectos ambientales y sociales asociados a la obra. Esto implica analizar los posibles riesgos e impactos en el entorno natural y social, como la generación de residuos, emisiones, ruido, uso de recursos naturales, riesgos a desastres naturales, entre otros.
- **Planificación y diseño:** Considerar desde las etapas iniciales de las obras medidas de prevención, mitigación y control de los riesgos ambientales. Esto implica diseñar y planificar la obra de manera que se minimicen los efectos negativos en el medio ambiente y se promueva la sustentabilidad.
- **Cumplimiento normativo:** Asegurarse de cumplir con todas las normativas ambientales aplicables a nivel local, regional y nacional. Esto incluye regulaciones sobre calidad del aire, gestión de residuos, uso del suelo, protección de recursos naturales, seguridad vial, entre otros.
- **Monitoreo y seguimiento:** Establecer un programa de monitoreo y seguimiento para evaluar el desempeño ambiental de las obras durante su ejecución. Esto implica realizar mediciones

periódicas de variables ambientales relevantes y evaluar el cumplimiento de los límites y estándares establecidos.

- **Capacitación y concientización:** Promover la capacitación y concientización del personal involucrado en las obras (contratistas, subcontratistas, firmas supervisoras, entre otros) respecto a los aspectos ambientales relevantes y las medidas de mitigación y control a implementar. Esto asegura que todos los responsables estén familiarizados con las buenas prácticas ambientales.

4.2 Sistemas de gestión social relevantes para el PforR

4.2.1 Marco legal y regulatorio para la gestión social del Programa

El derecho a salud se considera como un derecho humano universal e irrenunciable[24]. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud "Un enfoque de la salud basado en los Derechos Humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios"[25].

En materia de derechos humanos, Chile ha firmado todos los tratados internacionales sustanciales vigentes en el marco de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos, quedando aún pendientes tres ratificaciones [26] [27] [28] tal como se describe en el Anexo de Evaluación Social de este documento. Además, en materia de Atención Primaria en Salud Chile ha firmado la Declaración de Alma Ata. (1978) y la Declaración de Astaná (2018).

A nivel nacional, la actual Constitución Política de la República de Chile[29] asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud, y señala que "El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias".

[24] Artículo Nº 25. Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948. Naciones Unidas. Fuente: https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

[25] Salud y Derechos Humanos. 2022. Organización Mundial de la Salud. Fuente: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

[26] A la fecha de este informe, quedan pendientes las ratificaciones de: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia; y la Convención Interamericana contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia.

[27] Tratados Internacionales Suscritos y Ratificados por Chile sobre Derechos Humanos. Recomendaciones internacionales con incidencia constitucional. 2020. Asesoría Técnica Parlamentaria. Área de Gobierno, Defensa y relaciones Internacionales. Nº SUP: 123705. Fuente: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28223/1/Acuerdos_internacionales_e_incidencia_constitucional_rev_BH.pdf

[28] Ver Anexo Evaluación Social: marco legislativo internacional en materia de derechos humanos y salud.

[29] Decreto Nº 100 que Fija El Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Constitución Política de La República De Chile. 2005. Ministerio Secretaría General De La Presidencia. Fuente: https://bcn.cl/2f6sk

Desde 1990 el Estado Chileno ha avanzado progresivamente en reconocer, promover y garantizar los derechos humanos, la no discriminación, la participación ciudadana y la resolución de reclamos dirigidos a la Administración del Estado, por medio de un conjunto de leyes, normas, instituciones y mecanismos que contemplan garantías en las acciones y prestaciones estatales destinadas a toda la ciudadanía, pero también hacia algunos Grupos de Especial Atención (GEA)[30].

El Ministerio de Salud, al igual que el resto de las reparticiones del Estado, debe considerar este marco legal en su proceder, que establece grados aceptables en materia de garantía y protección de derechos, no discriminación, participación y consulta ciudadana, acceso a la información pública y mecanismos para interponer reclamos.

Dicho marco normativo se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 7 Marco normativo general sobre garantía y protección de derechos, no discriminación, participación ciudadana y procedimientos para reclamos

Materia	Grupo de la Población	Tipo	Nº	Nombre	Ministerio	Año	Detalle	Fuente
Derechos Humanos	Todos	Reforma Constitucional	Artículo Nº5	Eleva a rango constitucional el reconocimiento y respeto por los derechos humanos y el deber del Estado por protegerlos.	Todos	1989	Establece que el ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.	https://bcn.cl/2f6sk
	Todos	Ley	20.405	Crea el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH)	Entidad autónoma	2009	Crea el INDH como corporación autónoma de derecho público encargada de velar por el respeto de los DDHH.	https://bcn.cl/2kdph
	Todos	Ley	20.885	Crea la Subsecretaría de DDHH	Ministerio de Justicia y DDHH	2016	Otorga a la Subsecretaría de Derechos Humanos, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, la misión de promover y proteger los DDHH.	https://bcn.cl/2lo15

[30] Se consideran Grupos de Especial Atención (GEA) aquellos grupos compuestos por personas que por diversas condiciones físicas, sociales, económicas o culturales están en una situación de desventaja en el goce y ejercicio de sus derechos con respecto a otros grupos de la sociedad, y que pueden requerir de acciones afirmativas de parte del Estado para suplir esta desventaja, tales como: Niños, niñas y adolescentes (NNA); víctimas de violaciones a los DDHH por parte del Estado; mujeres; población de las diversidades sexogenéricas; personas en situación de pobreza; migrantes y refugiados; personas mayores; personas en situación de discapacidad; personas privadas de libertad; pueblos indígenas y tribales; y víctimas del delito de Trata de Personas y Explotación Sexual y Laboral. Instrumentos Internacionales, Observaciones y Recomendaciones Generales de Derechos Humanos sobre Igualdad, No Discriminación y Grupos de Especial Protección. 2014. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Fuente: https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/654/instrumentos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Participación Ciudadana	Todos	Ley	20.500	Sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública	Ministerio Secretaría General de Gobierno	2011	Reconoce el derecho de todas las personas para asociarse libremente con fines lícitos y obliga al Estado a promover y apoyar las iniciativas de asociación de la sociedad civil, así como también, fomentar la participación ciudadana.	https://bcn.cl/2f7nb
	Todos	Res. Ex.	1.757	Crea Observatorio de Participación Ciudadana y No Discriminación	Ministerio Secretaría General de Gobierno	2018	Tiene por objeto contribuir a hacer más eficientes los mecanismos de vinculación, interlocución y comunicación entre el gobierno y las organizaciones sociales, favoreciendo el asociacionismo y el fortalecimiento de la sociedad civil, promover la participación de la ciudadanía en la gestión de las políticas públicas.	https://bcn.cl/2o81c
	Todos	Ley	21.445	Ley marco de cambio climático	Ministerio de Medioambiente	2022	Con el objeto de otorgar al país un marco legal que le permita adaptarse al cambio climático, reduciendo la vulnerabilidad y aumentando la resiliencia a los efectos adversos del cambio climático, y dar cumplimiento a los compromisos internacionales asumidos por el Estado de Chile en la materia. Esta Ley establece, entre otras materias, la creación de un Sistema Nacional de Acceso a la Infromación sobre Cambio Climático y Participación Ciudadana tendiente a promover y facilitar la participación ciudadana en la elaboración, actualización y seguimiento de los instrumentos de gestión del cambio climático.	https://bcn.cl/30fwi
	Todos	Ley	19.602	Modifica la Ley No. 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, en materia de Gestión Municipal	Ministerio del Interior y Seguridad Pública		Faculta al alcalde para llevar a cabo Plebiscitos Comunales y Consultas No Vinculantes en las materias de administración local relativas a inversiones específicas de desarrollo comunal, a la aprobación o modificación del plan de desarrollo comunal, a la modificación del plan regulador u otras de interés para la comunidad local, siempre que sean propias de la esfera de su competencia.	https://bcn.cl/2qhhz

Reclamos	Todos	Decreto	680	Aprueba Instrucciones para el Establecimiento de Oficinas de Información para el Público Usuario en la Administración del Estado	Ministerio del Interior y Seguridad Pública	1990	Establece el derecho de que toda persona que recurra a la Administración del Estado debe encontrar información orientadora, atención oportuna y rápida, y la posibilidad de colaborar a un mejor servicio mediante la reclamación o la sugerencia.	https://bcn.cl/2lyf0
Acceso a la Información	Todos	Ley	20.285	Sobre Acceso a la Información Pública	Ministerio Secretaría General de la República	2008	Regula el principio de transparencia de la función pública, el derecho de acceso a la información de los órganos de la Administración del Estado, los procedimientos para el ejercicio del derecho y para su amparo, y las excepciones a la publicidad de la información.	https://bcn.cl/2f8ep
Antidiscriminación	Todos	Ley	20.609	Establece medidas contra la discriminación	Ministerio Secretaría General de Gobierno	2012	Define el concepto de discriminación arbitraria; establece un procedimiento judicial para reestablecer el derecho cuando se comete un acto de este tipo; y obliga a los órganos de la Administración Civil del Estado a elaborar e implementar políticas destinadas a garantizar a toda persona, sin discriminación arbitraria, el goce y ejercicio de los derechos y libertades	https://bcn.cl/2g7mr
	LGBTIQA+	Ley	21.120	Reconoce y da Protección al Derecho a la Identidad de Género	Ministerio de Justicia y DDHH	2018	Reconoce y garantiza el derecho a la identidad de género de toda persona cuya identidad de género no coincida con su sexo y nombre registral, para solicitar la rectificación de éstos. Prohíbe la discriminación arbitraria y que cause privación, perturbación o amenaza a las personas y sus derechos, en razón de su identidad y expresión de género, según lo establecido en la Ley 20.609.	https://bcn.cl/2f8z8
Pueblos Indígenas	Pueblos Indígenas	Ley	19.253	Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	1993	Reconoce el derecho a la tierra de los pueblos indígenas, obliga al Estado a incluirlos en los censos de población, establece la creación en el sistema nacional de educación de una unidad programática que promueva el conocimiento, valoración y respeto de las culturas e idiomas indígenas y obliga a los servicios de la administración del Estado y a las organizaciones de carácter regional a escuchar y	https://bcn.cl/2f7n5

							considerar la opinión de organizaciones indígenas en aquellas materias que tengan injerencia o relación con cuestiones indígenas, entre otras.	
Pueblos Indígenas y Tribales	Pueblos indígenas y Tribales	Decreto	236	Promulga el Convenio Nº 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo	Ministerio de Relaciones Exteriores	2008	Promulga el Convenio No. 169 de la OIT	https://bcn.cl/2fx8e
	Pueblos Indígenas y Tribales	Decreto	66	Aprueba Reglamento que Regula el Procedimiento de Consulta Indígena en Virtud del Artículo 6 Nº 1 Letra a) y Nº Del Convenio Nº 169 de la Organización Internacional del Trabajo y Deroga Normativa que Indica	Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Subsecretaría de Servicios Sociales	2013	Describe el reglamento que regirá los procesos de consulta indígena en la Administración del Estado.	https://bcn.cl/2lp47
	Pueblo Tribal Afordescendiente Chileno	Ley	21.151	Otorga reconocimiento legal al pueblo afrodescendiente chileno	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	2019	Obliga al Estado a valorar, respetar y promocionar su identidad cultural reconociendo su aporte a la sociedad en la categoría de patrimonio cultural inmaterial	https://bcn.cl/2f9j2
Inclusión Personas con Discapacidad	Discapacitados	Ley	20.422	Estblece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	2010	Se basa en los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social. Establece un organismo para abordar los desafíos que genera la plena inclusión social de las personas con discapacidad: el Servicio Nacional de la Discapacidad; un Comité de Ministros de la Discapacidad liderado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia; y un Consejo Consultivo de la Discapacidad integrado por representantes de la sociedad civil, organizaciones sin fines de lucro y el sector privado vinculadas a la discapacidad.	https://bcn.cl/2irkh
	Discapacitados	Ley	21.015	Incentiva la Inclusión de personas con Discapacidad al Mundo Laboral	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	2017	Incentiva, tanto en los organismos del Estado como en empresas privadas, la inclusión laboral de personas con discapacidad en igualdad de	https://bcn.cl/2f9hw

							condiciones, prohibiéndose todo acto discriminatorio por su condición.	
Derechos de la Niñez	Niños, niñas y adolescentes	Ley	21.067	Crea la Defensoría de la Niñez	Entidad autónoma	2018	Crea la Defensoría de la niñez como un órgano autónomo cuya misión es promover y proteger los derechos de la niñez.	https://bcn.cl/2fl6e
	Niños, niñas y adolescentes	Ley	21.430	Sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y la adolescencia	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	2022	Tiene por objeto la garantía y protección integral, el ejercicio efectivo y el goce pleno de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, en especial, de los derechos humanos que les son reconocidos en la Constitución Política de la República, en la Convención sobre los Derechos del Niño, en los demás tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Chile que se encuentren vigentes y en las leyes	https://bcn.cl/2yieq
Migración	Migrantes	Ley	21.325	De migración y extranjería	Ministerio del Interior y Seguridad Pública	2021	Establece normas en materia de migración y extranjería, con el objeto de regular el ingreso, la estadía, la residencia y el egreso de los extranjeros del país, y el ejercicio de derechos y deberes y crea el Servicio Nacional de Migración.	https://bcn.cl/2oodq
Violencia de Género	Todos	Ley	20.005	Tipifica y sanciona el acoso sexual	Ministerio del Trabajo y Previsión Social	2005	Establece normas para garantizar un ambiente laboral digno y libre de acoso sexual.	https://bcn.cl/2i4ie
	Todos	ley	21.153	Modifica el Código Penal para tipificar el delito de acoso sexual en espacios públicos	Ministerio de Justicia y DDHH	2019	Establece penas para el delito de acoso sexual en espacios públicos.	https://bcn.cl/2ffd3

Además, Chile cuenta con una sólida trayectoria en materia de salud pública, sus orígenes se remontan hasta el siglo XIX y la Red de Atención Primaria en Salud ha jugado un rol fundamental en la prevención y promoción de la salud a lo largo de los años.

Entre los hitos principales del Sistema de Salud Pública en Chile relativos al desarrollo de la APS, destacan la conformación del Servicio Nacional de Salud (1952-1979), la reforma que dio origen al Sistema Nacional de Servicios de Salud en 1979, la modalidad de administración municipal de APS desde 1981; y la Reforma de Salud en 2004 que creó la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a cargo de gestionar la Red de Salud en sus tres niveles de atención.

A continuación se describe el marco legal y normativo que rige al Ministerio de Salud en lo relativo a los aspectos administrativos que rigen la Red de Atención Primaria, su coordinación, los derechos y deberes garantizados explícitamente y los mecanismos de participación ciudadana.

Tabla 8 Marco Normativo para la Red de Atención Primaria en materia de coordinación, derechos y deberes garantizados, y mecanismos de participación ciudadana

Tipo	Nº	Nombre	Ministerio	Fecha Promulgación	Materia	Detalle	Fuente
Decreto	602	Crea Consejos Locales de Salud	Salud	01-09-71	Participación	Artículo 3. - Corresponderá a los Consejos Locales examinar los problemas de salud que afectan a la comunidad; propender a su solución mediante acciones rápidas y eficaces; promover el interés de los habitantes para participar en forma activa en solución de los mismos; colaborar en la divulgación de los planes de acciones de salud, y representar las anomalías que aparezcan en la ejecución de esas acciones. Artículo 5. - Los Consejos Locales de Establecimientos de Salud estarán integrados por: 1.- El jefe del establecimiento del Servicio Nacional de Salud, que sirve de base local al Consejo. 2.- Un representante de cada una de las organizaciones poblacionales (territoriales y funcionales) de las Unidades Vecinales del sector correspondiente a la jurisdicción del Establecimiento de Salud. 3.- Un representante de cada una de las organizaciones de trabajadores urbanos y/o Consejos Campesinos constituidos en el sector. 4.- Un número de representantes, distribuidos en proporcionalidad paritaria, entre las siguientes organizaciones de trabajadores de la salud del Establecimiento: Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, Federación de Profesionales y Técnicos del Servicio Nacional de Salud y funcionarios afectos a la ley Nº 15.076. Este número deberá ser determinado en conjunto por las organizaciones arriba nombradas y no podrá ser mayor que la suma de los representantes de las organizaciones poblacionales de trabajadores urbanos y/o Consejos Campesinos. 5.- Un representante del Servicio de Gobierno Interior.	https://bcn.cl/2xybo

						6.- Un representante municipal. 7.- Un representante de educación local. ANEXO: Con todo, y en relación con las funciones previstas para dichos Consejos en el documento en examen y, en especial, con lo establecido en los artículos 6º y 9º en orden a que los Consejos Paritarios a que aluden esos preceptos son responsables directos del cumplimiento de las "funciones y atribuciones" asignadas a los Consejos Locales de Salud y deben "contribuir a la elaboración de los programas de salud", es oportuno, a juicio de esta Contraloría General, hacer presente que ello no puede entenderse sino en el sentido que los referidos Consejos han de actuar como meros órganos asesores o consultivos, sin que, por ende, pudiera estimarse que aquellas normas permitirían desarrollar funciones de carácter decisorio o ejecutivo, las que son privativas de las reparticiones públicas que deben crearse mediante una ley.	
DFL	36	Normas que se Aplicaran en los Convenios que Celebren los Servicios de Salud	Salud	10-07-80	Ejecución	Describe las disposiciones que rigen los convenios celebrados entre los Servicios de Salud y las personas, naturales o jurídicas, a las que se encomienda ejercer acciones de salud a través de dichos convenios.	https://bcn.cl/2n1dj
Ley	18834	Aprueba el Estatuto Administrativo	Interior	15-09-89	Administración Pública	Regula las relaciones entre el Estado y el personal de la Administración Civil del Estado para el cumplimiento de su función administrativa.	https://bcn.cl/2fxvv
DFL	4	Adecúa Plantas y Escalafones del Fondo Nacional de Salud al Artículo Nº 5 de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo	Salud	28-02-90	Administración Pública	Describe la planta y escalafones del personal de salud	https://bcn.cl/3dzan
Ley	19378	Establece Estatuto de Atención Primaria de la Salud Municipal	Salud	24-03-95	Personal APS	Norma la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud, cuya gestión se encontrare traspasada a las municipalidades.	https://bcn.cl/2f8iv
Ley	19490	Establece Asignaciones y Bonificaciones que Señala para el personal del Sector Salud	Salud	03-01-97	Administración Pública	Establece la creación anual de Programas de Mejoramiento asociados a metas de eficiencia y calidad de los servicios que devengarán incentivos monetarios para las y los funcionarios de salud.	https://bcn.cl/2ga62
Ley	19602	Modifica la Ley Nº 19695, Orgánica	Interior	12-03-99	Municipios	Faculta a los municipios para desarrollar, directamente o con otros órganos de la Administración del Estado, funciones relacionadas con la salud pública y la	https://bcn.cl/2qhhz

