



Reforma al Sistema de Salud

UNA AGENDA DE TRANSFORMACIONES

I. INTRODUCCIÓN

La salud de una población es la mayor riqueza de un país. Chile ha sido manifiesto de aquello, demostrando a lo largo de su histórica tradición sanitaria, su contribución al desarrollo humano, social y económico por más de un siglo. Sin embargo, la desigualdad en salud, evidenciada en el acceso y sus resultados poblacionales, aún sigue siendo la peor de las injusticias del Chile actual.

Hoy por hoy, **las personas no sienten que el sistema responda a sus expectativas en cuanto a dignidad**, incluyendo aspectos de trato, protección y acceso. La satisfacción ciudadana con el sistema de salud es de un 39%, cifra lejana al promedio de la OCDE que alcanza el 71% ¹. Previo a la pandemia, un estudio de la Superintendencia de Salud ² refuerza lo señalado, donde sólo un 30% de las personas encuestadas se sentía protegida por el sistema sanitario. Aquella fue la peor cifra registrada desde que se realiza el estudio, y los problemas se centran en la atención en personas afiliadas a FONASA y en el costo de las prestaciones en personas afiliadas a ISAPRE. El problema, particularmente, se ha expresado en los centros de salud públicos, los cuales alcanzan sólo un 25% de satisfacción, frente a un 45% de insatisfacción. Por otro lado, en dicha encuesta, un 25% de las personas confía que recibirá un tratamiento efectivo cuando lo necesite, dando cuenta del desacople entre las expectativas de las personas y el desempeño del sistema sanitario. Por su parte, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) identificó que los servicios de salud son el tercer lugar donde las personas experimentan más malos tratos en Chile, siendo el primero en el caso de las mujeres ³. Este maltrato dentro de los servicios de salud replica y profundiza la discriminación social prevalente hacia ciertos grupos, como son la diversidad de género, la neurodiversidad, las personas mayores, los pueblos originarios, los migrantes y otras personas en situación de vulnerabilidad. Con este escenario, resulta razonable que la salud se mantenga de manera consistente entre las primeras tres causas de preocupación

¹ OECD (2021) Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.

² Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud (2019). Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud

³ PNUD (2017). Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Santiago de Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

ciudadana ^{4,5}. En síntesis, el sistema de salud está marcado por incertidumbre de oportunidad y calidad en el sector público, e incertidumbre de costos en el sector privado, configurando una falta de dignidad y seguridad social en materia sanitaria. Esfuerzos para sobreponerse a estos desafíos requieren abordar no solamente la falta de recursos, sino también las insuficiencias en la gestión y del modelo de cuidados, así como también abordar la estructura y normas en torno al financiamiento global del sector.

Lo anterior se torna aún más complejo al considerar que **la situación de enfermedades crónicas, incluyendo de salud mental y discapacidad, se está agravando**. Las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2003, 2010 y 2017 han demostrado el incremento gradual de adultos que viven con dos o más condiciones crónicas, cifra que hoy se estima en 11 millones de personas. Estas personas requieren atención médica y cuidados sanitarios de por vida, generando un desafío para las redes de salud ⁶. De este grupo, cerca de 2.5 millones de personas viven con cinco o más condiciones crónicas simultáneamente, lo que complejiza la respuesta sanitaria requerida y apunta a la necesidad de modelos de cuidados integrales. Algunas de esas enfermedades crónicas y sus condicionantes según la misma encuesta muestran las siguientes prevalencias en adultos: caries cavitadas (55%), hipertensión arterial (27,6%), dislipidemia (46%), diabetes (12,3%), tabaquismo (33,4%), consumo de alcohol problemático (12%), síntomas depresivos (15,8%), consumo excesivo de sal (98%), bajo consumo de frutas y verduras (85%), sedentarismo de tiempo libre (87%) y obesidad (34,4%) ⁷. De esta manera, las enfermedades crónicas dan cuenta del 83,9% de los años de vida saludable perdidos en Chile, una cifra mayor en comparación internacional y con una sostenida tendencia al alza ⁸. En población infanto-juvenil se observa un alto nivel de adicciones ⁹ y otros problemas de salud mental ¹⁰, muchas veces expresadas como trastornos del comportamiento lo que alcanza el 21,7% de los niños y niñas ¹¹. El sobrepeso y obesidad alcanza un tercio de los niños y niñas en edad escolar ¹², en tanto la prevalencia de caries en menores de 6 años es del 49% ¹³. Ahora bien, este escenario es aún más grave en el caso de personas que viven en situación de vulnerabilidad socioeconómica, puesto que estas concentran los peores indicadores de daño en salud ¹⁴.

⁴ Encuesta Centro de Estudios Públicos (CEP) N° 89, junio-julio 2023.

⁵ Encuesta Plaza Pública CADEM - Segunda semana de julio 2023.

⁶ Margozzini, P., & Passi, Álvaro. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 43(1), 30–34.

⁷ Encuesta Nacional de Salud 2016 – 2017, Ministerio de Salud, Chile.

⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/chile>

⁹ <https://www.senda.gob.cl/sendada-conocer-resultados-del-14-estudio-de-drogas-en-poblacion-escolar/>

¹⁰ Defensoría de la Niñez (2022). Estudio de políticas públicas relacionadas con la salud mental de niños, niñas y adolescentes. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247339/>

¹¹ Bedregal, P. (2022). Efectos de la pandemia por Coronavirus en la salud física, nutricional y mental de niños, niñas y adolescentes en Chile 2020. UNICEF.

¹² Mapa Nutricional JUNAEB. Informe resultados julio 2023

¹³ Encuesta Nacional de Salud 2016 – 2017, Ministerio de Salud, Chile

¹⁴ IBIDEM

Por ello se sostiene que la **gran condicionante estructural de las inequidades de salud es la inequidad social**. La evidencia científica indica que los resultados de salud dependen en un 50% de los determinantes sociales de la salud y solo en un 25% de las acciones de salud ¹⁵. Así es como observamos diferencias significativas entre diversos grupos sociales, sea estratificado por nivel de ingresos, ocupación, educación, u otra variable correlacionada con el status socioeconómico. Por ejemplo, la mortalidad infantil, ámbito donde nuestro país exhibe resultados competitivos con países de mayor nivel de desarrollo¹⁶ muestra cifras en comunas de bajos ingresos que duplican aquellas obtenidas por comunas de altos ingresos. También, la sospecha de diabetes medida en la misma Encuesta Nacional de Salud antes mencionada alcanza un nivel 3,3 veces más alto en personas con menor nivel de escolaridad (menos de 8 años) que en personas con más de 12 años de escolaridad ¹⁷. Según el último Estudio Nacional de Discapacidad 2022¹⁸, un 17.6% de la población adulta chilena presenta discapacidad, siendo esta cifra mayor en mujeres (21.9%) que en hombres (13.1%). Asociado a lo anterior, el porcentaje de personas con discapacidad es mayor en los quintiles de menores ingresos (21.9% Quintil I vs 13.5% Quintil V). Es así como amplios estudios nacionales e internacionales confirman que *la justicia social es cuestión de vida o muerte* ¹⁹, lo que implica que los esfuerzos de Reforma necesariamente deben buscar estrategias que abordan la equidad en las condiciones de vida y transformaciones para que el modelo de cuidado basado en la atención primaria tome en cuenta estas realidades territoriales.