		Constitucional de Municipalidades, en Materia de Gestión Municipal				protección del medioambiente. Además, establece el deber de que cada municipio disponga una ordenanza para las modalidades de participación ciudadana a nivel local.	
Ley	19813	Otorga Beneficios a la Salud Primaria	Salud	18-06-02	Personal APS	Artículo 1º.- Establece para el personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de la Ley Nº 19.378, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo…	https://bcn.cl/2m8lz
Ley	19937	Modifica el D.L. Nº 2763, de 1979, con la Finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la Participación Ciudadana	Salud	30-01-04	Reforma	Transforma la anterior Subsecretaría de Salud en dos Subsecretarías: una Subsecretaría de Salud Pública y una Subsecretaría de Redes Asistenciales. Además, transforma la anterior Superintendencia de ISAPRE en Superintendencia de Salud, con atribuciones para supervigilar no sólo a las IISAPRE que también al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y a los prestadores públicos y privados de salud.	https://bcn.cl/2f7j5
Ley	19966	Establece el Régimen de Garantías en Salud	Salud	25-08-04	Derechos y Deberes en Salud	Establece garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios.	https://bcn.cl/2fckl
Decreto	136	Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud	Salud	08-09-04	Administración Pública	Describe las funciones del Ministerio de Salud. Artículo 15.- El Ministerio de Salud deberá velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles de complejidad, articulando a las entidades del sistema que presten servicios de promoción, prevención, protección, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, de modo de obtener el máximo de eficiencia y eficacia en el desarrollo de esas acciones y la mejor utilización de los recursos disponibles. Para el cumplimiento de esta función dictará las resoluciones y adoptará las medidas necesarias conducentes a la obtención de una adecuada y expedita colaboración entre dichas entidades.	https://bcn.cl/3dzap
DFL	1	Fija Texto Refundido, Coordinado y	Salud	23-09-05	Acceso igualitario	Art 1º: Al Ministerio de Salud y a los demás organismos que contempla el presente Libro, compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e	https://bcn.cl/2qjwe

		Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 Y N° 18.469			Acceso Libre Participación	igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma… Artículo 18º: ...Los beneficiarios a que se refiere el Libro II de esta Ley, deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Artículo 34.- Existirá un Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del Establecimiento. Artículo 40.- Mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales se regulará la forma en que la población usuaria del Establecimiento podrá manifestar sus peticiones, críticas y sugerencias. Artículo 131.- El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquéllas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse.	
Ley	20548	Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud	Salud	13-04-12	Derechos y Deberes en Salud	Artículo 2º.- Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes.	https://bcn.cl/2f7cj
Decreto Supremo	23	Crea Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales	Salud	12/06/2012	Derechos y Deberes en Salud Mental	Crea la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, cuya función principal será velar por la protección de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, asumiendo su defensa en lo que respecta a la atención de salud que les es entregada por los prestadores públicos o privados.	https://bcn.cl/2mbki
Ley	20645	Crea Asignación Asociada al Mejoramiento de la Calidad del Trato al Usuario, para los	Salud	14-12-12	Personal APS	Asignación a funcionarios de APS Municipales asociada al trato usuario	https://bcn.cl/2k2lt

		Funcionarios Regidos por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal					
Ley	20646	Crea Asignación Asociada al Mejoramiento de la Calidad del Trato al Usuario, para los Funcionarios Pertenecientes a las Plantas de Técnicos, Administrativos y Auxiliares de los Establecimientos de los Servicios de Salud	Salud	14-12-12	Personal APS	Asignación a funcionarios de Servicios de Salud asociada al trato usuario	https://bcn.cl/2m3ei
Norma		Metodología de Preparación, Evaluación y Priorización de Proyectos de Atención Primaria del Sector Salud	Ministerio de Desarrollo Social y familia (MIDESO)	2013	Variables sociales a considerar	Pág. 70 Considera las variables de: Enfoque de género (no detalla) Medioambiente (sí detalla) Pertinencia Intercultural y Patrimonial (sí detalla)	https://sni.gob.cl/storage/docs/Atencio%CC%81n-Primaria-Salud-2013.pdf
Ley	20850	Crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo	Salud	01-06-15	Derechos y Deberes en Salud	Crea un Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de enfermedades de Alto Costo, asegurado por el Fondo Nacional de Salud para los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud de Chile.	https://bcn.cl/2fpjz
Resolución Exenta	31	Establece la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud	Salud	2015	Participación Ciudadana	Entiende la participación ciudadana como una relación activa entre la ciudadanía y el Estado, estando orientada al ejercicio de sus derechos, y basada en la comunicación efectiva entre ambas partes, fortaleciendo la circulación de la información y el establecimiento de la escucha, consulta y control de las políticas públicas.	http://transparencia.redsalud.gob.cl/transparencia/public/ssp/2015/res31.pdf

4.2.2 Marco institucional para la gestión social del Programa

Actualmente, el sistema de aseguradores en salud previsional en el país es mixto: público y privado. De acuerdo a la cuenta pública del Fondo Nacional de Salud (FONASA) 2022, un 77% de la población que habita en territorio nacional está afiliada al FONASA; en cambio, los seguros privados de salud (ISAPRE) cubren un 17% de la población.

Gobernanza del Sistema de Salud: Al Ministerio de Salud (MINSAL) le corresponde: (i) formular, crear y coordinar planes de salud a nivel sectorial e intersectorial (público y privado) y de cobertura nacional e Internacional; (ii) dictar y velar por el cumplimiento de normas generales y específicas de temas de salud; (iii) realizar vigilancia sanitaria y evaluar la salud de la población; (iv) formular y ejecutar el presupuesto sectorial anual; y (v) coordinar las redes asistenciales en todos sus niveles.

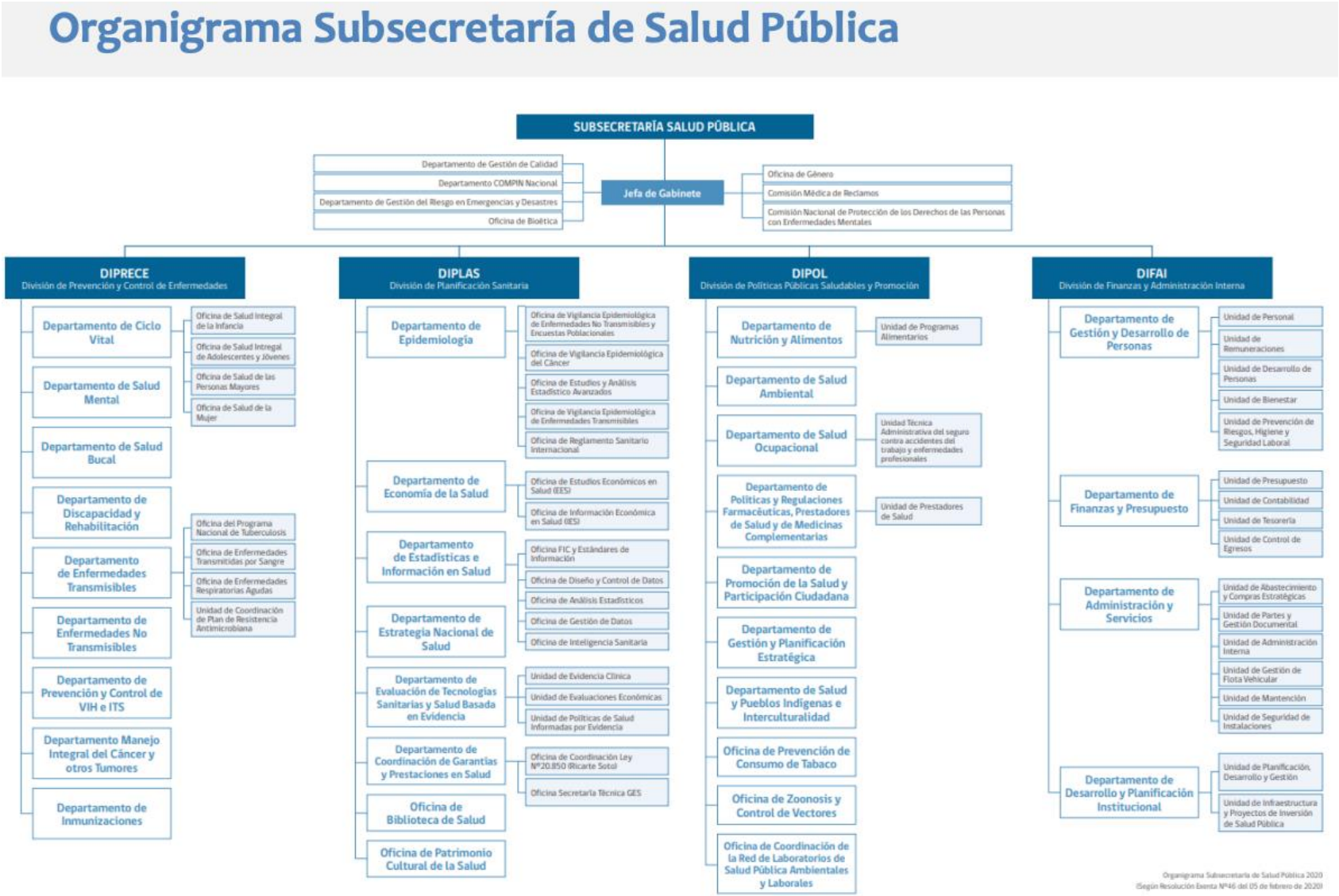
El Ministerio está compuesto por dos subsecretarías:

1. La Subsecretaría de Salud Pública, encargada de liderar las estrategias de salud que permitan mejorar la salud de la población ejerciendo las funciones reguladoras, normativas, de vigilancia y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen en materia de salud pública.
2. La Subsecretaría de Redes Asistenciales, encargada de regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación.

Figura 2 Organigrama Compacto del Ministerio de Salud Pública

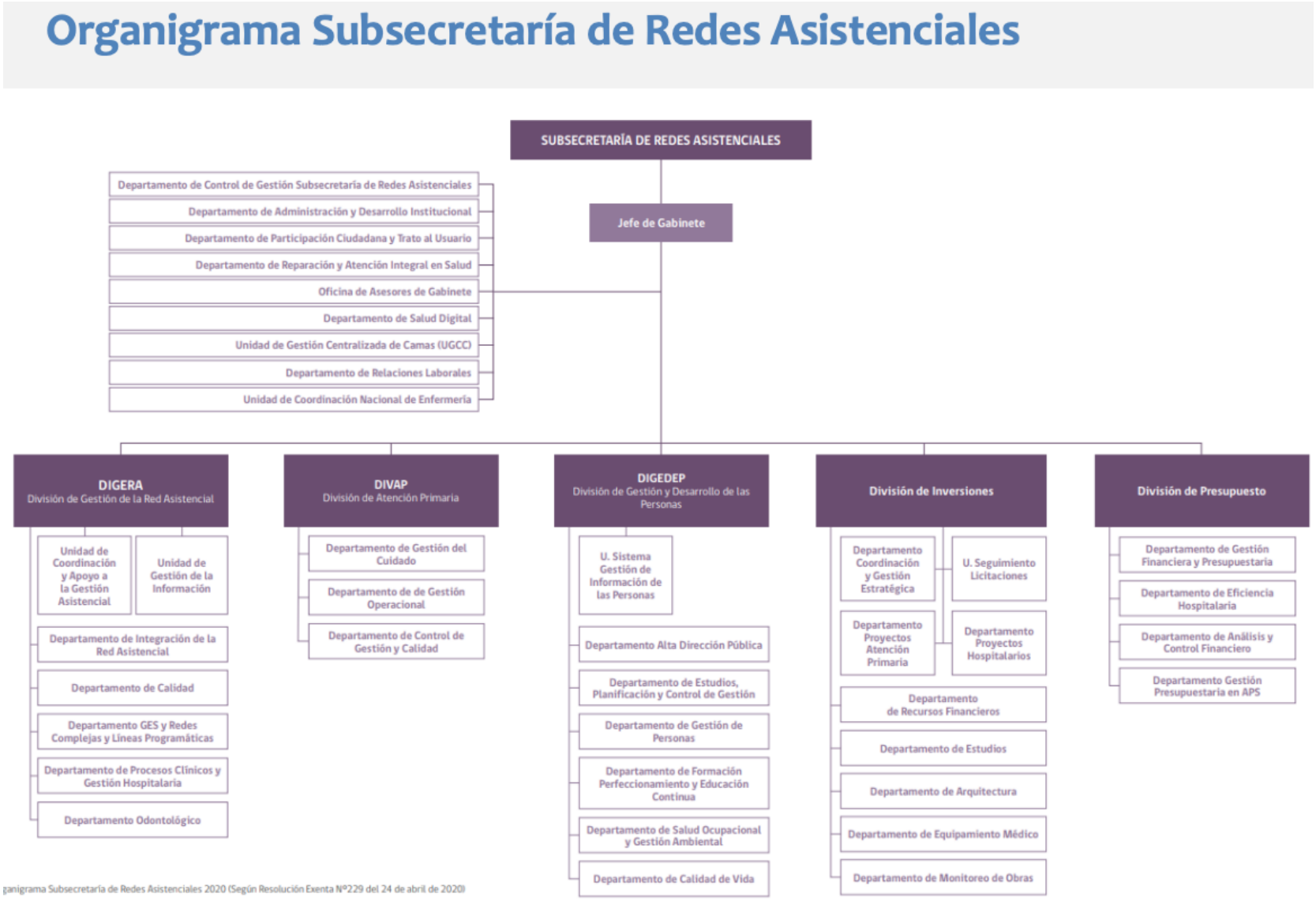
Fuente: Presentación MINSAL. 2020. Vínculo: https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Presentacion-estructura-minsal.pdf

Figura 3 Organigrama Subsecretaría de Salud Pública



Fuente: Presentación MINSAL. 2020. Vínculo: https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Presentacion-estructura-minsal.pdf

Figura 4 Organigrama Subsecretaría de Redes Asistenciales



Fuente: Presentación MINSAL. 2020. Vínculo: https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Presentacion-estructura-minsal.pdf

La gobernanza, regulación y otras funciones del sistema de salud en Chile es ejercida por el conjunto del sector a través de las siguientes entidades:

Ministerio de Salud (MINSAL) cuya misión es construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera.

Órganos dependientes de MINSAL:

1. Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (16 SEREMI de Salud, una por región) que ejercen la función de autoridad sanitaria en las regiones.

Órganos autónomos, descentralizados, con autonomía de gestión, patrimonio propio y dependientes de MINSAL:

1. Los 29 Servicios de Salud, encargados de gestionar las redes de asistencia en salud de sus circunscripciones (región, provincia u otro, dependiendo de la extensión del territorio).
2. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), encargada de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud, financiar las prestaciones de salud otorgadas a sus usuarios, caracterizar a las personas beneficiadas por este Fondo y administrar el seguro público de salud.
3. Instituto de Salud Pública (ISP), que tiene la función de regular los medicamentos e insumos médicos, además de ejercer como laboratorio de referencia nacional y producir de vacunas y reactivos.
4. Superintendencia de Salud, encargada de tutelar a las ISAPRE y a FONASA, entre otras funciones.
5. La Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) a cargo de actuar como intermediario para la compra de productos destinados al sector de la salud pública.

Gestión de la Red Asistencial: Para gestionar adecuadamente la red asistencial en salud pública, el MINSAL cuenta con 29 Servicios de Salud a lo largo del país que se relacionan con MINSAL a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la que ejerce, entre otras funciones, el rol de coordinación entre los Servicios de Salud y el Ministerio. Además, los prestadores de servicios en APS se relacionan con MINSAL a través de los Servicios de Salud.

Los Servicios de Salud son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio. Se relacionan administrativamente con la autoridad sanitaria a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La red asistencial de cada Servicio de Salud se compone de tres niveles de atención: primario, secundario y terciario, diferenciándose entre sí por el nivel de complejidad en la atención que prestan y en la cobertura que tienen. El nivel primario es considerado el primer punto de contacto de la comunidad con la Red y está destinado a brindar servicios de menor complejidad orientados a la promoción y prevención de la salud, el nivel secundario está orientado a otorgar prestaciones especializadas a quienes hayan sido derivados desde el nivel primario o de una unidad de urgencia. El nivel terciario está orientado principalmente a prestaciones de alta complejidad.

Red de Atención Primaria: La Atención Primaria de Salud chilena cuenta con amplia cobertura geográfica y presenta diferentes dependencias administrativas:

a. Atención Primaria de Salud Municipal, cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos. Según el Departamento de Estadísticas e Información de Salud el MINSAL (DEIS) un 92 % de los establecimientos de la Red APS son administrados por municipios.
b. Atención Primaria, dependiente de los propios Servicios de Salud, cuya administración es del Servicio de Salud correspondiente, con sus establecimientos, consultorios generales rurales y urbanos, adosados o no. De acuerdo al DEIS, cerca de un 7% de los establecimientos de APS están administrados bajo esta modalidad.
c. Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que a través de convenios DFL 36/80 suscritos con los Servicios de Salud respectivos, ejecutan acciones del nivel primario de atención. Corresponde a un 1% del total.

Los establecimientos de APS se tipifican de la siguiente forma:

Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM);

Centro de Salud Familiar (CESFAM);

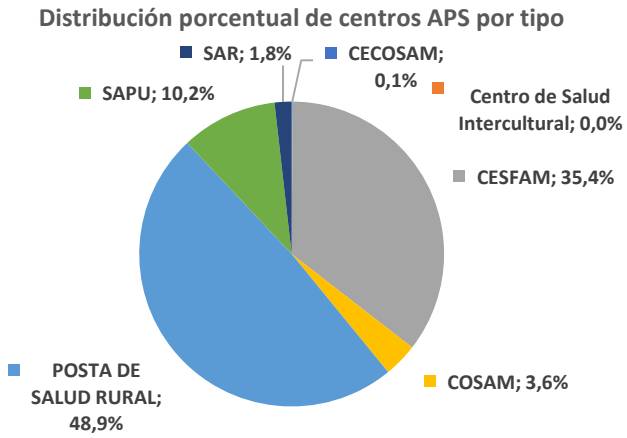
Centro de Salud Intercultural;

Centro de Salud Mental (COSAM);

Posta de Salud Rural;

Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU);

Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR).