Uno de los determinantes sociales de salud más reconocibles es el ingreso. Este impacta por múltiples mecanismos en las oportunidades que tienen las personas de alcanzar su mayor potencial en salud, como, por ejemplo, a la calidad del barrio, de la vivienda, del trabajo y descanso, o de la educación al que acceden las personas y que influyen en su salud. Por otra parte, el ingreso tiene además una relación directa con el acceso a las prestaciones de salud, sobre todo cuando estas gozan de escasa protección en la seguridad social. Al respecto, **tanto el gasto de bolsillo como el gasto catastrófico en salud sigue siendo muy alto para las personas**, afectando al 4,1% de los hogares chilenos que gastan más del 30% de sus ingresos en un año ²⁰. Entre 2006 y 2016, la proporción de hogares que gastó el 10% o más de su

¹⁵ Donkin, Angela & Goldblatt, Peter & Allen, Jessica & Nathanson, Vivienne & Marmot, Michael (2017). Global action on the social determinants of health. BMJ Global Health.

¹⁶ Infant Mortality Rate, Chile. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=CL>

¹⁷ Encuesta Nacional de Salud 2016 – 2017, Ministerio de Salud, Chile.

¹⁸ III Estudio Nacional de Discapacidad, ENDISC 2022

https://www.senadis.gob.cl/pag/693/2004/iii_estudio_nacional_de_la_discapacidad

¹⁹ Marmot, M. Fair society, healthy lives: The Marmot Review: Strategic review of health inequalities in England post-2010. ISBN 9780956487001

²⁰ Bruzzo, S. (2018). Radiografía del gasto de bolsillo de salud en Chile: una mirada desagregada. Centro de Estudios Públicos. Puntos de Referencia N° 478, marzo 2018.

presupuesto familiar en salud incrementó de 9% a 15% ²¹, lo que demuestra un aumento considerable a pesar de múltiples políticas y legislaciones que han buscado resolver esto como han sido las Garantías Explícitas en Salud (GES) y la Ley Ricarte Soto. Se torna necesario avanzar en una nueva estructura de seguridad social, que ofrezca protección financiera efectiva a los hogares, reduciendo la dependencia del financiamiento del gasto de bolsillo, la que actualmente alcanza casi un tercio del financiamiento ²² y que, a su vez, apoye la consecución de las transformaciones del modelo de cuidado, la modernización y eficiencia en la gestión necesarias para lograr los objetivos que se plantean.

La **crisis climática y otros riesgos** generan escenarios cambiantes, con la transmisión de nuevas enfermedades, agravamiento de la salud en poblaciones expuestas a olas de calor y frío, sequías, inundaciones, contaminación atmosférica, incendios forestales, entre otras. Muestra de esto ha sido la crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19, la que ha resaltado las desigualdades sociales y ha tenido un gran impacto en nuestra población, reflejando los déficits del sistema en cuanto a prevención, vigilancia y respuesta. A pesar de los grandes esfuerzos realizados, al evaluar el exceso de mortalidad durante la pandemia de COVID-19, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Chile presentó la tercera cifra más alta de los países considerados de altos ingresos por el Banco Mundial ²³. Junto a lo anterior, dada la alta demanda asistencial durante la pandemia y la limitada capacidad del sistema de salud para mantener sus funciones esenciales, se produjo un considerable desplazamiento en la atención de otro tipo de patologías, lo que ha traído como consecuencia una importante cantidad de personas en espera de atención de sus problemas de salud. Como ejemplo, se observó un descenso en servicios de atención del cáncer, los cuales se redujeron en un tercio durante el año 2020, principalmente en mujeres y personas afiliadas al FONASA, estimándose la pérdida del diagnóstico temprano en 5.132 personas en los cuatro tipos más frecuentes de cáncer en el país ²⁴. De hecho, producto del retraso en el diagnóstico en 5 de los cánceres más prevalentes en Chile (mama, cuello uterino, colorrectal, próstata y estómago), se estima un exceso de 3.542 muertes por cáncer entre los años 2022 y 2030, la mayor parte a ocurrir antes del 2025 ²⁵. Esta misma situación se observa para los problemas de salud mental y otras enfermedades. Lo anterior, hace explícita la necesidad de

²¹ Cid C, Flores G, Del Riego A, Fitzgerald J (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2021, Sep 24;45:e95

²² OECD Data 2022. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

²³ World Health Organization (2023) Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates). <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>

²⁴ Cuadrado C, Vidal F, Pacheco J, Flores-Alvarado S. Acceso a la atención del cáncer en los grupos vulnerables de la población de Chile durante la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2022; 46:e77

²⁵ Ward ZJ, Walbaum M, Walbaum B, et al. Estimating the impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis and survival of five cancers in Chile from 2020 to 2030: a simulation-based analysis. *Lancet Oncol*. 2021;22(10):1427-1437. doi:10.1016/s1470-2045(21)00426-5

optimizar el funcionamiento y resiliencia del sistema de salud para responder a futuras crisis y proteger la salud de la población.