Fuente: Elaboración propia en base a información publicada por Departamento de Estudios e Información de Salud [29]

De acuerdo a datos publicados por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)[31] de MINSAL, se estima que en la actualidad existen alrededor de 2.366 establecimientos de APS presentes en 336 de las 346 comunas del país. Siendo las Postas Rurales el tipo de establecimiento de APS con mayor presencia en el país, seguido por los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

Sistemas de información en Salud: El elemento más sólido del sistema de información lo representan los certificados de hechos vitales (nacimientos y defunciones), cuya cobertura alcanza a casi el 100% y permite calcular tasas de mortalidad y cargas de enfermedad. El sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles es también funcional y universal. Los datos más escasos son los que se refieren a otras enfermedades que no están incluidas en el sistema de vigilancia, así como a financiamiento y prestación de servicios, particularmente del ámbito privado. Durante la Pandemia por COVID-19 los sistemas de información de MINSAL fueron reforzados.

[31] Listado de establecimientos. Departamento de Estudios e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud . Consultados en junio de 2023. Fuente: https://reportesdeis.minsal.cl/ListaEstablecimientoWebSite/default.aspx

Organización de las acciones de regulación sanitaria: La atención de salud está regulada por normativas enmarcadas en los programas de salud establecidos por el Ministerio de Salud. Estos programas definen coberturas, frecuencia o periodicidad de los contactos entre usuarios y prestadores de atención, así como responsabilidades por nivel de atención del sistema.

La regulación sanitaria sobre los establecimientos de salud del sector público es responsabilidad de la SEREMI de Salud de cada Región.

Certificación y el ejercicio de las profesiones de la salud: Los títulos profesionales solo pueden ser entregados por las universidades, las que a su vez están reguladas por el Ministerio de Educación. El marco jurídico no establece la obligatoriedad de certificación de especialidad médica después de obtenido el título profesional de Médico Cirujano. En virtud de los cambios derivados de la reforma de salud de 2004 (Ley 19.937), se asigna al Ministerio de Salud, en conjunto con el Ministerio de Educación, la responsabilidad de establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales profesionales con carácter de personas naturales. Queda a cargo de la Superintendencia de Salud la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, como personas naturales respecto de su certificación.

Organización de los servicios de salud pública, en el contexto de un Plan Nacional de Salud, se establecen objetivos generales orientados a promover modos de vida y ambientes saludables, aumentar el conocimiento y la capacidad individual y comunitaria para el autocuidado, y reforzar la función reguladora del Estado sobre los factores determinantes de la salud.

4.2.3 Implementación de los sistemas de gestión social en materia de resolución de reclamos y evaluación de la política pública

De acuerdo al marco regulatorio descrito en las tablas No. 7 y No. 8 de este documento, en el que se describen los derechos ciudadanos y los deberes institucionales en materia de garantía de atención en salud, participación ciudadana, acceso a la información, resolución de reclamos y conflictos, así como también, consultas a pueblos indígenas y tribales en los temas que les competen, el Ministerio de Salud cuenta en sus dos Subsecretarías con divisiones, departamentos y unidades orientadas a diseñar, difundir y supervisar políticas públicas orientadas a resguardar el derecho universal a la salud, el acceso a prestaciones dignas y de calidad y el derecho de acceso a la información y a la participación ciudadana

En materia de participación ciudadana en APS, la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales[32] considera la participación ciudadana como un determinante social de la salud y estima que ésta debe transitar desde un modelo “paternalista” a uno “consultivo” que permita a las personas y usuarios/as incidir directamente en la toma de decisiones en las materias de salud que afectan directamente a sus comunidades.

MINSAL cuenta con las siguientes instancias y mecanismos para encausar la participación ciudadana y los reclamos:

- Instancias formales: Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Consejos Consultivos de Jóvenes y Comités Locales, compuestos por representantes de usuarios/as organizados, organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud, entre otros.

[32] Participación Ciudadana en Atención Primaria. Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria. MINSAL. Fuente: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PARTICIPACI%C3%93N%20CIUDADANA%20APS.pdf

- Procesos regulares de consulta ciudadana, con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud. Por ejemplo, a través de la elaboración del Plan de Salud Comunal (PSC)[33]
- Presupuestos participativos, cuentas públicas participativas.
- Cartas de Derechos y Deberes.
- Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) disponibles en todos los centros de Salud y de forma remota a través del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (SIAC).

Las instancias y mecanismos mencionados se gestionan a nivel institucional de acuerdo a las siguientes dimensiones y acciones:

Tabla 9 Dimensiones y Acciones para la Participación Ciudadana y Gestión de Reclamos

Dimensiones	Acciones
Satisfacción usuaria y humanización de la atención	Red de voluntariado funcionando. Funcionamiento regular del Comité de Gestión OIRS (Informaciones, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones).
Estrategias comunicacionales y comunitarias	Campañas Informativas, consultivas respecto a temas de autocuidado familiar y comunitario.
Diagnóstico Participativo	Planificación local participativa. Mesas de trabajo.
Participación y Control Social	Consejo de Desarrollo. Consejos Consultivos. Consejos Locales de Salud. Consejos de la Sociedad Civil (CESOC). Escuela de Líderes sociales.
Intersectorialidad	Chile Crece Contigo. Planes de Promoción de la Salud.
Habilitación de Recursos Humanos	Formación de Líderes locales. Formación de equipos locales de salud.

Fuente: Participación Ciudadana en Atención Primaria. Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria. MINSAL. Vínculo: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PARTICIPACI%C3%93N%20CIUDADANA%20APS.pdf

De acuerdo a las entrevistas efectuadas por este equipo, el Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana (SIAC) que contiene a las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias carece de un sistema para la gestión del conocimiento que se genera a partir de las solicitudes ciudadanas a nivel nacional, debido a que el detalle de las solicitudes solo se conoce a nivel regional, pues al nivel central solo llegan los datos estadísticos sobre solicitudes. En relación a la evaluación de la política pública, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO) por medio de su Subsecretaría de Evaluación Social ha desarrollado un sólido marco de evaluación de políticas sociales orientado a la evaluación permanente de los programas sociales que implementa el Estado, entre los que incluyen los programas del Ministerio de Salud, a través de la evaluaciones Ex-Ante y Ex-Post, cuyo objetivo es evaluar la consistencia del diseño de los programas,

[33] "De acuerdo con el artículo 58 de la Ley Nº19.378, el PSC es de responsabilidad de cada entidad administradora de salud municipal y debe enmarcarse en las normas técnicas y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud". Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en RED 2023. Pág. 32. MINSAL. Fuente: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ORIENTACIONES-PLANIFICACION-Y-PROGRAMAC-EN-RED-2023.pdf

con el fin de resolver situaciones de fragmentación y eventuales duplicidades de programas, es decir: intervenciones orientadas a resolver problemas similares a poblaciones muy parecidas.

La evaluación Ex-Ante es el primer paso en el ciclo de vida de los programas públicos, sociales y no sociales. La Dirección de Presupuestos (DIPRES), dependiente del Ministerio de Hacienda, y la Subsecretaría de Evaluación Social, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, verifican que exista coherencia entre el problema público a abordar, la población afectada, los objetivos definidos y la medición de resultados. Esto permite el posterior monitoreo y evaluación Ex-post de la iniciativa, lo que contribuye a una mayor eficiencia y transparencia en el uso de los recursos públicos. El resultado de las evaluaciones, ex-ante y ex-post se puede revisar en el Banco Integrado de Programas Sociales[34].

Estas evaluaciones también generan insumos para el proceso de formulación presupuestaria, lo que contribuye a una mayor transparencia del gasto público y a facilitar el monitoreo y la evaluación posterior del desempeño de la oferta pública.

En general, las evaluaciones efectuadas por la Subsecretaría de Evaluación Social realizan recomendaciones que las reparticiones deben adoptar en el menor tiempo posible.

4.3 Evaluación de los Sistemas de gestión ambiental y social del Programa en relación con los principios básicos de la política PforR

Con base en la evaluación de los sistemas ASSL aplicables al Programa, se concluye que en general, el marco legal y regulatorio en Chile están alineados con los principios básicos de la política PforR y los elementos de planificación de la directiva PforR. El marco legal de leyes, reglamentos, lineamientos, políticas y normas, brindan una cobertura completa sobre los aspectos ambientales, de salud y seguridad. El marco legal del país, en general, proporciona una base razonable para abordar los problemas ambientales, de salud y seguridad que probablemente surjan en el PforR propuesto, como se describió en la sección anterior.

A continuación, se presenta el resultado de la evaluación realizada para cada principio:

Tabla 10 Resultado de la Evaluación Medioambiental y Social por Principios Básicos del PforR

Principio Básico 1. Los sistemas de gestión ambiental y social del Programa están diseñados para (a) promover la sostenibilidad ambiental y social en el diseño del Programa; (b) evitar, minimizar o mitigar los impactos adversos; y (c) promover la toma de decisiones informada en relación con los efectos ambientales y sociales del Programa.
En términos generales, existe un marco legal y regulatorio en materia A&S general y sectorial bien desarrollado, así como un marco institucional a nivel nacional y regional con funciones claras y delimitadas, como se detalla en la sección 4.1 y 4.2 de este documento. Con base en la información provista a la fecha, serán los Servicios de Salud (SS) los responsables de licitar y supervisar la ejecución de las obras de infraestructura de APS que incluya el Programa. Estos aplican procesos de licitación, conforme a bases tipo para este tipo de obras establecidas por la Contraloría Nacional que incluyen el requerimiento de que las obras cumplan con el marco legal aplicable, incluido el referente a medioambiente y social. En los documentos de licitación también se deben incluir especificaciones técnicas incluyendo los requerimientos de planear la prevención, mitigación y control ambiental, de salud y seguridad y social, en base a la complejidad de la obra en cuestión que la empresa contratista deberá implementar. Los SS supervisan la implementación de los requerimientos de gestión A&S

[34] Banco Integrado de Programas Sociales. Fuente: https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/que_es#marcador-3

durante la ejecución de la obra con el apoyo de un ITO que es un profesional con las competencias y acreditaciones validadas por el Estado para realizar esa tarea. El contratista de las obras además debe tener entre su personal un prevencionista de riesgos responsable de supervisar y hacer cumplir con los requerimientos de la obra en cuestión ambiental, seguridad y salud y social. Las obras son fiscalizadas permanentemente por diferentes instancias competentes. Existe un mecanismo de quejas y reclamos que funciona en este tipo de obras, donde la DOM y el ITO reciben la queja o reclamo y deben buscar que el contratista la resuelva.

Por tanto, en base a la información disponible a la fecha, por lo señalado en el párrafo anterior y analizado en más detalle en las secciones 4.1 y 4.2, no se han identificado diferencias relevantes respecto de este principio y los procesos para la gestión y supervisión ambiental y social del Programa.

Principio Básico 2: Los sistemas de gestión ambiental y social del Programa están diseñados para evitar, minimizar o mitigar los impactos adversos en los hábitats naturales y los recursos culturales físicos que resulten del Programa. Las actividades del Programa que involucran la conversión o degradación significativa de hábitats naturales críticos o patrimonio cultural físico crítico no son elegibles para financiamiento del PforR.

Se precisa que el Programa incluye una lista de exclusión de actividades tal como se detalla en la sección 2.2.8, entre las que se encuentran, entre otras, las asociadas a construcción en áreas protegidas o áreas prioritarias para la conservación de la biodiversidad, tal como se define en la legislación nacional; actividades que tengan el potencial de causar una pérdida o degradación significativa de hábitats naturales críticos, ya sea directa o indirectamente, o que puedan generar impactos adversos en estos hábitats, incluidos humedales urbanos o rurales; y cualquier actividad que afecte el patrimonio cultural físico, como tumbas, templos, iglesias, reliquias históricas, sitios arqueológicos u otras estructuras culturales; actividades que por su magnitud y escala requieran un Estudio de Impacto Ambiental, según el SEIA. Por tanto, no se prevé que las intervenciones propuestas en el Programa causen impactos adversos significativos en hábitats naturales críticos o en el patrimonio cultural crítico.

Además, como se explica en la sección 4.1, en base a la información provista a la fecha sobre el alcance y tipología de las obras que se construirán con el Programa, estas no tendrán que someterse al SEIA, sin embargo, tendrán que cumplir igualmente con la legislación ambiental y social aplicable, referente a la identificación y gestión de riesgos A&S, relacionada por ejemplo con la calidad ambiental, gestión de recursos naturales, gestión de residuos peligrosos y no peligrosos, uso de suelo, entre otros. Esto lo abordará el SS correspondiente cuando arme el expediente de licitación de la obra con todas los temas técnicos y normativos resueltos y factibilidad para ejecutar la obra, incluidos los aspectos de prevención, mitigación y control ambiental, requerimiento para obtener el permiso de edificación emitido por la municipalidad correspondiente.

Por tanto, en base a la información disponible a la fecha, no se han identificado diferencias relevantes respecto de este principio y los procesos para la gestión y supervisión ambiental y social del Programa.

Principio Básico 3: Los sistemas de gestión ambiental y social del Programa están diseñados para proteger la seguridad del público y de los trabajadores contra los riesgos potenciales asociados con (a) la construcción y/u operación de instalaciones u otras prácticas operativas en el marco del programa; (b) exposición a sustancias químicas tóxicas, desechos peligrosos y otros materiales

peligrosos en el marco del Programa; y (c) reconstrucción o rehabilitación de infraestructura ubicada en áreas propensas a amenazas naturales.

La lista de exclusión del Programa excluye, entre otras, las actividades que impliquen: i) contaminación del aire, el agua o la tierra que cause impactos adversos significativos en la salud o la seguridad de las personas, las comunidades o los ecosistemas; ii) condiciones de trabajo que exponen a los trabajadores a riesgos significativos para la seguridad y la salud personal; iii) actividades que puedan causar o conducir a trabajo forzoso o abuso infantil, explotación laboral infantilo que empleen o involucren a niños, mayores de 14 años y menores de 18 años, en relación con el Programa; iv) actividades que puedan causar un incremento de la violencia basada en género, explotación sexual o laboral, acoso o abuso sexual y trata de personas en relación con el Programa; v) construcción en áreas de alto riesgo por amenazas naturales (inundaciones, deslizamientos, terremotos, tsunamis); vi) compra o uso de productos químicos prohibidos/restringidos para uso médico.

El marco institucional, legal y regulatorio nacional y sectorial dispone de políticas, leyes y regulaciones que establecen medidas, lineamientos, reglas para la protección de la seguridad y salud de los trabajadores y la comunidad frente a riesgos asociados a la construcción y operación de establecimientos de APS (como se detalla en las Tablas 5 y 6). La Dirección del SS correspondiente, a través del ITO supervisará la implementación en la obra de la prevención y control de los potenciales riesgos relacionados con las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y de la comunidad donde se construya la obra, además las empresas contratistas que ejecuten las obras están obligadas por ley a tener en la obra un profesional en prevención de riesgos para garantizar la aplicación de la normativa relevante y gestionar los riesgos ambientales, de seguridad y salud y sociales que se puedan presentar, incluidos los relacionados con la violencia de género (incluido el acoso sexual y el abuso y explotación sexual) tanto en el entorno laboral, como el que se pueda dar en la comuna donde se construya la obra por la llegada de mano de obra externa. Igualmente, durante la operación de los nuevos establecimientos de APS, estos deberán aplicar la normativa pertinente y serán fiscalizados por las municipalidad correspondiente y SEREMIS.

Por tanto, en base a la información disponible a la fecha, no se han identificado diferencias relevantes respecto de este principio y los procesos para la gestión y supervisión ambiental y social del Programa.

***Principio Básico 4**: **Los sistemas ambientales y sociales del programa gestionan la adquisición de tierras y la pérdida de acceso a los recursos naturales de una manera que evita o minimiza el desplazamiento y ayuda a las personas afectadas a mejorar, o al menos restaurar, sus medios de subsistencia y niveles de vida*.**

No se tiene claridad de si el Programa contempla o no la adquisición de tierras y de que ello pueda provocar la pérdida de acceso a recursos naturales de personas o comunidades. Aun así, el marco legal nacional es claro en establecer que la expropiación de terrenos por parte del Estado debe estar debidamente justificada y que éstas deben ser subsanadas de tal forma que las personas no vean afectados sus medios de subsistencia y niveles de vida. Además, MINSAL cuenta con un protocolo interno de selección preliminar de terrenos a través del cual se evalúa su factibilidad en conjunto con los municipios, en materia de propiedad, disponibilidad de servicios básicos, accesibilidad y conectividad, entre otros.

***Principio Básico 5**: Los sistemas ambientales y sociales del Programa dan la debida consideración a la adecuación cultural de los beneficios del programa y al acceso equitativo a los mismos, prestando especial atención a los derechos e intereses de los pueblos indígenas/comunidades locales tradicionales históricamente desatendidas del África subsahariana, y a la necesidades o preocupaciones de los grupos vulnerables.*

Uno de los principales ejes del Programa es fortalecer la adecuación cultural de las prestaciones en el nivel primario de salud, a través de un enfoque de derechos humanos, con perspectiva de género e inclusión social, con énfasis en la población LGBTIQA+ y en la violencia de género, tal como se señala en el AR1. Además, MINSAL tiene la obligación legal de aplicar un modelo de salud intercultural en aquellos territorios con alta concentración de población indígena, garantizando con ello la adecuación cultural para estas comunidades.

***Principio Básico 6**: Los sistemas ambientales y sociales del Programa evitan exacerbar el conflicto social, especialmente en estados frágiles, áreas posconflicto o áreas sujetas a disputas territoriales.*

De acuerdo a la información que se posee, no se observa que las acciones del Programa puedan provocar conflictos sociales.

---

5. RECOMENDACIONES Y ACCIONES PARA LOS SISTEMAS A&S DEL PROGRAMA

Con base en la evaluación de los Sistemas de gestión ambiental y social aplicable al PforR propuesto, se concluye que Chile dispone de sistemas de gestión ambiental y social para abordar el medio ambiente, la salud y la seguridad, así como como la adquisición de tierras y las preocupaciones de los pueblos indígenas y otros grupos vulnerables relacionadas con las actividades propuestas en el marco del PforR. Dichos sistemas están en consonancia con los principios básicos y los elementos clave de planificación definidos en la Política del Banco para el PforR. Los posibles riesgos ambientales y sociales generales de este PforR se califican como moderados y se pueden mitigar de manera efectiva dentro de los sistemas de gestión ambiental y social existentes.

Sin embargo, se han identificado acciones y recomendaciones específicas para fortalecer la gestión eficaz de los riesgos ambientales y sociales durante la implementación del Programa.

5.1 Acciones para incluir en el Plan de Acción del Programa (PAP)

Acciones que se proponen incluir en el PAP:

1. **Designar dentro de la UIP a un/a especialista ambiental**, con experiencia en salud y seguridad ocupacional, como punto focal para el Área de Resultados 2 para facilitar la coordinación interinstitucional. Este especialista tendría entre sus responsabilidades:
    - Coordinar e implementar los programas para fortalecimiento de capacidades en gestión A&S de las agencias ejecutoras del Programa;
    - Supervisar el desempeño de la gestión A&S del Programa, incluyendo el cumplimiento de las medidas de fortalecimiento A&S acordadas en el PAP;

- Apoyar en la preparación del Manual Operativo del Programa (MOP) y supervisar su cumplimiento;
- Implementar un enfoque de gestión A&S adaptativa del Programa (identificar cambios en los riesgos e impactos A&S evaluados en la ESAS, así como cambios en los sistemas A&S de aplicación al Programa que pudieran requerir nuevas medidas a adoptar);
- Supervisar la aplicación de los criterios de exclusión de actividades definidos en la sección 2.2.8.
- Preparar informes y reportar al coordinador de la UIP sobre accidentes producidos durante la construcción de las obras.
- Coordinar y apoyar la preparación de los informes periódicos de seguimiento donde se demuestre el cumplimiento de los sistemas A&S aplicables al Programa y las medidas acordadas en el PAP y el MOP, así como otros informes que se acuerde, a ser presentados al BM; otros que se determinen.

2. **Designar dentro de la UIP a un/a especialista social**, con experiencia en políticas públicas con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género e inclusión, como punto focal para las Áreas de Resultados 1 y 3 para facilitar la coordinación interinstitucional. Este especialista tendría entre sus responsabilidades:
    - Coordinar e implementar los programas para fortalecimiento de capacidades en gestión social de las agencias ejecutoras del Programa;
    - Supervisar el desempeño de la gestión A&S del Programa, incluyendo el cumplimiento de las medidas de fortalecimiento A&S acordadas en el PAP;
    - Apoyar en la preparación del Manual Operativo del Programa (MOP) y supervisar su cumplimiento;
    - Supervisar el desempeño de los Mecanismos de Atención de Quejas y Reclamos y la capacidad de respuesta del Programa a las quejas recibidas y proponer las mejoras necesarias
    - Implementar un enfoque de gestión A&S adaptativa del Programa (identificar cambios en los riesgos e impactos A&S evaluados en la ESAS, así como cambios en los sistemas A&S de aplicación al Programa que pudieran requerir nuevas medidas a adoptar);
    - Supervisar la aplicación de los criterios de exclusión definidos por el Banco.
    - Coordinar y apoyar la preparación de los informes periódicos de seguimiento donde se demuestre el cumplimiento de los sistemas A&S aplicables al Programa y las medidas acordadas en el PAP y el MOP, así como otros informes que se acuerde, a ser presentados al BM; otros que se determinen.

5.2 Procesos para incluir en el Manual de Operaciones del Programa (MOP)

Procesos que se proponen incluir en el MOP, incluyen:

1. **Definición de los recursos humanos que estarán a cargo de la gestión ambiental y social en la/as agencia/as encargadas de la ejecución de la nueva infraestructura de APS que se financie con el crédito del BM.** Definir sus roles, responsabilidades y perfil profesional. Como mínimo, estos profesionales deberán tener experiencia en la aplicación del marco legal nacional y de los sistemas

de gestión ambiental y social relevantes para las obras que se vayan a construir con el crédito del BM.

2. **Lista de chequeo para identificar actividades que cumplen con los criterios de exclusión** definidos en la ESAS y que, por lo tanto, no pueden ser financiadas por el Programa. Esta lista de chequeo se corresponderá con la incluida en la sección 2.2.8.
3. **Especificaciones técnicas mínimas que deberán incluirse en los documentos de licitación para la gestión ambiental y social de las obras civiles** que implementarán los contratistas, así como las pautas de gestión de ASSL que se aplicarán durante la construcción y operación de las nuevas instalaciones de APS, consistentes con las regulaciones nacionales, las buenas prácticas internacionales relevantes y los principios básicos y los elementos clave de planificación establecidos en la Política y Directiva de Financiamiento de PforR;
4. **Plantilla para la preparación de informes semestrales de seguimiento ambiental y social** que se presentarán para el BM, e incluirá, al menos, los contenidos mínimos de los reportes en materia A&S, incluido el reporte sobre la resolución de quejas y reclamos, así como las responsabilidades y procedimiento para su preparación.
5. **Procedimiento de reporte de incidentes y accidentes al BM**. Incluirá, al menos, los plazos, procedimiento, información relevante a incluir en el reporte, como por ej.: detalles del incidente (fecha, hora, responsable del reporte), tipo y descripción de incidente, acciones desarrolladas para abordar el incidente, apoyo provisto a la persona afectada.
6. **Procedimiento/mecanismo para la atención de quejas y reclamos.** Incluirá, al menos: proceso para el registro de quejas o reclamos, el proceso y los plazos para abordarlos y darles seguimiento, medidas implementadas para evitar que vuelvan a ocurrir las causas de los reclamos, responsables de la implementación del mecanismo de atención de quejas y reclamos.
7. Otros que se determinen.

5.3 Recomendaciones

Se proponen las siguientes recomendaciones en base a la información disponible a la fecha. Las recomendaciones propuestas se concretarán en la versión final del Informe para la ESAS.

- Diseñar e implementar programas de capacitación y certificación para fortalecer las capacidades en gestión ambiental y social de los Servicios de Salud y/u otras agencias que participen, tanto en la ejecución de las obras de infraestructura que incluya el Programa, como en la operación de los nuevos centros APS que se construyan con financiamiento del Programa.
- Rescatar la experiencia y fortalecimiento de capacidades en la gestión A&S para la ejecución de infraestructura adquiridas por los SS involucrados en el PforR para replicarlo en la operación de otros SS en el país.
- Avanzar en el diagnóstico energético y el inventario de los gases de efecto invernadero para la determinación de la línea base a nivel de la APS para apoyar la implementación de la Ley Marco de Cambio Climático del país, en cuanto a adaptación y mitigación del cambio climático.
- Diseñar e implementar un sistema de información para la interoperabilidad entre los nuevos establecimientos de APS apoyados por el PforR en el país para facilitar el intercambio de información, experiencia, e implantación de buenas prácticas en la gestión A&S, desafíos y lecciones aprendidas en la operación de los establecimientos.

- Incorporar criterios sociodemográficos, de accesibilidad y conectividad en la selección de los territorios donde se construirán nuevos recintos APS, en los que se considere una prospección de la población, especialmente migrante, tanto nacional como internacional.
- Desvincular la evaluación de la experiencia usuaria a las metas de desempeño de las y los funcionarios de APS.
- Reforzar los mecanismos de consulta ciudadana e indígena a través de mecanismos de devolución de resultados de las consultas, en las que se explique a las comunidades las razones que llevaron a la institucionalidad a la toma de decisiones.

6. REFERENCIAS

- Atención Primaria de Salud en Chile y en el Contexto Internacional: vigencia, experiencia y desafíos. 2019. Gattini Collao, César. Observatorio Chileno de Salud Pública. Fuente: https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/APS_en_Chile_e_Internacional_Gattini_OCHISAP_2019.pdf
- Banco Integrado de Programas Sociales. Fuente: https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/que_es#marcador-3
- Cuenta Pública 2022. FONASA. Fuente: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/adjuntos/cuenta%20publica%202022
- Cuenta Pública 2022. FONASA. Fuente: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/adjuntos/CUENTAPUBLICA2022c
- Declaración Alma Alta. 1978. OMS – OPS – UNICEF. Fuente: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf
- Declaración de Astaná. 2018. Naciones Unidas. Fuente: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf
- Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948. Naciones Unidas. Fuente: https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights
- Decreto Nº 100 que Fija El Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Constitución Política de La República De Chile. 2005. Ministerio Secretaría General De La Presidencia. Fuente: https://bcn.cl/2f6sk
- Estudio de Usuarios de Salud respecto de la Ley de Derechos y Deberes. 2015. Superintendencia de Salud. Fuente: https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-12611_recurso_1.pdf
- Información general sobre el programa para la Universalización de la APS. MISAL. Fuente: https://www.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/
- Instrumentos Internacionales, Observaciones y Recomendaciones Generales de Derechos Humanos sobre Igualdad, No Discriminación y Grupos de Especial Protección. 2014. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Fuente: https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/654/instrumentos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ley Nº18.362 que crea un Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas del Estado. Fuente: https://bcn.cl/2ky2e
- Ley Nº19.300 sobre Bases Generales de Medio Ambiente. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Fuente: https://bcn.cl/2f707
- Ley Nº21.202 sobre protección de humedales urbanos. Fuente: https://bcn.cl/2fff9
- Listado de establecimientos. Departamento de Estudios e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud Pública. Consultados en junio de 2023. Fuente: https://reportesdeis.minsal.cl/ListaEstablecimientoWebSite/default.aspx
- Marco Normativo Plan Regulador Comunal. Fuente: https://www.catalogoarquitectura.cl/cl/oguc/marco-normativo-plan-regulador-comunal

- Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en RED 2023. Pág. 32. MINSAL. Fuente: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ORIENTACIONES-PLANIFICACION-Y-PROGRAMAC-EN-RED-2023.pdf
- Participación Ciudadana en Atención Primaria. Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria. MINSAL. Fuente: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PARTICIPACI%C3%93N%20CIUDADANA%20APS.pdf
- Presentación MINSAL. 2020. Vínculo: https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Presentacion-estructura-minsal.pdf
- Proceso de evaluación de impacto ambiental. Servicio de Evaluación Ambiental. Fuente: https://www.sea.gob.cl/evaluacion-de-impacto-ambiental/cual-es-el-proceso-de-evaluacion-de-impacto-ambiental.
- Program for Results Policy and Directive. Banco Mundial. Fuente: https://www.worldbank.org/en/programs/program-for-results-financing#3
- Programa de Gobierno Apruebo Dignidad (2022-2025). Fuente: https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%2Bde%2Bgobierno%2BAD%2B2022-2026%2B%282%29.pdf
- Registro Nacional de Áreas Protegidas, otros sitios prioritarios. Ministerio del Medio Ambiente. Fuente: https://areasprotegidas.mma.gob.cl/otras-designaciones/
- Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red. MINSAL. Fuente: https://bcn.cl/2gd8g
- Salud y Derechos Humanos. 2022. Organización Mundial de la Salud. Fuente: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health
- Sistema de Indicadores de Calidad de Vida Rural. 2019. Instituto Nacional de Estadísticas. Fuente: https://www.ine.gob.cl/herramientas/portal-de-mapas/sicvir
- Tratados Internacionales Suscritos y Ratificados por Chile sobre Derechos Humanos. Recomendaciones internacionales con incidencia constitucional. 2020. Asesoría Técnica Parlamentaria. Área de Gobierno, Defensa y relaciones Internacionales. Nº SUP: 123705. Fuente: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28223/1/Acuerdos_internacionales_e_incidencia_constitucional_rev_BH.pdf
- WHO guidance for climate resilient and environmentally sustainable health care facilities. 2020. Organización Mundial de la Salud. Fuente: https://www.who.int/publications/i/item/9789240012226

7. ANEXO EVALUACIÓN SOCIAL

Programa por Resultados

Chile: Program for Universal Primary Healthcare Coverage and Resilience

(P179785)

Tabla de Contenidos

Breve Historia del Sistema de Salud Pública en Chile **1**

Contexto Social y Económico en Chile: Pre y Post Pandemia por COVID-19 ..... **6**

Programa de Gobierno 2022 a 2025: Reforma del Sistema Nacional de Salud Pública **9**

Estado de avance del proyecto de reforma de salud pública 2023 10

Avances en materia de salud durante el Gobierno del Presidente Gabriel Boric 2023 11

Cuadro de actividades definidas por el Ministerio de Salud para la Universalización de la Atención Primaria en Salud. 2023 ..... **12**

Normativa Internacional en Materia de Derechos Humanos, Salud y Atención Primaria en Salud que Chile ha Suscrito **23**

Referencias **33**

Breve Historia del Sistema de Salud Pública en Chile

Chile cuenta con una larga trayectoria en salud pública.

En 1833 se fundó la primera Escuela de Medicina y en 1840 algunos grupos de trabajadores organizaron agrupaciones denominadas Sociedades de Socorro Mutuos (SSM) destinadas a brindar protección ante accidentes, enfermedad, invalidez o muerte de sus afiliados. Por otro lado, en 1891 se creó por ley el Consejo Superior de Higiene Pública y el Instituto de Higiene, además de responsabilizar a las municipalidades de la higiene pública y el estado sanitario de sus comunas.

En 1918 se dictó el primer Código Sanitario y en 1924 se creó por ley el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social[35] y el Seguro Obrero Obligatorio[36], ambos marcos legales establecieron la cotización mensual obligatoria por parte de obreros y empleadores con el fin de aportar a un fondo solidario de enfermedad e invalidez, además de involucrar al Estado en la prestación de atenciones en salud y previsión social para los trabajadores.

En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva. En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y la Dirección General de Protección a la Infancia y la Adolescencia (PROTFINA).

En 1952, la Ley Nº 10.383[37] creó el Servicio Nacional de Salud (SNS) cuya responsabilidad fue realizar todas las acciones sanitarias para el fomento de la salud, la prevención de enfermedades, curación y rehabilitación. En el SNS se fusionaron la Caja del Seguro Obrero, la PROTFINA y los Servicios Médicos Municipales.

En 1959 el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social se dividió en dos ministerios a través del Decreto con Fuerza de Ley Nº25[38] que creó el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y el Ministerio de Salud Pública con su correspondiente subsecretaría. El nuevo Ministerio de Salud quedó a cargo de realizar las funciones de programación, coordinación y control en materia de salubridad pública, y en su dependencia quedaron las siguientes entidades: (i) El Servicio Nacional de Salud; (ii) El Servicio Médico Nacional de Empleados; (iii) La Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios; y (iv) La Polla Chilena de Beneficencia.

Durante la década de los 60 se efectuaron importantes reformas sociales orientadas a las inversiones en centros asistenciales, el aumento de la planta funcionaria en salud pública y la extensión de la cobertura geográfica del Servicio Nacional de Salud.

Entre 1970 y 1973 se mejoraron los servicios estatales en salud y se creó un sistema único de seguridad social. Sin embargo, el avance sostenido de la política pública en materia de salud se vio interrumpido abruptamente por la dictadura cívico-militar (1973 y 1988) provocándose un quiebre institucional que debilitó las políticas públicas en salud. En contrapeso, surgieron organizaciones no gubernamentales que dieron respuesta a las necesidades en salud de la población no cubiertas por el Estado, además de impulsar

[35] Decreto de Ley Nº 131 que crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. Fuente: https://bcn.cl/3dwzb

[36] Ley Nº 4.054 que crea el Seguro Obrero. Fuente: https://bcn.cl/2ngaz

[37] Ley Nº 10.383 que modifica la Ley Nº4.054 relacionada con el seguro obligatorio y que crea el Servicio Nacional de Salud. Fuente: https://bcn.cl/2lpr3

[38] Decreto con Fuerza de Ley (DFL) Nº 25 que crea el Ministerio del Trabajo y Previsión Social con dos subsecretarías y el Ministerio de Salud Pública. Fuente: https://bcn.cl/2map9

la adopción de la Declaración Alma Ata que en 1978[39] conminó a todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional a impulsar acciones tendientes a proteger y promover el modelo de atención primaria de salud como estrategia primordial para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos.

En 1979 se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). Además, se descentralizó la administración de los recintos de salud y se organizó la atención según niveles de complejidad y cobertura, a través de la municipalización de la atención primaria.

Un año después, en 1980 se traspasó la administración y gestión de los Consultorios de APS a las municipalidades y se llevó a cabo la reforma al sistema previsional de pensiones y de salud que permitió el ingreso de aseguradoras privadas en ambos sistemas[40]: Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), que subsisten hasta la actualidad.

En 1985 se dicta la Ley Nº18.469[41] que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y que crea un régimen de prestaciones de salud que obliga a los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud a brindar atención a quienes lo requieran, sin condición de pago, con algunas excepciones.

Paralelamente, durante la década de los 80 las universidades estatales iniciaron la formación profesional de médicos de familia para la docencia en APS y hubo un creciente desarrollo académico en medicina familiar. Las universidades apoyaron también la creación de Consultorios Generales Urbanos en base a una estrategia de modelo de salud familiar. En 1989, se constituyó la Coordinadora Nacional de Trabajadores de Atención Primaria en Salud Municipalizada.

Durante la década de los 90 con la recuperación de la democracia, se creó la Superintendencia de Isapre[42], la Asociación Chilena de Municipalidades (AChM) y la Confederación Nacional de Funcionarios y Funcionarias de la Salud Municipal (CONFUSAM). En ese marco se dictó el Estatuto de Atención Primaria a través de la Ley 19.378[43] y se estableció por Resolución Exenta la mesa de trabajo permanente "Comisión Tripartita" compuesta por municipios, trabajadores y el MINSAL.