En consecuencia, la urgencia de cambios sentida por la ciudadanía y por los actores del sistema es imperativa pues queda en evidencia que el sistema sanitario requiere innovaciones y cambios para responder a estos nuevos retos. Dichas transformaciones deben abordar las principales problemáticas estructurales, que serán abordadas por los siguientes capítulos de este documento, incluyendo la fragmentación de los cuidados, las brechas de modernización, la segmentación y otras debilidades institucionales, todas las que mantienen ineficiencias, acceso diferenciado de acuerdo a la capacidad de pago de las personas y pérdidas de oportunidades para impactar positivamente en la vida de las personas. Así también, la mayoría de los países del mundo enfrentan problemáticas similares, motivo por el cual la Organización Mundial de la Salud ha realizado un llamado a una reorientación radical de los sistemas de salud hacia un enfoque basado en atención primaria ²⁶, desde donde impulsar transformaciones del modelo de cuidados y de la gestión de las redes territoriales, con el fin de ofrecer una respuesta integral, social y sanitario a las necesidades de las personas. Es por esto que el gobierno del Presidente Gabriel Boric se encuentra impulsando una reforma integral al Sistema de Salud, cuyo corazón está en la Atención Primaria de Salud, y que mediante una agenda de transformaciones integral avanzará en otorgar acceso universal oportuno y de calidad, según necesidad, abordando las condiciones de vida y vulnerabilidad social, modernizando el sistema y contribuyendo así a mejorar la dignidad en los cuidados de las personas, generando también mayor protección financiera y un uso más eficiente de los recursos. Esto se abordará a través de la apertura de espacios para lograr un sistema de salud que integre socialmente, preparado para el futuro, que sea motivo de orgullo nacional, y que sea capaz de mejorar la salud de la población otorgando mayor equidad en sus resultados, y de esta forma aportar al desarrollo social y humano de Chile.

²⁶ World Health Organization (2023). Reorienting health systems to primary health care as a resilient foundation for universal health coverage and preparations for a high-level meeting of the United Nations General Assembly on universal health coverage. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_5-en.pdf

II. PRINCIPIOS Y VALORES QUE SUSTENTAN LA PROPUESTA DE AGENDA DE TRANSFORMACIONES DE LA REFORMA

Los principios y valores que sustentan la propuesta de reforma de salud son los siguientes:

1. **Derecho a la Salud, Universalidad y Solidaridad:** Los derechos humanos son de naturaleza política o moral -antes que legal- y protegen intereses humanos fundamentales que conllevan deberes positivos para los Estados ^{27, 28, 29, 30, 31, 32}. Entre éstos se encuentra el Derecho a la Salud que se refiere al reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ³³. Este derecho no se limita solo al derecho a la atención de la salud, sino que abarca los factores socioeconómicos que promueven las condiciones a través de las cuales las personas pueden llevar una vida sana. Consecuentemente, el derecho a la salud resulta extensivo a los factores determinantes sociales de la salud.

Una cualidad fundamental del derecho a la salud, como cualquier derecho, es la **universalidad** de su aplicación, es decir, impone deberes al Estado en el ámbito sanitario para con toda la población, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Esto a su vez conlleva la existencia de medidas, permanentes o transitorias, que igualan las posibilidades de realización efectiva del derecho, incluyendo el abordaje de las causas subyacentes y sistémicas de la discriminación por cualquier factor. De esta manera, las acciones son universales, pero con una intensidad proporcional al nivel de desigualdad ³⁴. Esto permite transitar de una universalidad nominal, a una **universalidad efectiva**.

La Solidaridad, entendida como el deber de ayuda recíproca, implica que la sociedad en su conjunto, y como responsabilidad compartida, colabora para la realización del derecho. Esto constituye un prerrequisito para alcanzar la universalidad del derecho a la salud y se

²⁷ Donnelly, J. (1982). Human rights and human dignity: An analytic critique of Non-Western conceptions of human rights. *American Political Science Review*, 76(2), 303–316

²⁸ Waldron, J. (1993). A right-based critique of constitutional rights - JSTOR. <https://www.jstor.org/stable/764646>

²⁹ Shue, H. (1996). *Basic rights, subsistence, affluence and US foreign policy*. 2nd ed. Princeton University Press

³⁰ Gewirth, A. (1996). *The community of rights*. University of Chicago Press.

³¹ Raz, J (2010). *Human Rights without Foundations*. In Samantha Besson & John Tasioulas (eds.), *The Philosophy of International Law*. Oxford Press.

³² Sen, A. (2004). Elements of a theory of human rights. *Philosophy & Public Affairs*, 32(4), 315–356.

³³ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

³⁴ Marmot, M. *Fair society, healthy lives: The Marmot Review: Strategic review of health inequalities in England post-2010*. (2010) ISBN 9780956487001

expresa donde las personas con más recursos aportan hacia quienes tienen menos, los sanos a los enfermos, los hombres a las mujeres, los jóvenes a los ancianos y, por último, desde los ocupados a los desocupados.

- 2. Libertad y Justicia Social:** La libertad se entiende tanto como la eliminación de interferencias o ataduras al quehacer individual, como también la posesión de recursos para ejercer dicho quehacer ³⁵. Entendido así, la libertad requiere como precondition a la justicia social. En otras palabras, la libertad existe en función de la existencia de igualdad y justicia, y cuando se presentan oportunidades para escoger entre alternativas reales.

En tanto, la justicia implica que cada persona tiene derecho a libertades amplias y crecientes, en un esquema compatible con la igualdad generalizada de ese derecho, y que cualquier desigualdad social se justifica para beneficiar a los menos aventajados de la sociedad ³⁶. De esta manera, la igualdad del derecho a la salud, entendida como un recurso para la libertad, es fundamental para la justicia social. A esto se agrega que el foco debe estar puesto en generar un beneficio para los más desaventajados, y que las condiciones sociales permiten realizar la potencialidad en salud de cada persona ³⁷.

- 3. Participación y legitimidad social:** La participación social en salud es tanto un medio como un fin. Constituye uno de los pilares para la formulación, desarrollo y evaluación de las políticas y programas sectoriales con legitimidad ^{38, 39} ya que se entiende que la participación es un mecanismo que permite que la comunidad exprese sus preferencias y expectativas, y, a su vez, sirva de instancia de fiscalización por parte de la comunidad de la calidad, efectividad y oportunidad del servicio y del uso eficiente de los recursos. De esta forma, exige transparencia tanto en el desarrollo como en el resultado del proceso, asegurando la legitimidad social del sistema de salud y permitiendo entregar una respuesta a la insatisfacción ciudadana ^{40, 41}. Además, la participación social ha mostrado una correlación con los niveles de cohesión social, con la salud y calidad de vida de la población

³⁵ Sen, A (1999). *Development as Freedom*. Oxford University Press

³⁶ Rawls, J. (1999a). *A theory of justice*. Belknap Press of Harvard University Press.

³⁷ Allen, L. N. (2022). The philosophical foundations of 'health for all' and universal health coverage. *International Journal for Equity in Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01780-8>

³⁸ Potts, H. (2008) Participation and the right to the highest attainable standard of health. UNSPECIFIED. Human Rights Centre, Colchester, Essex.

³⁹ Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*. 2001;16(3):21–230

⁴⁰ Birkeland, S (2021). Is greater patient involvement associated with higher satisfaction? Experimental evidence from a vignette survey. *BMJ Quality & Safety*, 31(2), 86-93.

⁴¹ Holetz, T (2022). Representation in participatory health care decision-making: Reflections on an application-oriented model. *Health Expectations*, 25(4), 1444-1452.

^{42, 43}, contribuyendo de esta manera a la generación de salud. Y más allá de estos beneficios, reconocer el valor de las preferencias y opiniones de las personas, y que éstas influyen en lo que efectivamente sucede, en otras palabras reconociendo el poder de la persona, constituye una reafirmación de la dignidad esencial de las persona como legítimo otro, y por ende constituye un fin en sí mismo ⁴⁴.

III. OBJETIVOS DE LA AGENDA DE TRANSFORMACIONES DE LA REFORMA

El objetivo principal de la agenda de transformaciones propuesto en la Reforma es: **Mejorar la salud de la población garantizando el derecho a la salud de todas las personas, a partir de sus expectativas y aspiraciones, e incorporando mecanismos de disminución de las inequidades sanitarias.**

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. **Mejorar la salud y bienestar de la población** a través de un sistema que dé cobertura y acceso universal a salud con equidad, con énfasis en fortalecer la atención primaria de salud.
2. **Centrar la acción del sistema sanitario en torno a las personas**, tomando en cuenta sus necesidades, expectativas y experiencias, dando mejor respuesta a éstas, otorgando seguridad y confianza.
3. **Avanzar hacia un sistema de salud que construye salud y bienestar** como acción de todo el Estado, intersectorialmente y no solo del sector salud, con base territorial.
4. **Otorgar mayor protección financiera** a las personas en su acceso a salud, disminuyendo el gasto de bolsillo y evitando el gasto catastrófico en salud.

⁴² Lestari, S. K. (2021). A longitudinal study on social support, social participation, and older Europeans' quality of life. *SSM - Population Health*, 13, 100747.

⁴³ S.J. Milner (2003) 'Fit for purpose' health impact assessment: a realistic way forward. *Public Health*, 117, pp. 295-300

⁴⁴ PNUD (2017). *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago de Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

5. **Avanzar hacia un sistema de salud preparado para el futuro, resiliente**, capaz de prevenir, pesquisar y responder oportunamente a desafíos sanitarios actuales y emergentes.

IV. DISEÑO DE LA AGENDA DE TRANSFORMACIONES Y REFORMA A LA SALUD

Se conformó una Comisión de Reforma en el seno del Ministerio de Salud para llevar adelante la agenda de transformaciones utilizando una integralidad de herramientas de formulación e implementación de política pública como modificaciones de procesos y gestión, cambios reglamentarios y normativos, ajustes a legislación vigente y nuevos proyectos de ley, entre otras. Dada la urgencia necesaria de cambios concretos que generen impacto en la vida de las personas, y para asegurar la factibilidad y pertinencia territorial, se ha optado por seguir un proceso de transformación caracterizado por ciclos iterativos de implementación progresiva e incremental. Esto implica que cada una de las estrategias emprendidas tiene diferentes niveles de desarrollo y tiempos propios de desarrollo, formulación, implementación, evaluación y perfeccionamiento.

La agenda de transformaciones se ha organizado en torno a 4 ejes, inter-dependientes, que permiten avanzar progresivamente en la salud universal con equidad:

EJE GARANTIZAR LA COBERTURA UNIVERSAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

EJE GENERAR CONDICIONES DE VIDA SALUDABLE CON EQUIDAD

EJE DIGNIFICAR Y MODERNIZAR EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

EJE CONSTRUIR UN NUEVO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

A continuación, se describe cada uno de los Ejes, con sus líneas estratégicas de avances para los siguientes años, las que pueden ser modificadas y complementadas con nuevas líneas en la medida que se generen condiciones sociales, políticas, financieras u otras que lo habiliten. De esta manera, lo que se establece en este documento precisa un momento de la historia, la que se podrá ir modificando a la luz de nuevos antecedentes.

EJE: GARANTIZAR LA COBERTURA UNIVERSAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Palabras claves: Salud universal, bienestar social, calidad de vida, acceso universal, cobertura universal, modelo de cuidados sociosanitario, cuidados centrados en las personas

1. INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia primordial de salud pública. Es el lugar de primer encuentro de las personas con el sistema sanitario, por ende, fundamental en su experiencia y construcción de confianza con el sistema, como también en la mantención de la salud de las personas mediante múltiples estrategias y programas sanitarios. Pero además es fundamental como pilar de resiliencia y seguridad sanitaria al ser la primera puerta de entrada que brinda respuestas ante emergencias sanitarias de diversa índole, conociendo el territorio y la población donde se inserta, otorgando por tanto una respuesta pertinente y adaptativa. El fortalecimiento de la APS ha sido considerado por la OMS como la estrategia con mayor eficacia, efectividad e inclusividad para la mejora del estado de salud de las personas y comunidades. Sólida evidencia científica muestra que países con una estrategia de APS fortalecida muestran mejores resultados sanitarios, y efectos positivos en la calidad de vida de las personas, la carga de enfermedad y la mortalidad general, entre otros ^{45, 46, 47}. A su vez, amplia evidencia respalda el impacto económico positivo de la APS ⁴⁸. A su vez, es relevante contar con sistemas de coordinación de cuidados, en base a profesionales de cabecera para evitar el uso innecesario de intervenciones en salud que pueden generar daño. Evidencia internacional sugiere que existe un sobre-diagnóstico y un sobre-tratamiento de enfermedades, con cuidados que son de bajo valor sanitario, donde hasta un 30% de la atención médica es de bajo valor, en otras palabras, que desperdicia recursos, y hasta un 10% genera daño ⁴⁹. La problemática del daño provocado por intervenciones en salud es tan antigua como la célebre frase *primum non nocere* de Hipócrates, y

⁴⁵ Starfield B (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*;83(3):457-502.

⁴⁶ Macinko J (2007). Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv*. 2007;37(1):111-26.

⁴⁷ Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.

⁴⁸ World Health Organization (2018). *Building the economic case for primary health care: a scoping review*.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48>

⁴⁹ Kuhlein T, Macdonald H, Kramer B, Johansson M, Woloshin S, McCaffery K et al. Overdiagnosis and too much medicine in a world of crises *BMJ* 2023; 382 :p1865

es materia de preocupación en la literatura científica actual, con estimaciones que van desde 1% de muertes en hospital, hasta la tercera causa de muerte en general 50,51,52,53 .