[39] En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) organizaron la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, en la que participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales. En ella se estableció la Declaración de Alma Ata. que señala la importancia de la atención primaria en salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos y conmina a todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional a impulsar acciones tendientes a para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud. Su lema fue "Salud para todos en el año 2000". Veinticinco años después, la OPS adoptó una Estrategia Renovada para la Atención Primaria en la que reconoce que la APS es una estrategia que permite reducir significativamente las inequidades en salud. Luego, en 2008 la OMS publicó el informe Sobre Salud en el Mundo "La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca" donde propone cuatro orientaciones normativas para la APS: (i) Cobertura universal; (ii) Servicios centrados en las personas; (iii) Políticas públicas saludables; y (iv) liderazgo. Septiembre de 1978. Fuente: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf

[40] Decreto de Ley Nº 3.626. 1981. Del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Fuente: https://bcn.cl/3dxqw

[41] Ley Nº18.469 que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y que crea un régimen de prestaciones de salud. 14 de noviembre de 1985. Ministerio de Salud Pública. Fuente: https://bcn.cl/2f7ib

[42] Ley Nº 18.933 que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Dicta Normas para el otorgamiento de Prestaciones por Isapre y Deroga el Decreto con Fuerza de Ley Nº 3 de Salud, de 1981. 1990. Ministerio de Salud. Fuente: https://bcn.cl/2gwpn

[43] Ley Nº 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. 1995. Ministerio de Salud. Fuente: https://bcn.cl/2f8iv

En adelante, el Estado adoptó los principios de Alma Ata. y avanzó en el establecimiento de objetivos específicos para el Sistema de Salud, tales como: mejorar el acceso al nivel primario de atención; la gratuidad para la población beneficiaria de APS (FONASA); y el fortalecimiento de acciones para la prevención y protección de salud. Se conceptualizó un nuevo modelo de atención basado en los principios de la medicina familiar y las universidades incorporaron innovaciones curriculares para fortalecer la formación en medicina familiar con enfoque en la APS, tanto en la formación de pre como de postgrado.

En materia de resolución de reclamos y participación ciudadana, en 1990 a través del Decreto Nº 680[44] el Ministerio del Interior aprobó el establecimiento de oficinas de información para el público usuario en la Administración del Estado, incluido el MINSAL. En 1995 el Ministerio de Salud instruyó la creación de los Consejos de Desarrollo Local (CDL) compuestos tanto por usuarios/as como por funcionarios/as de la salud, con el objeto de formalizar la participación de las comunidades en la gestión local de los servicios en todos los niveles de atención en salud.

En 1999 se promulga la Ley Nº 19.650[45] que perfecciona normas del área de la salud y que garantiza que las personas que sufren urgencias graves o vitales de salud puedan ser atendidas en cualquier establecimiento de salud, público o privado, sin que se les pueda negar la atención ni exigir pago alguno. Esta ley establece además un préstamo legal que permite a las personas beneficiarias financiar las atenciones de urgencia vital recibidas en el centro de salud desde el ingreso y hasta su estabilización.

En la década de los 2000 se llevó adelante una reforma al sistema de salud que estableció la responsabilidad del Estado para garantizar un acceso a la salud equitativo, de alta calidad y resolutividad, protección financiera en eventos de enfermedad y mayor participación ciudadana para la población incorporando el concepto de calidad como eje asociado a resultados.

En el marco legal, dicha reforma consideró:

1. Una ley que permite el financiamiento de políticas sociales a través del alza del Impuesto a las Ventas y Servicios (IVA) y otros impuestos específicos, y que en el caso de Salud garantiza el financiamiento del Plan de Salud con Garantías Explicititas (AUGE) para beneficiarios FONASA[46];
2. Una ley que establece diversas normas de solvencia y protección de personas incorporadas a instituciones de salud previsional, administradoras de fondos de pensiones y compañías de seguros[47];

[44] Decreto Nº 680 Aprueba Instrucciones para el Establecimiento de Oficinas de Información para el Público Usuario en la Administración del Estado. 1990. Ministerio del Interior. Fuente: https://bcn.cl/38siw

[45] Ley Nº 19.650 que perfecciona normas del área de la salud. 19 de noviembre de 1999. Ministerio de Salud Pública. Fuente: https://bcn.cl/2gwzz

[46] Ley Nº 19.888 que Establece el Financiamiento Necesario para Asegurar los Objetivos Sociales Prioritarios del Gobierno. 2023. Ministerio de Hacienda. Fuente: https://bcn.cl/3dxrb

[47] Ley Nº 19.895 Establece Diversas Normas de Solvencia y Protección de Personas Incorporadas a Instituciones de Salud Previsional, Administradoras de Fondos de Pensiones y Compañías De Seguros. 2003. Ministerio de Salud. Fuente: https://bcn.cl/2lu12

3. Una ley que crea la Superintendencia de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y que crea nuevos instrumentos de gestión para la Red Asistencial, con mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos de salud, así como incentivos financieros para el personal[48];
4. Una ley que establece un plan de salud obligatorio para FONASA y las ISAPRE (el Régimen de Garantías o Plan AUGE), consistente en prestaciones de confirmación diagnóstica y tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas por su alto impacto sanitario y social, y que define garantías explicitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera (GES)[49]; y una ley que, entre otras materias relativas al funcionamiento del Sistema ISISAPREegula el proceso de adecuación anual de contratos, las alzas de precios, las tablas de factores y establece el Fondo de Compensación Solidario para el GES entre las I[50]ISAPRE

En 2012 se promulgó la Ley Nº 20.584[51] que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, y que establece la obligación de todos los prestadores de salud, públicos o privados, de informar oportunamente a sus pacientes sobre sus derechos y deberes; así como el derecho de los pacientes al resguardo de su información médica, a un trato digno, al respecto de su privacidad, a recibir una atención de salud de calidad y segura, y a aceptar o rechazar cualquier tratamiento, entre otros.

En 2014 se modificó el Código Sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamentos a través de la Ley Nº 20.724[52] que establece que la receta médica deberá incluir el medicamento recetado y su bioequivalente. Además los medicamentos se podrán vender por unidad y su valor deberá estar claramente señalado en los lugares de venta, entre otras disposiciones.

En 2015 se dictó la Ley Nº 20.850[53] que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y que cubre a todas las personas que cotizan en un sistema de salud previsional.

Algunas de las políticas públicas en materia de garantía de acceso equitativo a la salud de las últimas décadas, destacan:

1. La garantía de acceso en la red de atención primaria a las prestaciones preventivas y curativas consideradas en el Código Sanitario para todas las personas que habitan el territorio nacional, sin importar su sistema de previsión en salud.
2. El programa Chile Crece Contigo que acompaña a los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud, desde el primer control prenatal, hasta el ingreso al sistema escolar en distintas áreas, tales como: salud, educación, condiciones familiares, del barrio y de su comunidad.

[48] Ley Nº 19.937 que Establece una Nueva Concepción de la Autoridad Sanitaria, Distintas Modalidades de Gestión y Fortalece la Participación Ciudadana. 2004. Ministerio de Salud. Fuente: https://bcn.cl/2f7j5

[49] Ley Nº 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud. 2004. Ministerio de Salud. Fuente: https://bcn.cl/2fckl

[50] Ley Nº 20.015 que Modifica la Ley Nº 18.933 sobre Instituciones de Salud Previsional. 2005. Ministerio de Salud. Fuente: https://bcn.cl/2hmko

[51] Ley Nº 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 23 de abril de 2012. Ministerio de Salud Pública. Fuente: https://bcn.cl/2f7cj

[52] Ley Nº 20.724 que Modifica el Código Sanitario en Materia de Regulación de Farmacias y Medicamentos. 30 de enero de 2014. Ministerio de Salud Pública. Fuente: https://bcn.cl/2om64

[53] Ley Nº 20.850 que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y que rinde homenaje póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos. 01 de junio de 2015. Ministerio de Salud Pública. Fuente: https://bcn.cl/2fpjz

3. El régimen de Garantías Explicitas de Salud (AUGE/GES) que otorga protección financiera y garantiza acceso, oportunidad y calidad para más de 80 patologías a pacientes sin importar su sistema de previsión en salud.
4. La Ley de protección financiera para enfermedades y tratamientos de alto costo que garantiza protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo a pacientes sin importar su sistema de previsión en salud.
5. El programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, creado en 2000 con el objeto de cumplir el mandato de la Ley Nº 20.584 que regula los derechos y deberes del paciente y que señala explícitamente que "los prestadores institucionales públicos deben asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural". Para ello, el MINSAL creó centros interculturales con facilitadores lingüísticos y ha capacitado a facilitadores interculturales en las regiones de Arica y Parinacota, Iquique y Antofagasta (para Aymaras), en Región Metropolitana de Santiago (para migrantes), Biobío, Araucanía y Los Lagos (para Mapuche).

En 2018 Chile firmó la Declaración de Astaná[54], que establece compromisos en cuatro áreas clave en materia de atención primaria: (i) tomar decisiones políticas audaces para la salud en todos los sectores; (ii) construir una atención primaria de salud sostenible; (iii) empoderar a individuos y comunidades; y (iv) alinear el apoyo de los interesados con las políticas, estrategias y planes nacionales.

Actualmente, el Sector de Aalud enfrenta el desafío de garantizar un acceso digno, seguro, oportuno y de calidad a toda la población sin importar su sistema de previsión en salud.

[54] Declaración de Astaná. 2018. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Fuente: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?ua=1

Contexto Social y Económico en Chile: Pre y Post Pandemia por COVID-19

En las últimas tres décadas Chile ha disfrutado de un dinamismo económico fuerte, donde la pobreza medida por ingresos cayó precipitadamente y el país presenta hoy una de las tasas de pobreza más bajas de América Latina. De manera similar, el ingreso per cápita se ha más que duplicado y se encuentra entre los más altos de la región. En 2013 Chile fue el primer país de América Latina en llegar a un estatus de ingresos alto.

A nivel global, el Informe Especial 2022 de Naciones Unidas sobre Las Nuevas Amenazas para la Seguridad Humana[55], señala que aun cuando en 2019 el mundo había alcanzado niveles sin precedentes en el Índice de Desarrollo Humano, seis de cada siete personas se sienten inseguras en lo relativo a poder satisfacer sus necesidades básicas, proteger su integridad física y su dignidad humana. Esto se explica porque en las últimas décadas el enfoque para el desarrollo ha estado orientado hacia el crecimiento económico y la seguridad territorial, en vez de centrarse en la seguridad humana[56] que busca garantizar una vida sin temor, sin miseria y con dignidad para todas y todos.

Paradójicamente, a pesar de que los indicadores económicos y de bienestar señalan tasas de crecimiento positivas para la región y para Chile en particular, de acuerdo al reporte del Banco Mundial Poverty and Shared Prosperity 2022[57] la brecha de ingresos entre los más ricos y lo más pobres en la región fue de 27 veces, mientras que en Chile fue de 29 veces. Además, el Reporte de Inequidad Mundial 2022 del Banco Mundial[58] señala que la desigualdad económica en Chile ha sido extrema durante los últimos 120 años. Una de sus conclusiones es que la mitad de la población en Chile gana solo el 10% del total de los ingresos del país, mientras que la décima parte de la población percibe casi el 60%.

Según el Informe Latinobarómetro 2021[59] las manifestaciones sociales en Chile en 2019 se desencadenaron, entre otros factores, por la desigualdad socioeconómica, el descontento político con el Gobierno y el reclamo ciudadano por mayores garantías en diversos aspectos en torno a la seguridad social. En la medición, Chile fue el país de la región con el promedio regional más bajo sobre percepción de garantías de seguridad social, presentando además la mayor percepción de desigualdad social.

Durante la década del 2010 las demandas en salud se relacionaron con tiempos de espera poco razonables en el sistema público, atenciones poco oportunas, trato indigno, altos costos en salud y medicamentos, así como también, con las inequidades que provoca la coexistencia de dos sistemas de afiliación en salud: uno público y uno privado, cuyos estándares de atención e infraestructura presentan elementos diferenciadores.

[55] Informe Especial 2022 Las Nuevas Amenazas para la Seguridad Humana. PNUD. 2022 Fuente: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Informe%20Especial%202022%20-%20Las%20nuevas%20amenazas%20para%20la%20seguridad%20humana%20en%20el%20Antropoceno%20exigen%20una%20mayor%20solidaridad%20%28Panorama%20General%29.pdf

[56] Seguridad Humana. Párrafo 143 del Documento Final de la Cumbre 2005, resolución 6'/1. Asamblea General de Naciones Unidas. Fuente: https://www2.ohchr.org/spanish/bodies/chr/docs/wsoutcome2005_sp.pdf

[57] Poverty and Shared Prosperity. 2022. Banco Mundial. Fuente: https://www.worldbank.org/en/publication/poverty-and-shared-prosperity

[58] Word Inequality Report 2022. Fuente: https://wir2022.wid.world/

[59] Informe 2021 Corporación Latinobarómetro. Fuente: https://www.latinobarometro.org/lat.jsp?Idioma=0&Idioma=0#:~:text=Informe%20Latinobar%C3%B3metro%202021

Ya en 2015 el Estudio de Usuarios de Salud respecto de la Ley de Derechos y Deberes[60] de la Superintendencia de Salud, señalaba que los derechos del paciente eran percibidos por las y los usuarios como un estándar exigible, pero que suele no cumplirse. Un 65% de las personas entrevistadas estimó que los establecimientos de APS no contribuyen positivamente a que se respeten los derechos de las y los pacientes, y un 64% estimó lo mismo en el caso de los hospitales públicos. Lo más importante para los usuarios/as fue ser atendidos con dignidad, oportunamente, con un lenguaje comprensible y a través de una atención segura y de calidad. La investigación señala además que las personas pobres, inmigrantes, indígenas, residentes en zonas rurales y de mayor edad son las que reciben el peor trato en la atención de salud.

A la crisis social de octubre de 2019 le siguió la Pandemia por COVID-19 que obligó a los países a decretar severas medidas para el control del contagio. Los efectos sociales y económicos de la Pandemia son abrumadores desde todo punto de vista: económico, educacional, laboral, cultural y de salud, y son palpables hasta el día de hoy.

En Chile, al igual que en otros países, la contracción económica se vio reflejada en la disminución del Producto Interno Bruto, que según el Informe de Política Monetaria de marzo de 2021[61] disminuyó en un 5,8% durante 2020. Los niveles de ocupación también cayeron a niveles vistos solamente en la crisis económica de la década de los 80. Según la primera ronda de la Encuesta Social COVID-19 de julio de 2020[62] del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, si en 2019 el porcentaje de personas ocupadas era de un 57,9% en junio de 2021 era de un 48,6%. Los hogares más afectados fueron aquellos pertenecientes a los dos quintiles más bajos y aquellos con jefaturas de hogar femeninas. Según estimaciones del Banco Mundial, la incorporación de la mujer a la fuerza laboral retrocedió en 10 años producto de la Pandemia. Por otro lado, el cierre prolongado de las escuelas provocó un retroceso equivalente a 1,3 años de escolaridad.

Además de la cantidad de personas fallecidas por COVID-19, durante los primeros dos años de Pandemia miles de personas vieron agudizados o experimentaron por primera vez problemas de salud mental. De acuerdo la sexta ronda del Termómetro de la Salud Mental en Chile 2022[63], realizado por la Universidad Católica y la Asociación Chilena de Seguridad, un 51% de las personas pensaba que su vida era bastante o completamente diferente a la que tenía antes del COVID-19. Un 13,9% presentaba síntomas moderados o severos de depresión, y entre un 20,6% y un 21,6% de personas con una o más condiciones crónicas de salud sospechaba tener problemas de salud mental.

En 2020, la expectativa de una mejora sustancial en el sistema de salud pública que abordase las inequidades estructurales quedó reflejada como una de las principales prioridades ciudadanas en la consulta pública realizada entre septiembre y octubre del mismo año por el equipo de campaña del entonces candidato a la presidencia de Chile, Gabriel Boric Font, quien plasmó en su Programa de Gobierno Apruebo Dignidad la intención de llevar adelante cuatro reformas fundamentales durante su gobierno, entre ellas: Una reforma de salud que garantice el acceso universal a la salud pública a través de la

[60] Estudio de Usuarios de Salud respecto de la Ley de Derechos y Deberes. 2015. Superintendencia de Salud. Fuente: https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-12611_recurso_1.pdf

[61] Informe de Política Monetaria (IPOM) marzo 2021. Banco Central. Fuente: https://www.bcentral.cl/contenido/-/detalle/informe-de-politica-monetaria-marzo-2021-1

[62] Primera ronda Encuesta Social Covid-19. Julio de 2020. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Fuente: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-social-covid19-primera-ronda

[63] Sexta ronda Termómetro de Salud Mental en Chile. 2022. UC -ACHS. Fuente: https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/noticias-2022/achs-149852/tms-rond-6-conferencia.pdf

elaboración de una estrategia intersectorial de salud a nivel local, basada en el sistema de atención primaria, capaz de garantizar acceso universal y discriminación cero en la red de salud pública, y cuyo diseño estará centrado en las personas y en las comunidades. Para ello propuso medidas tendientes a modernizar la gestión en salud, mejorar la accesibilidad al sistema de salud pública y la eficiencia del gasto público en la materia.

Al año 2023 los efectos de la Pandemia en materia de salud pública persisten y han profundizado las brechas detectadas con anterioridad. La crisis sanitaria de 2020 provocó la suspensión de miles de cirugías electivas con el fin de priorizar el uso de las camas en pacientes COVID-19. De acuerdo a declaraciones de la Ministra de Salud, Dra. Ximena Aguilera[64] realizadas a casi un año de la administración del Presidente Gabriel Boric, durante 2020 y 2021 la media de espera, tanto para cirugías como para consultas a especialistas, era de 700 días. A comienzos de 2023 esa media había disminuido a 400 días de espera. En la actualidad las listas de espera en el sistema público de salud siguen siendo largas y difíciles de superar a pesar de la inyección de $35mil millones de pesos realizada por el Gobierno entre 2022 y 2023 para mejorar la atención hospitalaria.

Además, durante lo que va de 2023 el debate público en salud ha girado en torno al mecanismo que debe diseñar el Ejecutivo para dar cumplimiento al fallo de la Tercera Sala de la Corte Suprema[65] sobre la obligatoriedad de que las aseguradoras privadas de salud: ISAPRE, utilicen la tabla de factores de riesgo elaborada por la Superintendencia de Salud (SS) en 2019 para el cobro de sus prestaciones y cuyo cumplimiento debiera provocar la devolución de los excedentes cobrados a sus cotizantes desde 2020 en adelante.