Chile cuenta con una larga tradición de salud pública y de Atención Primaria de Salud. Contamos con una extensa red de establecimientos distribuidos a lo largo de todo el país, con Centros de Salud Familiar y Hospitales Comunitarios que atienden poblaciones inscritas de sus territorios y entre ambos suman más de 700 establecimientos. También disponemos de dispositivos de mediano tamaño para acercar las soluciones de salud a las personas, tanto por medio de los Centros Comunitarios de Salud Familiar y las Postas de Salud Rural, que en conjunto suman más de 1400 establecimientos que operan con una dotación fija, complementado con rondas de equipos profesionales como extensión de los establecimientos de mayor tamaño. Así también contamos con una red de urgencias de Atención Primaria compuesta actualmente por más de 480 dispositivos, la mitad correspondiendo a la estrategia Servicio de Urgencia de Atención Primaria (SAPU), en sus variantes de corta o larga extensión, un tercio de la estrategia Servicio de Urgencia Rural (SUR), en cualquiera de sus tres niveles de intensidad de recursos, y el resto, equivalente a más de 80 establecimientos, los Servicios de Urgencia de Atención Primaria de Alta Resolutividad (SAR). Además, a esto se suma una amplia variedad de dispositivos, algunas de iniciativa Ministerial como son las Unidades de Atención Primaria Oftalmológica, las Unidades de Atención Primaria Otorrinolaringológicas y otros dispositivos de iniciativa local, como son unidades insertas en el territorio para atención de la cartera general, farmacias comunales, centros dentales o de especialidad, y otras.

La APS cuenta entre sus inscritos a más de dos tercios de la población en Chile (más de 14 millones de personas) y más de 70 mil trabajadoras y trabajadores de diversas áreas de la salud, incluyendo profesionales de medicina, enfermería, matronería, odontología, kinesiología, nutrición, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, química y farmacia, de la educación, entre otras, además de equipos técnicos que ejercen igualmente una labor imprescindible para el buen desempeño de estos establecimientos. Así también, se cuenta con una amplia red de consejos de usuarios organizados al alero de cada establecimiento, como también facilitadores o monitores de la comunidad que cumplen diversos roles, que abarcan desde ayudar a los usuarios en su navegación por la red, hasta otras instancias de apoyo intercultural, asistencia espiritual, entre otras funciones relevantes. A su vez, la cartera de prestaciones que desarrollan estos equipos, en base a un modelo de salud integral familiar y comunitario, cubre todo el ciclo vital y etapas de

50 Bates DW, Levine DM, Salmasian H, et al. The safety of inpatient health care. *N Engl J Med.* 2023;388(2):142–153.

51 Rogne T, Nordseth T, Marhaug G, et al. Rate of avoidable deaths in a Norwegian hospital trust as judged by retrospective chart review. *BMJ Quality & Safety* 2019;28:49-55.

52 Hogan H, Zipfel R, Neuburger J, Hutchings A, Darzi A, Black N et al. Avoidability of hospital deaths and association with hospital-wide mortality ratios: retrospective case record review and regression analysis *BMJ* 2015; 351 :h3239

53 Makary M A, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US *BMJ* 2016; 353 :i2139

desarrollo de las enfermedades, desde la prevención esencial, antes del desarrollo de las condiciones que provocan enfermedad mediante la promoción de la salud, acciones preventivas para evitar riesgos específicos mediante acciones como la vacunación o programas de estimulación cognitiva y funcional en personas mayores, acciones de pesquisa temprana de condiciones de riesgo mediante los controles o exámenes preventivos del niño/a, adolescente, adulto y persona mayor, acciones de programas para condiciones específicas como la salud cardiovascular, el embarazo, la salud mental, la salud respiratoria, entre otras, como también una amplia oferta de atención espontánea para problemas inminentes de enfermedad aguda como son las consultas médicas, odontológicas y de salud de la mujer.

A pesar de esta presencia en todo el territorio nacional con un equipo interdisciplinario y una cartera de prestaciones integral con fuerte énfasis preventivo, el acceso a la estrategia de atención primaria es desigual. Por un lado, está restringida únicamente para aquellas personas que son beneficiarias del FONASA y que, voluntariamente, se han inscrito en algún centro de salud primaria, lo que se traduce en una segmentación del sistema y en un acceso desigual, y por otro lado existe un despliegue heterogéneo de la misma a lo largo del territorio nacional, lo que se detallará más adelante en la última línea estratégica de este eje. Garantizar la cobertura universal a la APS implica que ésta sea la misma para quien vive en un sector de mayor nivel socioeconómico, como para quien vive en una zona aislada y empobrecida, con el fin de que todas las personas, independientemente de su seguro de salud o capacidad económica puedan acceder de forma efectiva a cuidados de calidad, centrados en sus necesidades, y cercanos a los lugares donde éstas viven y se desenvuelven, además de desarrollar estrategias que aborden a los territorios en su integralidad, incluyendo lo social y ambiental, con un foco fuertemente preventivo. Esto implica un fortalecimiento de la calidad, modernización y resolutivez de la APS, para que no solamente sea una *opción posible* para las personas, sino que sea la *primera opción* donde las personas buscan resolver sus problemas de salud.

La universalización de la atención primaria de salud ha sido definida como “el corazón de la Reforma”, pues lograr la cobertura universal efectiva, preventiva, resolutivez y con calidad de la APS permite transformar el sistema de salud, poniendo el foco en generar salud y bienestar, en lugar de sólo tratar enfermedades, lo que impacta directamente en la calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

2. SUPUESTOS QUE DEFINEN EL TRABAJO EN ESTE EJE

- a) La APS debe ser la principal estrategia del cuidado de la salud para toda la población, además de ser el centro y articulador del sistema sanitario, pues brinda asistencia sanitaria esencial, conoce la realidad del territorio, y puede coordinar los cuidados de otros niveles de la red asistencial y de la red intersectorial, con criterios de equidad, eficiencia y oportunidad.
- b) La estrategia de atención primaria universal debe construirse en base a un modelo territorial de salud, compasivo con la diversidad de realidades que viven las personas, y construido de manera compartida entre usuarias y usuarios, trabajadores, la sociedad civil organizada y todo el Estado. Asimismo, debe mantener atributos de integralidad, accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, continuidad, calidad, eficiencia y seguridad.
- c) Se reconoce a la APS como una estrategia con un desarrollo histórico en el país, con una épica distintiva que nutre permanentemente su quehacer y que contribuye al sentido de identidad nacional.

3. LINEAS ESTRATEGICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL EJE

Proceso de Formulación e Implementación

La universalización de la atención primaria se desarrolla en base a un proceso de participación continua con una multiplicidad de actores. De esta manera, busca asegurar una pertinencia territorial, técnica y política en tanto su formulación, implementación, evaluación y perfeccionamiento. Es así como durante el año 2022 se estableció una Comisión Técnica en el Ministerio de Salud liderada por la División de Atención Primaria que convoca todas las áreas del Ministerio de Salud, y un Consejo Asesor para la Universalización de la Atención Primaria compuesto por representantes de trabajadores, usuarios, administradores de APS, academia y ex autoridades de salud. La Comisión Técnica elaboró un documento de posición, el cuál fue aprobado por este Consejo, en el cual se propusieron cinco objetivos orientadores, los que fueron consensuados tras la discusión en durante el año 2022, y que constituyen el marco global de los propósitos que se busca alcanzar mediante la implementación de las acciones contenidas en las líneas estratégicas. Estos objetivos son:

- **O1 - Cobertura:** Ampliar la cobertura y el acceso equitativo a los cuidados integrales de la atención primaria de salud.

- **O2 - Gobernanza:** Fortalecer la rectoría y gobernanza para que la atención primaria de salud sea el centro y articulador del sistema sanitario.
- **O3 - Financiamiento:** Aumentar y mejorar el financiamiento en la atención primaria y avanzar hacia la eliminación del gasto de bolsillo que se convierte en barrera para el acceso.
- **O4 - Intersectorialidad:** Fortalecer la coordinación intersectorial en la Atención Primaria para abordar los determinantes sociales de la salud.
- **O5 - Recursos:** Asegurar la disponibilidad de recursos sanitarios en la Atención Primaria de Salud.

En base a lo anterior, y recogiendo experiencias locales e internacionales de Atención Primaria de Salud, se han organizado las líneas estratégicas de esta política pública en las siguientes:

- **ACCESO CERCANO:** Ampliación de cobertura y acceso efectivo.
- **EFFECTIVIDAD:** Modelo de cuidados sanitario, social y ambiental digno y de calidad para el territorio a cargo.
- **CALIDAD:** Recursos optimizados y un marco de monitoreo y evaluación del desempeño que sostiene la provisión de servicios de salud.

Para profundizar en el contenido de la formulación y llevar a cabo la implementación de estas líneas estratégicas se realizará un proceso progresivo e incremental, el cual considera la formulación inicial del contenido de líneas estratégicas y la implementación de algunos de sus contenidos en comunas pioneras de universalización. El contenido de las líneas estratégicas y las comunas pioneras seleccionadas para iniciar en 2023 se detallan posteriormente en este documento. En paralelo a la implementación gradual en comunas pioneras, el contenido de las líneas estratégicas y la expansión territorial y de contenidos de la APS-U se reforzarán mediante un diálogo permanente con el Comité Técnico y la Comisión Asesora para la Universalización, su interacción con otros ejes de la Reforma, como también estará apoyado por un préstamo del Banco Mundial basado en indicadores de cumplimiento. Dicho préstamo se encuentra en diseño al momento de cierre de este documento y se basa en las mismas líneas estratégicas definidas previamente en este documento. De esta forma, en base a las siguientes líneas estratégicas se espera escalar tanto la cobertura de la estrategia de APS-U a nuevos territorios del país en cada año sucesivo, como también los contenidos de la estrategia, que contemplan medidas de nivel nacional, como desarrollo de normativas, guías y de procedimientos, como también en los niveles locales con implementación de nuevas acciones, prestaciones, tecnologías y modelos organizativos.

Las comunas pioneras propuestas en 2023 son 7: **Alhué (Región Metropolitana)**, **Canela (Región de Coquimbo)**, **Coltauco (Región del Libertador B. O’Higgins)**, **La Cruz (Región de Valparaíso)**, **Linares (Región del Maule)**, **Perquenco (Región de la Araucanía)**, **Renca (Región Metropolitana)**. El proceso y conjunto de criterios utilizados para la propuesta de selección de comunas pioneras de la APS-U contó con una consultoría financiada con apoyo del Banco Mundial y que entregó un informe con propuesta de lineamientos para éste. La propuesta final del Ministerio fue presentada y validada por el Consejo Asesor. La selección de estas comunas, a partir de las 346 existentes en Chile, se realizó a partir de la aplicación de los siguientes criterios: i. porcentaje de población no beneficiaria de FONASA por sobre la mediana nacional, ii. tipo de administración de la red de APS municipal y financiamiento del tipo per cápita, iii. indicador ad-hoc de brecha de infraestructura sobre umbral determinado y iv. costo de implementación de la estrategia menor al presupuesto disponible en lo aprobado para la ley de presupuesto del año 2023. Tomando en cuenta dichos criterios, se generó un listado preliminar de 22 comunas, del cual se seleccionaron 5 (Coltauco, La Cruz, Linares, Perquenco y Renca). A éstas últimas, se agregó Alhué y Canela, con el fin de representar una realidad rural de la Región Metropolitana y de la zona norte del país, dejando de lado la consideración del porcentaje de personas no beneficiarias de FONASA de dichas poblaciones. Flexibilizar este último criterio fue solicitado por la Comisión Asesora para equilibrar el sesgo del mismo hacia comunas de mayor nivel socioeconómico.

La combinación final de 7 comunas además buscó asegurar presencia del norte, centro y sur del país, como también realidades urbanas y rurales, logrando incluir 6 regiones del país, a saber, Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, O’Higgins, Maule y Araucanía. Tras la adhesión de los gobiernos locales al proyecto de transformación de la atención primaria propuesta, las comunas pioneras iniciaron su implementación la cual ha permitido levantar datos relevantes y aprendizaje para el proceso de escalamiento nacional de años siguientes. La incorporación de nuevas comunas en los próximos años buscará flexibilizar los criterios anteriores, incluyendo gradualmente a comunas con APS dependiente de Servicio de Salud, y también a aquellas con Hospitales Comunitarios o administración dual en el territorio. También se pretende escalar incorporando comunas con mayor porcentaje de población FONASA, mayor cobertura regional, y comunas municipalizadas de “costo fijo”. Cada una de estas condiciones presenta desafíos particulares, lo que requerirá una adaptación de la estrategia conforme a su escalamiento.

- **Línea estratégica 1 ACCESO CERCANO:** Ampliación de cobertura y acceso efectivo

La cobertura y el acceso a la salud, según la Organización Panamericana de la Salud se entiende como las facilidades para que todas las personas obtengan los cuidados y servicios

de salud que necesitan, en el momento oportuno y sin que esto implique dificultades económicas para las personas ⁵⁴. Esto considera la existencia de mecanismos para lograr disponibilidad de una oferta suficiente, aceptable, asequible, culturalmente adaptada y pertinente, para permitir que las personas con necesidad logren efectivamente los cuidados requeridos.