En este escenario y en respuesta al proyecto de ley corta presentado por el Ejecutivo al Congreso en mayo de 2023[66], la Asociación de ISAPRE de Chile (AICH) ha declarado que el proyecto de ley corta no tiene factibilidad y que su cumplimiento obligará el traslado de más de tres millones de personas a FONASA[67].

En síntesis, si antes de la Pandemia por COVID-19 Chile ya mostraba altos índices en desigualdad socioeconómica complejas de superar, tales como el acceso a la seguridad social y a prestaciones básicas de calidad en salud, educación y pensiones, durante los tres años posteriores a la Pandemia las brechas sociales y económicas se profundizaron aún más, afectando particularmente a mujeres, niños, niñas, adolescentes, personas mayores y en general, a los grupos llamados de especial atención (GEA) además de las personas en situación de pobreza.

[64] Ministra Ximena Aguilera sobre listas de espera: "Esperamos recuperar la producción de una año prepandémico este año". 9 de febrero de 2023. El Mostrador. Fuente: https://www.elmostrador.cl/dia/2023/02/09/ministra-ximena-aguilera-sobre-listas-de-espera-esperamos-recuperar-la-produccion-de-un-ano-prepandemico-este-ano/

[65] Fallo de la Tercera Sala de la Corte Suprema sobre cobros indebidos por parte de las ISAPRE a sus afiliados. Noviembre de 2022. Fuente: https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/83477

[66] Cronograma del proyecto de ley corta en el Senado. Fuente: https://www.senado.cl/definen-cronograma-tentativo-para-tramitar-ley-corta-de-ISAPRE

[67] Comunicado público de la Asociación de ISAPRE de Chile sobre el proyecto de ley corta sobre IsapresISAPRE en mayo de 2023 al Parlamento para dar cumplimiento al fallo de la Tercera Sala de la Corte Suprema en materia de cobros a afiliados de ISAPRE. Fuente://www.isapre.cl/images/PDF/Declaracion_AGICH_11052023.pdf

Programa de Gobierno 2022 a 2025: Reforma del Sistema Nacional de Salud Pública

La reforma de salud que garantiza el acceso universal a la salud pública es una de las cuatro reformas estructurales propuesta en el Programa de Gobierno Apruebo Dignidad del Presidente Gabriel Boric[68] para el período 2022 - 2025. Su inclusión en el Programa de Gobierno se funda en los resultados de una consulta ciudadana, realizada entre septiembre y octubre de 2021 por el equipo de participación ciudadana del entonces candidato, en la que participaron 33.728 personas, de forma presencial y remota, a través de 603 mesas ciudadanas: en 80 comunas del país (21% del total de comunas) y 14 mesas en el extranjero. Las principales categorías propuestas por la ciudadanía para incorporar en el Programa fueron: Educación pública (15,5%); salud pública (11.4%); reactivación económica (10,4%); derechos humanos (10%) y crisis climática (8.8%), siendo la Salud Pública el eje programático que obtuvo el tercer lugar en la priorización programática a nivel nacional, con excepción de las regiones: Tarapacá, Antofagasta, Maule, Los Ríos y Los Lagos que no priorizaron esta categoría entre los primeros tres lugares.

El Programa pone énfasis en la elaboración de una estrategia intersectorial de salud a nivel local, basado en el sistema de atención primaria, capaz de garantizar acceso universal y discriminación cero en la red de salud pública, y cuyo diseño estará centrado en las personas y en las comunidades. Para ello propone medidas tendientes a modernizar la gestión en salud, mejorar la accesibilidad al sistema de salud pública y la eficiencia del gasto público en la materia.

Universalización de la Atención Primaria: A modo general, el Programa reconoce las brechas estructurales del sistema de salud pública: como listas de espera y cantidad de días de espera, así como también, las brechas que dejaron los primeros dos años de la Pandemia por COVID-19, y se propone como una de sus metas en materia de salud pública el fortalecimiento del sistema de Atención Primaria, al que reconoce como el corazón del sistema de salud pública, garantizando el acceso a la APS al 100% de la población y reactivando el sistema de Atención Primaria de Salud a través de: (i) la implementación de una estrategia de salud digital que integre todos los niveles asistenciales y que en el nivel de atención primaria permita el agendamiento virtual y acceso remoto a las prestaciones de APS a través de herramientas digitales como el teletriage; (ii) la implementación de un modelo de cuidado integral centrado en las personas en contexto de multimorbilidad; (iii) la actualización y fortalecimiento del Plan de Salud Familiar como elemento clave en la prevención, control y detección temprana de enfermedades.

Dicha reactivación se acompañará de una estrategia integral en la gestión de la red de salud pública con el objeto de mejorar los tiempos de permanencia en las listas de espera y de otorgar a las personas y sus familias acompañamiento activo en el tránsito desde la Atención Primaria en Salud hasta los niveles secundario y terciario de atención, además de establecer criterios públicos de priorización clínica y tiempos máximos de espera según el nivel de riesgo de las patologías, entre otras medidas.

Prioridad en estrategias para la salud mental: El Programa contempla el fortalecimiento del componente en salud mental en la APS, a través del fortalecimiento de la cobertura del Programa de Acompañamiento Psicosocial en la APS. Además, el Programa hace mención especial al reforzamiento interinstitucional de programas de salud mental destinados a niños, niñas y adolescentes a través de: El fortalecimiento y ampliación del Programa Chile Crece Contigo del Ministerio de Desarrollo Social y Familia; Un nuevo programa en el Ministerio de Educación denominado Programa de Bienestar Socioemocional orientado a

[68] Las cuatro reformas estructurales propuestas en el Programa de Gobierno Apruebo Dignidad (2022 – 2025) son: (i) Acceso Universal a la Salud; (ii) Pensiones dignas sin AFP; (iii) Sistema educativo público gratuito y de calidad; y (iv) Conformación del primer gobierno ecologista en la historia de Chile. Fuente: https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%2Bde%2Bgobierno%2BAD%2B2022-2026%2B%282%29.pdf

las comunidades educativas; y un Plan de Capacitaciones en Salud Mental, con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género, para los equipos de salud con énfasis en mejorar la accesibilidad y aceptabilidad de servicios de salud mental para población perteneciente a las diversidades sexogenéricas, con foco en adolescentes y jóvenes.

El Programa menciona también el diseño de una estrategia comunicacional que propenda a disminuir el estigma y la discriminación que suele asociarse al tratamiento de la salud mental, además de potenciar el trabajo con el Sistema Nacional de Cuidados y de diseñar programas integrales que aborden la salud mental en mujeres, niños, niñas y adolescentes y diversidades sexogenéricas que sufren violencia de género.

Pertinencia territorial y cultural: ruralidad y salud intercultural:

Con base en la Política Nacional de Desarrollo Rural 2014 - 2024[69] a cargo de la Comisión Interministerial de Cuidad, Vivienda y Territorio, el Programa propone abordar las desigualdades históricas que han enfrentado quienes habitan en territorios rurales en lo relativo a garantizar el acceso a servicios sociales básicos, tales como: educación y salud, a través de la priorización de la inversión en equipamiento e infraestructura para mejorar la accesibilidad a servicios de salud en zonas rurales.

En materia de salud intercultural, el Programa propone: (i) La creación de un sistema nacional de monitoreo de inequidades en materia de salud para pueblos indígenas y tribales; (ii) El diseño de un Plan Nacional del Educación intercultural para todos los trabajadores/as del sistema de salud pública; (iii) El rediseño del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) respetando lo contemplado en el Convenio Nº169 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) a través de la APS; (iv) La incorporación de iniciativas autónomas de salud intercultural superando el financiamiento actual basado en el DFL Nº36 de 1980; (v) Garantía de atención en salud para personas migrantes en situación migratoria irregular, de acuerdo al Decreto Nº67 del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y a la Política de Salud para Migrantes Internacionales de MINSAL; y (v) La disponibilización de intérpretes creole/español en aquellos centros con mayor porcentaje de población haitiana.

Estado de avance del proyecto de reforma de salud pública 2023

De acuerdo a declaraciones del Presidente Boric en diciembre de 2022[70], se estima que el proyecto de reforma de salud será presentado al Congreso a fines de 2023 o en 2024. Con todo, el proyecto aborda el desafío de repensar el modelo de atención en salud pública, fortaleciendo el rol y participación vinculante de la comunidad, poniendo en el centro del modelo de atención a las personas y sus diversidades, con el fin de lograr la equidad en salud y el acceso universal, a través de cuatro ejes:

1) Dignificación y modernización del sistema público de salud a través del uso de diferentes tecnologías digitales.
2) Universalización de la Atención Primaria apuntando a mejorar la eficiencia, la equidad y los resultados sanitarios de la población, estableciendo a la APS como estrategia que acompañe a las personas durante toda su vida, ampliando el acceso a la población que no es hoy beneficiaria de FONASA.

[69] Política Nacional de Desarrollo Rural 2014 – 2024. Fuente: https://www.odepa.gob.cl/wp-content/uploads/2018/10/Poli%CC%81tica-Nacional-de-Desarrollo-Rural.pdf

[70] Entrevista al Presidente Gabriel Boric en radio Sonar, minuto 19:30. 19 de diciembre de 2022. Fuente: https://www.t13.cl/noticia/politica/presidente-boric-reforma-salud-fines-proximo-ano-19-12-2022

3) Abordar los determinantes sociales que afectan la condición de salud de las personas.
4) Creación de un Fondo Único de Salud (FUS) con el fin de generar un piso universal a través de un fondo de todos los recursos de la seguridad social y desde ese piso, la distribución hacia los prestadores en base al riesgo.

Avances en materia de salud durante el Gobierno del Presidente Gabriel Boric 2023

Acorde a lo informado en la cuenta pública 2023 del Presidente Gabriel Boric, algunos de los avances en materia de salud pública son:

1) Copago cero para usuarios/as de FONASA de los tramos C y D, lo que representa alrededor de cinco millones de personas.
2) Desarrollo de 76 proyectos de conservación en postas rurales de 37 comunas del país.
3) Creación e implementación del Registro Nacional de Cuidadoras y Cuidadores que otorga acceso preferente a distintos servicios públicos, entre ellos, salud.

Asimismo, alguno de los compromisos y anuncios en materia de salud anunciados en la cuenta pública 2023 son:

1) Proyecto de ley de ISAPRE: que permita buscar soluciones para dar cumplimiento de manera responsable al fallo de la Corte Suprema, que obliga a las aseguradoras de salud privadas (ISAPREstar sus planes a la tabla de factores y devolver los excedentes cobrados a las y los cotizantes, sin poner en riesgo las prestaciones a las familias ni promover un perdonazo a las ISAPRE.
2) Inversión de siete mil millones de pesos en postas rurales, a ejecutarse entre 2023 y 2024, lo cual se ampliará los siguientes años.
3) Inversión en salud mental para levantar 30 Centros de Salud Mental Comunitarios en el país durante el período de la administración del Presidente Gabriel Boric (pasando de 38 a 68).

Cuadro de actividades definidas por el Ministerio de Salud para la Universalización de la Atención Primaria en Salud. 2023

El siguiente cuadro describe las actividades contempladas por el Ministerio de Salud para la Universalización de Atención Primaria en Salud. Éstas se organizan a través de áreas y líneas estratégicas definidas por MINSAL y las vincula con las tres áreas de resultado propuestas por el Banco Mundial en el Programa por Resultados denominado Chile: Programa para la Cobertura Universal de Atención Primaria de Salud y Resiliencia, y que tiene por objeto apoyar mejoras en tres áreas de resultado: (i) la cobertura y la calidad de la atención primaria de salud, (ii) la contribución de la atención primaria de salud a la resiliencia del sistema de salud, y (iii) la eficiencia de la financiación de la atención primaria de salud.

Tabla 11 de Actividades para la Universalización de la APS definida por MINSAL por Área de Resultado de PforR

Área y Línea Estratégica Definidas en el Programa de Gobierno	**Actividades Definidas en el Programa de Gobierno**	**Áreas de resultados (AR) Programa por Resultados del Banco Mundial**
Área Estratégica 1: Ampliar la cobertura efectiva a través de la optimización de la APS		
1: Introducción de herramientas digitales para la gestión de citas en línea	A. Análisis de lineamientos técnicos, clínicos y regulatorios en Chile y en el mundo relacionados con la atención priorizada. B. Análisis de la capacidad efectiva y los arreglos institucionales para la gestión de citas en línea C. Elaboración de directrices técnicas para los servicios de salud y atención primaria de salud a nivel municipal. D. Establecimiento de registro, seguimiento y evaluación del cumplimiento de esta garantía en los establecimientos de APS. E. Diseño y desarrollo de una plataforma que establezca la priorización de la atención en función de las características de los pacientes. F. Elaboración y difusión de protocolos de uso de la plataforma.	**Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)**
2: Expansión de la prestación de servicios mediante la ampliación de las horas de funcionamiento	A. Generar nuevas directrices técnicas y herramientas de control para definir los servicios prestados en horario extendido.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
3: Desarrollo de una plataforma para la gestión de la agenda (optimización de la oferta y la demanda)	A. Desarrollar una base técnica para construir una plataforma para la gestión de la agenda integrando información de demanda y oferta de APS. B. Convocatoria de propuestas para desarrollar una plataforma para la gestión de la agenda. C. Desarrollo de la plataforma, incluyendo pruebas de pilotos. D. Elaboración de lineamientos para el uso de la plataforma de visualización y monitoreo. E. Evaluación de la implementación de la plataforma.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)

4: Desarrollo de un plan de comunicación	A. Campaña de comunicación para informar a la población sobre la posibilidad de inscribirse en establecimientos de APS. B. Implementación de una campaña de comunicación multiplataforma (TV, redes sociales, plataformas de internet, etc.)	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
5: Expansión de la prestación de servicios a través de la telemedicina	A. Generación de lineamientos técnicos para implementar la telemedicina en la APS.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
6: Compra de clínicas móviles	A. Diseño de bases técnicas para la licitación de la compra de clínicas móviles . B. Gestión de los servicios de salud y del Ministerio de Salud para la compra de clínicas móviles. C. Generar lineamientos técnicos para el uso de clínicas móviles. D. Revisión y registro de las actividades de APS en clínicas móviles.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
7: Revisar y definir estándares de horas de asistencia y no asistencia de los equipos de atención primaria de salud para desarrollar orientaciones técnicas para otros equipos de APS	A. Realización de un estudio analítico sobre la distribución de horas de atención profesional y no asistencial en los establecimientos de APS. B. Desarrollo de recomendaciones basadas en los hallazgos del estudio. C. Difusión de las conclusiones entre los principales interesados. D. Generar recomendaciones para los municipios sobre el equilibrio entre las horas de asistencia y no asistencia.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
8: Integración de los servicios sociales y de salud en una modalidad de "ventanilla única"	A. Encuesta sobre los requisitos para integrar la información de salud en una modalidad de "ventanilla única". B. Establecer un grupo de trabajo con el MDSF para desarrollar la integración del módulo de salud a la modalidad de "ventanilla única". Implementación de un proyecto piloto de la modalidad de "ventanilla única". D. Evaluar el proceso piloto y planificar la implementación. Implementación a nivel nacional de la modalidad de "ventanilla única". F. Evaluación de la implementación de la modalidad de "ventanilla única".	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
9: Desarrollo de instancias de reflexión, participación y diseño de estrategias para mejorar la experiencia de usuario de la APS (Diálogo Ciudadano)	A. Diseño y validación de un instrumento para medir la experiencia del usuario. B. Diseño y pruebas de la aplicación para medir la experiencia del usuario. C. Elaboración y difusión de protocolos de uso de la aplicación. D. Generación de una guía de usuario para los equipos de APS.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)

Área y Línea Estratégica Definidas en el Programa de Gobierno	Actividades Definidas en el Programa de Gobierno	Áreas de resultados (AR) Programa por Resultados del Banco Mundial
10: Desarrollo de un plan para mejorar la experiencia de los usuarios en los canales de contacto de APS	A. Generación de lineamientos técnicos para apoyar a los equipos locales en el desarrollo de planes de mejora de la experiencia de usuario multicanal. B. Aprobación del plan por parte de los Servicios de Salud. C. Elaboración de informes anuales de evaluación del plan.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
Área Estratégica 2: Hacer que la APS sea más resiliente		
11: Equipos capacitados para emergencias sanitarias	A. Elaboración del programa de capacitación para emergencias de salud pública en atención primaria de salud, considerando las lecciones aprendidas del COVID-19.	APS resiliente (AR 2)
12: Desarrollo e implementación de procesos de vigilancia (pandemia, vigilancia ambiental y social)	A. Diseño de un modelo de vigilancia epidemiológica y ambiental. B. Elaboración de planes de vigilancia comunitaria basados en el modelo nacional. C. Supervisar la implementación de los planes de vigilancia comunitaria.	APS resiliente (AR 2)
13: Estrategias locales para la salud ambiental	A. Generar lineamientos técnicos para los equipos locales para facilitar el desarrollo de planes. B. Elaboración de planes de adaptación con medidas para fortalecer la resiliencia de la atención primaria en los municipios. C. Aprobación de los planes de adaptación por parte de los Servicios de Salud. D. Implementación de los planes de adaptación aprobados. E. Evaluar la implementación de los planes de adaptación.	APS resiliente (AR 2)
14: Desarrollo de estándares de infraestructura de APS (fáciles de construir, mantener, eficiencia energética, etc.)	A. Crear una mesa redonda intersectorial con diferentes organismos gubernamentales para desarrollar una infraestructura de APS en todos los barrios. B. Estudio sobre el estado de la infraestructura a nivel nacional. C. Desarrollo de un perfil técnico profesional para la especialización en infraestructura de salud (Chile Valora)	APS resiliente (AR 2)

Área y Línea Estratégica Definidas en el Programa de Gobierno	Actividades Definidas en el Programa de Gobierno	Áreas de resultados (AR) Programa por Resultados del Banco Mundial
Área Estratégica 3: Mejorar el modelo sanitario y sociosanitario, con dignidad y calidad para el territorio		
15: Fortalecimiento e implementación del modelo integrado de salud y asistencia social (ECICEP)	A. Evaluación de la implementación de la estrategia ECICEP en centros piloto. B. Publicación de un informe con recomendaciones para fortalecer la estrategia y su implementación. C. Elaborar sobre la escalabilidad de la estrategia ECICEP a nivel nacional. Seguimiento y aplicación de medidas a nivel ministerial para ampliar la estrategia del ECICEP. D. Ejecución del plan de escalabilidad: distribución de recursos y fortalecimiento de la estrategia a nivel comunitario y de establecimientos de salud.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
16: Creación e implementación de una estrategia de estratificación de riesgos para la salud de la población chilena.	A. Estudio con datos clínicos y de salud nacionales para probar variables a considerar en la nueva estratificación de riesgo. B. Generación de un mecanismo para procesar los datos como estratificación. C. Pruebas de la nueva estratificación con desarrollos de proveedores de historias clínicas electrónicas. D. Inicio de una implementación escalable de la nueva estratificación en la historia clínica electrónica de atención primaria.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
17: Desarrollo de estrategias para promover la salud familiar y social (enfoque de género)	A. Adaptación y validación de una prueba para detectar violencia de género. B. Desarrollo de una prueba para la detección de la violencia de género. C. Elaboración y difusión de protocolos para una aplicación que permita detectar la violencia de género. D. Generar una guía para uso de los equipos de atención primaria de salud, disponible en todos los niveles de gobernanza (Ministerio de Salud, Servicios de Salud, municipios, instalaciones). E. Pilotaje de la prueba de detección de la violencia de género.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)

Área y Línea Estratégica Definidas en el Programa de Gobierno	Actividades Definidas en el Programa de Gobierno	Áreas de resultados (AR) Programa por Resultados del Banco Mundial
18: Desarrollo de estrategias para promover la salud familiar y social	A. Diseño, adaptación y validación de pruebas de detección de salud mental. B. Diseñar y probar una aplicación móvil que permita realizar pruebas de detección de salud mental. C. Elaboración y difusión de protocolos para dicha aplicación. D. Generar una guía para uso de los equipos de atención primaria de salud.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
19: Revisión y optimización del plan de salud familiar II basado en PRAPS	A. Estudio sobre los beneficios del valor de salud del plan de salud familiar II. B. Elaboración de una propuesta de actualización del plan de salud familiar II. C. Revisar y proponer una modificación de los indicadores asociados al Plan de Salud Familiar II actualizado. D. Desarrollar una propuesta metodológica para actualizar periódicamente los beneficios del plan de salud familiar. E. Actualización de la canasta de beneficios del plan familiar de salud y publicación de la modificación (decreto per cápita)	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
20: Integración de la atención social con otros sectores (como el SENAME)	A. Identificación de posibilidades de integración y caracterización de la atención social y sanitaria prestada. B. Planificar el trabajo intersectorial a nivel central y local para implementar programas de atención social y de salud. C. Planificar y modificar programas implementados en centros que forman parte de la red social. D. Actualización o desarrollo de directrices técnicas para la integración de la atención sanitaria y social con otros sectores. E. Implementar nuevos programas o cambiar los existentes. F. Planificar la integración de los servicios de información y salud en la plataforma local de gestión social. G. Implementar la integración de los servicios de información y salud en la plataforma local de gestión social.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)

Área y Línea Estratégica Definidas en el Programa de Gobierno	Actividades Definidas en el Programa de Gobierno	Áreas de resultados (AR) Programa por Resultados del Banco Mundial
21: Desarrollo de arreglos/estándares institucionales para la gobernanza de redes compartidas	A. Revisión de modelos en países con una red de salud integrada. B. Proponer arreglos institucionales para la gobernanza compartida de la red. C. Modificaciones regulatorias y/o legales de los acuerdos institucionales para la gobernanza de la red compartida. D. Evaluación de arreglos institucionales (cambios propuestos; resultados).	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
22: Diseño e implementación de oficinas de navegación de la red de pacientes	A. Planificación del modelo para las oficinas de navegación de la red de pacientes basado en experiencias nacionales e internacionales. B. Modificación de plataformas y/o sistemas de información para lograr la interoperabilidad (debe ser escalable a nivel nacional).	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
23: Creación de una red de especialistas integrados en la red de APS	A. Desarrollo de un plan de integración de especialistas en APS que incluya las tecnologías necesarias para su desempeño. B. Diseño de un modelo para la integración de los especialistas en APS en la red de atención a la salud.	Ampliar la cobertura y la calidad de la atención a nivel de atención primaria de salud (AR 1)
Área Estratégica 4: Optimizar los recursos e implementar un marco de seguimiento y evaluación del desempeño que apoye la estrategia de APS		
24. Garantizar la conectividad de la atención primaria de salud	A. Definición de requisitos estándar (recursos humanos, recursos físicos, formación, equipamiento) para garantizar la conectividad en la atención primaria. B. Evaluación del proceso de implementación y efectividad del plan de conectividad en comunas pioneras.	Eficiencia (AR 3)
25. Creación de una directriz técnica para la gobernanza de datos para garantizar la calidad, oportunidad y pertinencia de los datos obtenidos	A. Formación de un grupo de trabajo con actores clave involucrados en los procesos de registro clínico electrónico para discutir los objetivos, el alcance y la implementación de la política de gobierno de datos para garantizar la confiabilidad de los datos. B. Análisis de las brechas existentes en la calidad de los datos en atención primaria. C. Generación de lineamientos técnicos que constituyan el punto de partida de una política de gobernanza de datos para ser difundidos a los equipos de atención primaria. D. Evaluación y seguimiento del cumplimiento de las directrices técnicas sobre gobernanza de datos en atención primaria.	Eficiencia (AR 3)

Área y Línea Estratégica Definidas en el Programa de Gobierno	Actividades Definidas en el Programa de Gobierno	Áreas de resultados (AR) Programa por Resultados del Banco Mundial
26. Desarrollo de la interoperabilidad entre los niveles asistenciales de la red	A. Desarrollar un plan piloto de interoperabilidad. B. Definición de las condiciones (recursos humanos, recursos físicos, etc.) necesarias para el desarrollo de la interoperabilidad en las comunidades piloto. C. Implementación y evaluación de un plan piloto de interoperabilidad. D. Desarrollo e implementación de un plan de interoperabilidad a nivel nacional, incorporando las lecciones aprendidas de la fase piloto. E. Evaluación del proceso de implementación y la eficacia del plan de interoperabilidad a nivel nacional.	Eficiencia (AR 3)
27. Implementación de un sistema de M&E de determinantes sociales de la salud	A. Estudio de la información disponible y relevante para la evaluación de los determinantes sociales. B. Generar una base técnica para la construcción de una plataforma de visualización y monitoreo de determinantes sociales. C. Desarrollo de la plataforma de visualización e integración de bases de datos para el sistema de vigilancia de determinantes sociales. D. Elaboración de directrices de usuario para la plataforma de visualización y vigilancia de determinantes sociales. E. Capacitación de equipos en el uso de la plataforma de visualización y vigilancia de los determinantes sociales.	Eficiencia (AR 3)

Área y Línea Estratégica Definidas en el Programa de Gobierno	**Actividades Definidas en el Programa de Gobierno**	**Áreas de resultados (AR) Programa por Resultados del Banco Mundial**
28. Desarrollo de un marco de seguimiento de los resultados de la APS	A. Análisis de los indicadores disponibles en la APS y selección de aquellos que permitan una evaluación y seguimiento exhaustivos del desempeño de la APS. B. Generar las bases técnicas para construir una plataforma de visualización e integración de bases de datos para el marco de monitoreo de la APS. C. Desarrollo de la plataforma de visualización e integración de bases de datos para el marco de monitoreo de resultados de desempeño de la APS. D. Redacción de pautas para la plataforma de visualización del marco de resultados de desempeño de atención primaria. E. Capacitación de los equipos para utilizar la plataforma de visualización del marco de monitoreo del desempeño de la atención primaria.	Eficiencia (AR 3)
29. Creación e implementación de una entidad que salvaguarde la calidad del desempeño de la APS	A. Establecer la base y estructura de una institución que garantice la calidad en la atención primaria. B. Determinar la financiación de esta acción y definir qué costes cubren qué instituciones. C. Elaborar el proyecto de ley para la formación de una institución que vele por la calidad de la atención primaria.	Eficiencia (AR 3)

30. Desarrollo y definición de estándares de RRHH clínicos y de gestión general para establecimientos de APS.	A. Propuesta para ajustar el financiamiento de la APS en función de las necesidades de recursos humanos y la reducción de brechas. B. Estudio de impacto financiero para el cumplimiento de las normas de recursos humanos de la APS C. Formación de un grupo de trabajo con actores intra y extra MoH para la revisión y validación de las normas. D. Elaboración de recomendaciones para normas de recursos humanos en funciones clínicas. Análisis de la situación de las normas vigentes en materia de recursos humanos.	Eficiencia (AR 3)
Área y Línea Estratégica **Definidas en el Programa de Gobierno**	**Actividades** **Definidas en el Programa de Gobierno**	**Áreas de resultados (AR)** **Programa por Resultados del Banco Mundial**
31. Desarrollo y definición de estándares de equipamiento para instalaciones de APS.	A. Análisis del estado de los estándares actuales de los equipos. B. Elaboración de recomendaciones de equipos basadas en los hallazgos del análisis. C. Generación de directrices para el diseño y mantenimiento de equipos, con base en los hallazgos del análisis. D. Difusión de las directrices de disposición y mantenimiento de equipos en las diferentes líneas de gobernanza. E. Plan de normalización de las instalaciones para el cumplimiento de las normas de mantenimiento del equipo F. Ejecución del plan de estandarización de mantenimiento de equipos. G. Evaluación del plan de estandarización de mantenimiento de equipos.	Eficiencia (AR 3)
32. Desarrollo y definición de estándares de mantenimiento de infraestructura para instalaciones de APS.	A. Guía de generación de mantenimiento de infraestructura. B. Difusión de las directrices de mantenimiento de infraestructuras en las diferentes líneas de gobernanza. C. Plan de normalización de instalaciones para el cumplimiento de las normas de mantenimiento de infraestructuras. D. Evaluación del plan de estandarización de mantenimiento de infraestructura.	Eficiencia (AR 3)

33. Rediseño de los pagos per cápita y mecanismo de pago basado en el riesgo sanitario	A. Análisis del mecanismo de pago per cápita. B. Propuesta de un plan de pago per cápita y marco institucional asociado. C. Preparación de un nuevo decreto per cápita que incorpore las conclusiones del análisis	Eficiencia (AR 3)
34. Análisis y reconfiguración de las prestaciones de atención de salud	A. Estudio analítico sobre los procesos de prestación de recursos en la APS. B. Rediseño del proceso de asignación de recursos en la APS. C. Aplicación del rediseño del proceso de rendición de cuentas de la APS. D. Evaluación de la implementación del rediseño del proceso de rendición de cuentas de recursos en la APS.	Eficiencia (AR 3)
Área y Línea Estratégica Definidas en el Programa de Gobierno	**Actividades Definidas en el Programa de Gobierno**	**Áreas de resultados (AR) Programa por Resultados del Banco Mundial**
35. Análisis de la contribución municipal a la financiación de la atención primaria en los territorios	A. Estudio analítico sobre la contribución municipal al financiamiento de la APS. B. Preparación de sugerencias y recomendaciones basadas en los resultados del estudio analítico. C. Difusión de los resultados del estudio y sugerencias generadas sobre la contribución municipal a la atención primaria entre los interesados. D. Generación de recomendaciones para los municipios	Eficiencia (AR 3)
36. Revisión, análisis y rediseño de los pagos asociados a los recursos humanos en la APS (artículo 45, ley 19.378)	A. Estudio analítico sobre pagos asociados a recursos humanos en el marco de la ley 19.378 B. Preparación de sugerencias y recomendaciones basadas en los hallazgos. C. Difusión de los resultados del estudio y sugerencias generadas sobre la contribución municipal a la atención primaria entre los actores D. Análisis de posibles modificaciones legislativas y reglamentarias relacionadas con el pago asociado a recursos humanos. E. Implementación de las modificaciones legislativas y reglamentarias necesarias para ajustar los pagos asociados a los recursos humanos.	Eficiencia (AR 3)

37. Establecimiento de una escuela de liderazgo para habilidades gerenciales y de ejecución presupuestaria	A. Identificación de contenidos específicos para la formación de gestores municipales. B. Creación de un programa de liderazgo de alto nivel para la atención primaria. C. Establecimiento del mecanismo de adquisición de capacitación. D. Implementación de la escuela de liderazgo de alto nivel para la atención primaria	Eficiencia (AR 3)
38. Desarrollo de estándares para la infraestructura de las instalaciones de APS que deberían estar en su lugar para lograr una atención de salud progresiva para la población y reducir la brecha de atención de salud.	A. Análisis del estado de la infraestructura actual y las normas de sostenibilidad B. Creación de un grupo de trabajo técnico intersectorial. C. Preparación de recomendaciones basadas en los resultados del análisis y del grupo de trabajo. D. Generación de una propuesta para un nuevo Programa de Arquitectura Médica.	APS resiliente (AR 2)
39. Desarrollo y definición de estándares de mantenimiento de infraestructura para instalaciones de APS.	A. Análisis del estado de las normas actuales de mantenimiento de infraestructuras. B. Elaboración de recomendaciones de mantenimiento de infraestructura basadas en los hallazgos.	Eficiencia (AR 3)

Normativa Internacional en Materia de Derechos Humanos, Salud y Atención Primaria en Salud que Chile ha Suscrito

Tabla 12 Tratados y otras normas internacionales suscritas por Chile en materia de Derechos Humanos y salud

Tipo	Instrumento	Año de firma	Año de la ratificación, adhesión o sucesión	Menciones en materia de Salud
Tratado Internacional	Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	1966	1971	Artículo 5 En cumplimiento de las obligaciones fundamentales establecidas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados Partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, a la igualdad ante la ley, particularmente en el goce de los siguientes derechos: […] (e) Derechos económicos, sociales y culturales, en particular: […] (iv) **El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales**; […]
Tratado Internacional	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	1969	1972	
Tratado Internacional	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1969	1972	Artículo 12 1. Los **Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.** 2. Las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el presente Pacto para lograr la plena efectividad de este derecho incluirán las necesarias para: (a) La disposición para la reducción de la tasa de mortinatos y de la mortalidad infantil y para el desarrollo saludable del niño; (b) La mejora de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial; (c) La prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y otras; (d) **La creación de condiciones que aseguren a todos el servicio médico y la atención médica en caso de enfermedad.**
Tratado Internacional	Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer	1980	1989	Artículo 12 1. Los Estados Partes adoptarán todas las **medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención de la salud** a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención de la salud, incluidos los relacionados con la planificación de la familia. 2. No obstante lo dispuesto en el párrafo I del presente artículo, los Estados Partes **garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período postnatal,** concediendo servicios gratuitos cuando sea necesario, así como una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Tipo	Instrumento	Año de firma	Año de la ratificación, adhesión o sucesión	Menciones en materia de Salud
Tratado Internacional	Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	1987	1988	
Tratado Internacional	Convención sobre los Derechos del Niño	1990	1990	Artículo 241. Los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Parte se esforzarán por **garantizar que ningún niño sea privado de su derecho al acceso a esos servicios sanitarios**.2. Los Estados Partes procurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas adecuadas:(a) Disminuir la mortalidad infantil y juvenil;(b) Garantizar la prestación de la asistencia médica y sanitaria necesaria a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención sanitaria primaria;(c) Combatir las enfermedades y la malnutrición, incluso en el marco de la atención primaria de salud, mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable limpia, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de la contaminación ambiental;(d) Garantizar una atención sanitaria prenatal y postnatal adecuada a las madres;(e) Garantizar que todos los segmentos de la sociedad, en particular los padres y los niños, estén informados, tengan acceso a la educación y reciban apoyo en el uso de los conocimientos básicos sobre salud y nutrición infantil, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y la prevención de accidentes;(f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y los servicios de planificación familiar.3. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas con miras a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños.4. Los Estados Parte se comprometen a promover y fomentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán especialmente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Tipo	Instrumento	Año de firma	Año de la ratificación, adhesión o sucesión	Menciones en materia de Salud
Tratado Internacional	Convención Internacional sobre la protección de derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares	1993	2005	Artículo 28 **Los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir toda la atención médica que se requiera con urgencia para preservar su vida o evitar daños irreparables a su salud**, sobre la base de la igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Dicha asistencia médica de urgencia no podrá serles denegada por razón de cualquier irregularidad en materia de estancia o de empleo. Artículo 43 1. Los trabajadores migratorios gozarán de igualdad de trato con los nacionales del Estado de empleo en relación con: (e) Acceso a los servicios sociales y sanitarios, siempre que se cumplan los requisitos de participación en los respectivos regímenes; Artículo 45 1. Los familiares de los trabajadores migratorios gozarán, en el Estado de empleo, de igualdad de trato con los nacionales de ese Estado en relación con: (c) Acceso a los servicios sociales y sanitarios, siempre que se cumplan los requisitos de participación en los respectivos regímenes;
Tratado Internacional	Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía	2000	2003	
Tratado Internacional	Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos destinado a abolir la pena de muerte	2001	2008	
Tratado Internacional	Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados	2001	2003	
Tratado Internacional	Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes	2005	2008	

Tipo	Instrumento	Año de firma	Año de la ratificación, adhesión o sucesión	Menciones en materia de Salud
Tratado Internacional	Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas	2007	2009	
Tratado Internacional	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad	2007	2008	Artículo 25 - Salud Los Estados Parte r**econocen que las personas con discapacidad tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad**. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta el género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes: (a) Proporcionar a las personas con discapacidad la misma gama, calidad y nivel de atención sanitaria y programas gratuitos o asequibles que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y los programas de salud pública basados en la población; (b) Proporcionar los servicios sanitarios que necesitan las personas con discapacidades específicamente a causa de sus discapacidades, incluyendo la identificación e intervención tempranas, según proceda, y los servicios diseñados para minimizar y prevenir nuevas discapacidades, incluso entre los niños y las personas mayores; (c) Proporcionar estos servicios sanitarios lo más cerca posible de las propias comunidades, incluso en las zonas rurales; (d) Exigir a los profesionales de la salud que presten una atención de la misma calidad a las personas con discapacidad que a las demás, incluso sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras cosas, concienciando sobre los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad mediante la formación y la promulgación de normas éticas para la atención sanitaria pública y privada; (e) Prohibir la discriminación de las personas con discapacidad en la provisión de seguros de salud, y de seguros de vida cuando dichos seguros estén permitidos por la legislación nacional, que se proporcionarán de manera justa y razonable; (f) Impedir la denegación discriminatoria de atención sanitaria o de servicios de salud o de alimentos y líquidos por motivos de discapacidad.

Tipo	Instrumento	Año de firma	Año de la ratificación, adhesión o sucesión	Menciones en materia de Salud
Otras normas universales	Declaración de Alma Ata. sobre la atención primaria de salud	1978	s/i	VI. **La atención primaria de salud es** una atención sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, **que se hace universalmente accesible a los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden permitirse mantener en cada etapa de su desarrollo, con un espíritu de autosuficiencia y autodeterminación**. Forma parte integral tanto del sistema de salud del país, del que es la función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico general de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, acercando la asistencia sanitaria lo más posible al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituye el primer elemento de un proceso continuo de asistencia sanitaria. VIII. **Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales para poner en marcha y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud integral y en coordinación con otros sectore**s. Para ello, será necesario ejercer la voluntad política, movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.
Otras normas universales	Declaración sobre el derecho al desarrollo	1986	s/i	1. Los **Estados deben emprender, a nivel nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizarán, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos en su acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, la alimentación, la vivienda, el empleo y la justa distribución de los ingresos.** Deben adoptarse medidas eficaces para garantizar que las mujeres tengan un papel activo en el proceso de desarrollo. Deben llevarse a cabo reformas económicas y sociales apropiadas con vistas a erradicar todas las injusticias sociales.

Tipo	Instrumento	Año de firma	Año de la ratificación, adhesión o sucesión	Menciones en materia de Salud
Otras normas universales	Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA	2001	s/i	La realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es esencial para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA El respeto de los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA impulsa una respuesta eficaz 58. Para 2003, promulgar, reforzar o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas para **eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables, y para garantizarles el pleno disfrute de todos los derechos humanos** y libertades fundamentales, en particular para asegurar su acceso, entre otras cosas, a la educación, la herencia, el empleo, la atención sanitaria, los servicios sociales y de salud, la prevención, el apoyo y el tratamiento, la información y la protección jurídica, respetando al mismo tiempo su intimidad y confidencialidad; y desarrollar estrategias para combatir la estigmatización y la exclusión social relacionadas con la epidemia; 59. Para 2005, teniendo en cuenta el contexto y el carácter de la epidemia y que, a nivel mundial, las mujeres y las niñas se ven afectadas de forma desproporcionada por el VIH/SIDA, desarrollar y acelerar la aplicación de estrategias nacionales que promuevan el avance de las mujeres y el pleno disfrute de todos los derechos humanos por parte de las mujeres; promover la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para garantizar unas relaciones sexuales seguras; y capacitar a las mujeres para que tengan el control y decidan de forma libre y responsable sobre los asuntos relacionados con su sexualidad para aumentar su capacidad de protegerse de la infección por el VIH; 60. Para 2005, aplicar medidas para aumentar la capacidad de las mujeres y las adolescentes para protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de atención sanitaria y servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género dentro de un marco cultural y sensible al género; 61. Para 2005, garantizar el desarrollo y la aplicación acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute de todos los derechos humanos por parte de las mujeres y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, incluidas las prácticas tradicionales y consuetudinarias perjudiciales, los abusos, las violaciones y otras formas de violencia basado en género, los malos tratos y la trata de mujeres y niñas;

Tipo	Instrumento	Año de firma	Año de la ratificación, adhesión o sucesión	Menciones en materia de Salud
Otras normas universales	Declaración de Astaná sobre la atención primaria de salud	2018	s/i	I. Afirmamos firmemente nuestro compromiso con el derecho fundamental de todo ser humano al disfrute del más alto nivel posible de salud sin distinción de ningún tipo. **Convocados en el cuadragésimo aniversario de la Declaración de Alma-Ata, reafirmamos nuestro compromiso con todos sus valores y principios, en particular con la justicia y la solidaridad, y subrayamos la importancia de la salud para la paz, la seguridad y el desarrollo socioeconómico, y su interdependencia.**IV. Reafirmamos el papel y la responsabilidad primordiales de los gobiernos a todos los niveles en la promoción y protección del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud.VI. Apoyamos la implicación de los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad civil a través de su participación en el desarrollo y la aplicación de las políticas y los planes que tienen un impacto en la salud. (...) Protegeremos y promoveremos la solidaridad, la ética y los derechos humanos. (…)VII. (…) En la aplicación de esta Declaración, los países y las partes interesadas trabajarán juntos con un espíritu de asociación y cooperación eficaz al desarrollo, compartiendo conocimientos y buenas prácticas y respetando plenamente la soberanía nacional y los derechos humanos.
Normas para grupos específicos	Declaración de los Derechos del Niño	1959	s/i	Principio 4 El niño gozará de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse con salud; a tal fin, se le proporcionarán cuidados y protección especiales, tanto a él como a su madre, incluidos los cuidados prenatales y postnatales adecuados. El niño tendrá derecho a una alimentación, una vivienda, un esparcimiento y servicios médicos.
Normas para grupos específicos	Convenio Nº 182 de la OIT: Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil	1999	s/i	Artículo 3 A los efectos del presente Convenio, la expresión "las peores formas de trabajo infantil" comprende: d) los trabajos que, por su naturaleza o por las circunstancias en que se realizan, pueden perjudicar la salud, la seguridad o la moralidad de los niños.
Normas para grupos específicos	Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer	1993	s/i	Artículo 3 Las mujeres tienen derecho a disfrutar y proteger, en condiciones de igualdad, todos los derechos humanos y libertades fundamentales en el ámbito político, económico, social, cultural, civil o de cualquier otro tipo. Estos derechos incluyen, entre otros : (f) El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental; […]

Tipo	Instrumento	Año de firma	Año de la ratificación, adhesión o sucesión	Menciones en materia de Salud
Normas para grupos específicos	Plataforma de Acción de Beijing – La mujer y la salud	1995	s/i	Las mujeres tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de este derecho es vital para su vida y bienestar y para su capacidad de participar en todos los ámbitos de la vida pública y privada. […]
Normas para grupos específicos	Convenio (Nº 169) de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes	1989	s/i	Artículo 7 (2) La mejora de las condiciones de vida y de trabajo y de los niveles de salud y de educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser una cuestión prioritaria en los planes de desarrollo económico global de las zonas que habitan. Los proyectos especiales de desarrollo de las zonas en cuestión deberán estar concebidos de manera que promuevan dicha mejora. Artículo 20 (2) Los gobiernos deberán hacer todo lo posible para impedir toda discriminación entre los trabajadores pertenecientes a los pueblos interesados y los demás trabajadores, en particular en lo que respecta a: […] c) Asistencia médica y social, seguridad y salud en el trabajo, todas las prestaciones de la seguridad social y cualquier otra prestación relacionada con el trabajo, y la vivienda; […] Artículo 25 1. Los gobiernos deberán garantizar que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados, o proporcionarles recursos que les permitan concebir y prestar esos servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Los servicios de salud deberán, en la medida de lo posible, estar basados en la comunidad. Estos servicios deberán planificarse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus cuidados preventivos, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. 3. El sistema de asistencia sanitaria dará preferencia a la formación y el empleo de los trabajadores sanitarios de la comunidad local, y se centrará en la asistencia sanitaria primaria, manteniendo al mismo tiempo fuertes vínculos con otros niveles de servicios sanitarios. 4. La prestación de estos servicios sanitarios se coordinará con otras medidas sociales, económicas y culturales del país.

Tipo	Instrumento	Año de firma	Año de la ratificación, adhesión o sucesión	Menciones en materia de Salud
Normas para grupos específicos	Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas	2006	s/i	Artículo 21 1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación, a la mejora de sus condiciones económicas y sociales, incluidas, entre otras, las esferas de la educación, el empleo, la formación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social. Artículo 23 Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y otros programas económicos y sociales que les afecten y, en la medida de lo posible, a administrar dichos programas a través de sus propias instituciones. Artículo 24 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales vitales. Las personas indígenas también tienen derecho a acceder, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y sanitarios. 2. Las personas indígenas tienen igual derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados adoptarán las medidas necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.
Normas para grupos específicos	Normas estándar sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad	1993	s/i	22. El término "prevención" se refiere a las acciones destinadas a evitar la aparición de deficiencias físicas, intelectuales, psiquiátricas o sensoriales (prevención primaria) o a evitar que las deficiencias causen una limitación funcional permanente o una discapacidad (prevención secundaria). La prevención puede incluir muchos tipos de acciones diferentes, como la atención primaria de salud, los cuidados prenatales y postnatales, la educación en materia de nutrición, las campañas de inmunización contra las enfermedades transmisibles, las medidas de control de las enfermedades endémicas, las normas de seguridad, los programas de prevención de accidentes en diferentes entornos, incluida la adaptación de los lugares de trabajo para prevenir las discapacidades y enfermedades profesionales, y la prevención de la discapacidad resultante de la contaminación del medio ambiente o de los conflictos armados.

Tipo	Instrumento	Año de firma	Año de la ratificación, adhesión o sucesión	Menciones en materia de Salud
Normas para grupos específicos	Los Principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores	1991	s/i	1. Las personas mayores deben tener acceso a una alimentación adecuada, agua, vivienda, ropa y atención médica mediante la provisión de ingresos, apoyo familiar y comunitario y autoayuda; 11. Las personas de edad deben tener acceso a la atención de la salud para ayudarlas a mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional y para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.

Fuentes:

1. Normas Internacionales en Salud. Naciones Unidas. Consultado en junio de 2023. Fuente: https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health
2. Estado de ratificación por país y/o por tratado. naciones Unidas. Consultado en junio 2023. Fuente: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?CountryID=35&Lang=SP
3. Tratados internacionales suscritos y ratificados por Chile sobre Derechos Humanos. Recomendaciones internacionales con incidencia constitucional. Asesoría Técnica parlamentaria. Área de Gobierno, Defensa y Relaciones Internacionales. Nº SP: 123705. 2020. Biblioteca del Congreso Nacional. Fuente: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28223/1/Acuerdos_internacionales_e_incidencia_constitucional_rev_BH.pdf

Referencias Anexo Evaluación Social

- Comunicado público de la Asociación de ISAPRE de Chile en relación al proyecto de ley corta sobre IsapresISAPREo en mayo de 2023 al Parlamento para dar cumplimiento al fallo de la Tercera Sala de la Corte Suprema en materia de cobros a afiliados de ISAPRE. 11 de mayo 2023. Fuente: http://www.isapre.cl/images/PDF/Declaracion_AGICH_11052023.pdf
- Cronograma del proyecto de ley corta en el Senado. 22 de junio de 2023. Fuente: https://www.senado.cl/definen-cronograma-tentativo-para-tramitar-ley-corta-de-ISAPRE
- Declaración de Alma Ata. Septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Fuente: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf
- Declaración de Astaná. Septiembre de 2018. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Fuente: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?ua=1
- Decreto con Fuerza de Ley (DFL) Nº 25 que crea el Ministerio del Trabajo y Previsión Social con dos subsecretarías y el Ministerio de Salud Pública. 14 de octubre de 1959. Fuente: https://bcn.cl/2map9
- Decreto de Ley Nº 131 que crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. 01 de diciembre de 1924. Fuente: https://bcn.cl/3dwzb
- Decreto de Ley Nº 3.626. 19 de febrero de 1981. Del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Fuente: https://bcn.cl/3dxqw
- Decreto Nº 680 que Aprueba Instrucciones para el Establecimiento de Oficinas de Información para el Público Usuario en la Administración del Estado. 21 de septiembre de 1990. Ministerio del Interior. Fuente: https://bcn.cl/38siw
- Entrevista a Ministra de Salud Pública, Ximena Aguilera, sobre listas de espera: “Esperamos recuperar la producción de una año prepandémico este año”. 9 de febrero de 2023. El Mostrador. Fuente: https://www.elmostrador.cl/dia/2023/02/09/ministra-ximena-aguilera-sobre-listas-de-espera-esperamos-recuperar-la-produccion-de-un-ano-prepandemico-este-ano/
- Entrevista al Presidente Gabriel Boric en radio Sonar, minuto 19:30. 19 de diciembre de 2022. Fuente: https://www.t13.cl/noticia/politica/presidente-boric-reforma-salud-fines-proximo-ano-19-12-2022
- Estado de ratificación por país y/o por tratado. Naciones Unidas. Consultado en junio 2023. Fuente: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?CountryID=35&Lang=SP
- Estudio de Usuarios de Salud respecto de la Ley de Derechos y Deberes. 2015. Superintendencia de Salud. Fuente: https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-12611_recurso_1.pdf
- Fallo de la Tercera Sala de la Corte Suprema sobre cobros indebidos por parte de las ISAPRE a sus afiliados. Noviembre de 2022. Fuente: https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/noticias-del-poder-judicial/83477

- Informe 2021 Corporación Latinobarómetro. Fuente: https://www.latinobarometro.org/lat.jsp?Idioma=0&Idioma=0#:~:text=Informe%20Latinobar%C3%B3metro%202021
- Informe de Política Monetaria (IPOM) Marzo 2021. Banco Central. Fuente: https://www.bcentral.cl/contenido/-/detalle/informe-de-politica-monetaria-marzo-2021-1
- Informe Especial 2022 Las Nuevas Amenazas para la Seguridad Humana. PNUD. 2022 Fuente: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Informe%20Especial%202022%20-%20Las%20nuevas%20amenazas%20para%20la%20seguridad%20humana%20en%20el%20Antropoceno%20exigen%20una%20mayor%20solidaridad%20%28Panorama%20General%29.pdf
- Ley Nº 10.383 que modifica la Ley Nº4.054 relacionada con el seguro obligatorio y que crea el Servicio Nacional de Salud. 28 de julio de 1952. Fuente: https://bcn.cl/2lpr3
- Ley Nº 18.933 que crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, Dicta Normas para el otorgamiento de Prestaciones por Isapre y Deroga el Decreto con Fuerza de Ley Nº 3 de Salud, de 1981. 1990. Ministerio de Salud. 12 de febrero de 1990. Fuente: https://bcn.cl/2gwpn
- Ley Nº 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. 1995. Ministerio de Salud. 24 de marzo de 1995. Fuente: https://bcn.cl/2f8iv
- Ley Nº 19.650 que perfecciona normas del área de la salud. 19 de noviembre de 1999. Ministerio de Salud Pública. Fuente: https://bcn.cl/2gwzz
- Ley Nº 19.888 que Establece el Financiamiento Necesario para Asegurar los Objetivos Sociales Prioritarios del Gobierno. 14 de julio de 2003. Ministerio de Hacienda. Fuente: https://bcn.cl/3dxrb
- Ley Nº 19.895 Establece Diversas Normas de Solvencia y Protección de Personas Incorporadas a Instituciones de Salud Previsional, Administradoras de Fondos de Pensiones y Compañías De Seguros. 2003. Ministerio de Salud. 14 de agosto de 2003. Fuente: https://bcn.cl/2lu12
- Ley Nº 19.937 que Establece una Nueva Concepción de la Autoridad Sanitaria, Distintas Modalidades de Gestión y Fortalece la Participación Ciudadana. 30 de enero de 2004. Ministerio de Salud. Fuente: https://bcn.cl/2f7j5
- Ley Nº 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud. 2004. Ministerio de Salud. Fuente: https://bcn.cl/2fckl
- Ley Nº 20.015 que Modifica la Ley Nº 18.933 sobre Instituciones de Salud Previsional. 2005. Ministerio de Salud. 25 de agosto de 2004. Fuente: https://bcn.cl/2hmko
- Ley Nº 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 23 de abril de 2012. Ministerio de Salud Pública. Fuente: https://bcn.cl/2f7cj
- Ley Nº 20.724 que Modifica el Código Sanitario en Materia de Regulación de Farmacias y Medicamentos. 30 de enero de 2014. Ministerio de Salud Pública. Fuente: https://bcn.cl/2om64
- Ley Nº 20.850 que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y que rinde homenaje póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos. 01 de junio de 2015. Ministerio de Salud Pública. Fuente: https://bcn.cl/2fpjz

- Ley Nº 4.054 que crea el Seguro Obrero. 08 de septiembre de 1924. Fuente: https://bcn.cl/2ngaz
- Ley Nº18.469 que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y que crea un régimen de prestaciones de salud. 14 de noviembre de 1985. Ministerio de Salud Pública. Fuente: https://bcn.cl/2f7ib
- Normas Internacionales en Salud. Naciones Unidas. Consultado en junio de 2023. Fuente: https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health
- Política Nacional de Desarrollo Rural 2014 – 2024. Consultado en junio de 2023. Fuente: https://www.odepa.gob.cl/wp-content/uploads/2018/10/Poli%CC%81tica-Nacional-de-Desarrollo-Rural.pdf
- Poverty and Shared Prosperity. 2022. Banco Mundial. Fuente: https://www.worldbank.org/en/publication/poverty-and-shared-prosperity
- Primera ronda Encuesta Social Covid-19. Julio de 2020. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Fuente: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-social-covid19-primera-ronda
- Programa de Gobierno Apruebo Dignidad. 2021. Fuente: https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%2Bde%2Bgobierno%2BAD%2B2022-2026%2B%282%29.pdf
- Seguridad Humana. Párrafo 143 del Documento Final de la Cumbre 2005, resolución 6’/1. Asamblea General de Naciones Unidas. Fuente: https://www2.ohchr.org/spanish/bodies/chr/docs/wsoutcome2005_sp.pdf
- Sexta ronda Termómetro de Salud Mental en Chile. 07 de diciembre de 2022. UC -ACHS. Fuente: https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/noticias-2022/achs-149852/tms-rond-6-conferencia.pdf
- Tratados internacionales suscritos y ratificados por Chile sobre Derechos Humanos. Recomendaciones internacionales con incidencia constitucional. Asesoría Técnica parlamentaria. Área de Gobierno, Defensa y Relaciones Internacionales. Nº SP: 123705. 2020. Biblioteca del Congreso Nacional. Enero de 2020. Fuente: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28223/1/Acuerdos_internacionales_e_incidencia_constitucional_rev_BH.pdf
- Word Inequality Report. 2022. World Inequality Lab. Fuente: https://wir2022.wid.world/