En consideración a lo anterior, las condiciones del primero contacto con los servicios son fundamentales para el acceso y cobertura efectiva. Acercar los servicios, eliminar barreras administrativas, optimizar los mecanismos de agendamiento, incrementar los horarios, adaptar los diseños organizacionales a las preferencias y cultura local y asegurar una oferta que no disminuye ante emergencias de salud pública son todas herramientas para disminuir brechas que existen en la actualidad y que impiden que las personas y comunidades sean sujetos de derecho a la salud. Se busca mejorar el acceso a atención primaria de las comunidades y responder a las expectativas y preocupaciones de la ciudadanía en torno a salud.

En esta línea estratégica, se trabajará en cuatro ámbitos específicos:

- a) **Inscripción universal:** Se promoverá que todas las personas y familias puedan inscribirse en los centros de salud de APS más cercanos a donde viven o trabajan, independiente de su previsión de salud, sea FONASA, ISAPRE o de Fuerzas Armadas y de Orden. Este componente incluye el desarrollo de un plan comunicacional para promover la inscripción en los establecimientos de atención primaria y difundir la cartera de prestaciones disponible y sus ventajas.
- b) **Favorecer un contacto efectivo con la APS:** por medio de diversas estrategias, adaptadas a la diversidad territorial se busca optimizar la facilidad de acceso a horas de atención para la población. Esto incluye, entre otras, el desarrollo de una plataforma de generación de agendas orientada a optimizar la oferta y demanda de horas de atención, favorecer la solicitud digital de servicios por parte de los usuarios y ampliar horarios de atención. Además se implementarán procesos de participación vinculante, comenzando con diálogos ciudadanos, con el fin de adaptar las condiciones de acceso, e instalar mecanismos para medir tanto contactabilidad como satisfacción de manera sistemática.
- c) **Acceso ampliado a APS:** contempla estrategias para ampliar la *disponibilidad* de entrega de la cartera de prestaciones en APS que permita no solo absorber a la población nueva y cerrar brechas de acceso geográficas, sino también desplegar a la APS más cerca de las personas,

⁵⁴ Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

incluyendo la adquisición de dispositivos móviles de atención, fomentar la realización de atenciones fuera de los establecimientos de salud, potenciar los cuidados por telemedicina y diseñar un modelo de infraestructura pertinente y a escala humana de acuerdo a la realidad geográfica. Así también, se diseñarán estrategias para optimizar la disponibilidad necesaria de personal de salud en cada territorio, incluyendo trabajo en formación con las Universidades, revisión de estándares de dotación y proporción de horas asistenciales versus horas de trabajo no asistencial por parte de los equipos de salud, entre otras.

- d) Desarrollo de condiciones de resiliencia en la APS:** se desarrollarán a nivel nacional marcos de trabajo para fortalecer la vigilancia, preparación y respuesta de los territorios orientados a enfrentar emergencias de salud pública naturales o antropogénicas. Esto incluirá el desarrollo de estrategias locales de vigilancia en salud ambiental, protocolos locales para enfrentar emergencias y epidemias, entrenamiento de equipos de respuesta integral y ejercicios de simulacros en base a los riesgos priorizados en cada territorio. Además se considerará el desarrollo de planes de mantención y adaptación de los servicios para reaccionar frente a los efectos de crisis de diverso origen.
- **Línea estratégica 2 EFECTIVIDAD:** Modelo de cuidados sanitario, social y ambiental digno y de calidad para el territorio a cargo.

Abordar eficientemente el cambio del perfil epidemiológico de la población, determinados por las condiciones de vida contemporáneas y expectativas, es un desafío para los sistemas de salud. Aquello motiva a revisar la forma en que se dispensan los cuidados, centrando la atención en las necesidades de las personas con participación de las personas en sus cuidados. Los modelos efectivos de cuidados de salud, especialmente para enfermedades crónicas, aunque válidos igualmente para todos los desafíos sanitarios, buscan adaptar y estratificar los cuidados a las necesidades de cada persona, involucrando a estos en la toma de decisiones con el fin de empoderarles como protagonistas de sus cuidados ^{55, 56, 57, 58}.

Para lo anterior, Chile cuenta desde el año 2005 con un modelo de atención basado en la atención primaria, denominado “Modelo de Cuidados Integrales Familiar y Comunitario” (MAIS), que considera estos elementos ⁵⁹. Sin embargo, persisten brechas de implementación

⁵⁵ Wagner EH (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.

⁵⁶ Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002 Oct 9;288(14):1775-9. doi: 10.1001/jama.288.14.1775. PMID: 12365965

⁵⁷ Ministerio de Salud, Chile (2016) Automanejo de enfermedades No transmisibles: una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud.

⁵⁸ Ministerio de Salud, Chile (2015). Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas. Directrices para su implementación.

⁵⁹ Ministerio de Salud, Chile (2005). Modelo de Atención Integral en Salud Familiar.

y de alcance para hacer realidad las aspiraciones que se busca alcanzar. Avanzar hacia un modelo territorial, que permita integrar la red asistencial entre sus diferentes niveles, los cuidados sociales, las políticas y oferta de otros sectores, como también ahondar en la responsabilidad compartida de participación y construcción colectiva de salud por parte de las personas y de todos los actores del territorio. Se pretende establecer mayor empatía y conmiseración con la diversidad de realidades que viven las personas y los actores del sistema sanitario, la cual incide en la construcción de la dignidad de la atención, además de basar los cuidados en sólidos conocimientos científicos integrando otros saberes. Estos son ámbitos que requieren desarrollarse con más fuerza para lograr impactar efectivamente en la vida de las personas a través del sistema sanitario. Para avanzar en esta línea, se contemplan cuatro ámbitos de acción, que podrán ser complementados con futuras iniciativas:

- a) Cuidados integrales basados en riesgos en el curso de vida:** La cartera de prestaciones de la APS actual cubre todo el curso de vida e incide en todas las etapas de la historia natural de las enfermedades o niveles de prevención. La actual cartera es resultado de capas de programas y acciones agregadas a lo largo de su historia. Esto ha generado la predominancia de una lógica de atención basada en programas verticales, que con frecuencia no obtiene la mirada integral de las necesidades de las personas. La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), comenzó en 2019 en Chile para avanzar en otorgar un cuidado más integral y continuo, partiendo del contexto de la multimorbilidad crónica en adultos ⁶⁰. Esta estrategia se expandirá con la universalización de la APS buscando mayor cobertura territorial, alcance en el ciclo de vida y niveles de prevención. Se reforzará con la revisión y eventual rediseño del Plan de Salud Familiar con miras a resguardar el valor sanitario de la cartera de prestaciones, integración de prestaciones tecnológicas costo efectivas, estrategias de integración intersectorial como el proyecto de Gestión Social Local con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia para la efectiva integración de los cuidados sociales y sanitarios, junto con otras acciones detalladas en el Eje de Reforma centrada en mejorar las condiciones de vida saludables con equidad y que abordan la determinación social de la salud.
- b) Continuidad del cuidado interniveles:** La estrategia de Atención Primaria tiene un alcance mucho mayor que la sola referencia o instalación el primer nivel de atención asistencial. Se basa en una conceptualización de cuidado de una población a cargo y en la solución integral de sus necesidades de salud como se ha mencionado. Esto implica una integración fundamental con los niveles asistenciales con mayor nivel de especialización (secundario y terciario) para lograr esta respuesta integral, lo que está fuertemente recomendado por la

⁶⁰ Ministerio de Salud, Chile (2020). Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad

Organización Panamericana de la Salud en el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS ⁶¹. En consecuencia, por medio de la generación de arreglos institucionales y de gobernanza que establezcan nuevas formas de relaciones en red y que son tratados con mayor detalle en el Eje de Reforma centrado en la modernización y dignificación del sistema público, se buscará garantizar dinámicas de gestión de cuidados que fomenten la continuidad asistencial internivel. Esto incluye una revisión de los Consejos de Integración de la Red Asistencial (CIRA), el diseño e implementación de oficinas que faciliten al usuario su tránsito por la red, la redefinición del rol de los especialistas médicos en su integración al modelo de APS, entre otros ámbitos. Además, se implementará un trabajo de desarrollo de protocolos de referencia y contrarreferencia orientado a personas con aseguramiento que no permite su atención en la red pública secundaria y terciaria, ya sean de ISAPRE o de Fuerzas Armadas y de Orden.

c) Participación y co-creación de salud en el territorio: Fortalecer la toma de decisiones conjuntas en salud a nivel individual y colectivo, fomentar relaciones de respeto y confianza recíproca, y promover entornos y normas sociales de apoyo mutuo son elementos que contribuyen a las bases de la determinación de la salud ^{62,63}. La atención primaria en Chile cuenta con una larga tradición de participación y su proceso de universalización busca profundizar las herramientas y dinámicas que permiten seguir avanzando en la creación de salud como responsabilidad compartida por todos los actores. Como primeros métodos para aplicar en este ámbito, se contempla la realización de diálogos ciudadanos y cartografías de activos comunitarios, que buscarán entregar legitimidad a los procesos de diseño, planificación y monitoreo de las intervenciones en salud, además de generar compromiso, reconocimiento y buscar espacios de contribución de la comunidad a su propia salud. Ambos mecanismos se reconocen como espacios de participación ciudadana: los diálogos tienen un foco en la construcción de acciones que mejoren la experiencia usuaria y la cartografía tiene un foco en el reconocimiento de activos comunitarios, para utilizar los recursos que actualmente existen en las comunidades y que permitirán la co-construcción de la salud desde espacios distintos a los centros de salud. Estas metodologías y herramientas se irán complementado con otras estrategias que se elaboran en mayor medida en el Eje de Reforma que aborda las condiciones de vida con equidad (ver texto más adelante).

⁶¹ OPS (2010). Redes integradas de Servicios de Salud.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4305:2008-redes-integradas-servicios-salud&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

⁶² USAID Bureau for Global Health, Office of Health Systems (2022). Social and behavior change and health system strengthening.

⁶³ USAID (2019). The circle of care model. Social and Behavior Change along the Service Delivery Continuum.

<https://breakthroughactionandresearch.org/wp-content/uploads/2019/10/Circle-of-Care-Model.pdf>

- d) **Fuerza laboral en APS con capacidades avanzadas de cuidados:** El personal de salud es un elemento esencial y central en el logro de los objetivos de cuidado a las personas y comunidades y es un pilar en la transformación hacia la APS Universal, por tanto debe ser valorado y mantenido en proceso de formación permanente. Actualmente existe debilidad en la generación de competencias para el trabajo intercultural, con comunidades, intersectorial y de equipo, predominando un enfoque sobre el daño individual de las personas basado en programas verticales. Para contar con personal preparado para implementar el modelo de cuidados se fortalecerá la formación e inserción de médicas(os) de familia como especialistas en APS y otros especialistas en la estrategia de APS, la formación de competencias de profesionales y técnicos, la formación de directivos y la evaluación y redefinición de perfiles de competencias. Esto incluirá líneas de trabajo con centros de formación en pregrado, postgrado y en los sistemas de desarrollo continuo, con competencias estratificadas según roles y niveles del equipo.
- **Línea estratégica 3 CALIDAD:** Recursos optimizados y un marco de monitoreo y evaluación del desempeño que sostiene la provisión de servicios de salud.

La APS en Chile muestra una expresión heterogénea en el territorio nacional, tanto en recursos financieros, físicos e informáticos, como en calidad de administración, calidad clínica y dotación. Por un lado, la administración es realizada exclusivamente por municipios en un 69% de las comunas del país, sólo en el 7% de comunas la administración recae exclusivamente en el Servicio de Salud y el 24% presenta una situación mixta, con establecimientos municipales y otros *dependientes* del Servicio de Salud. De acuerdo a población, 93% se encuentra bajo administración municipal, esto debido a que los territorios con APS dependiente de Servicio corresponden a territorios con menor población, más rurales y aislados. Excepciones a esto son la APS dependientes en comunas urbanas como las del Servicio de Salud Metropolitano Central, el CESFAM Andes en Quinta Normal, entre otras. De aquellos municipales, la administración se ejerce a través de un departamento municipal o corporación. Existen además 11 establecimientos privados, delegados al amparo del DFL 36, lo que implica otras normas y sistemas de control. Cada uno de estos 4 tipos de dependencia obedece reglas administrativas y financieras diferentes, y en territorios con administración mixta se reportan diferentes grados de (des)coordinación y duplicación.

En cuanto al financiamiento, aquellos centros con administración municipal reciben, en su mayoría, un monto per cápita según población inscrita, mientras 41 de éstos reciben un aporte fiscal fijo (“comunas costo fijo”). Establecimientos de APS dependiente de los Servicios de Salud cuentan con un financiamiento mayormente basado en su presupuesto histórico. A los

establecimientos de APS dependiente de los Servicios tampoco se les exige un registro riguroso de su población inscrita, dándose situaciones de claridad insuficiente sobre la apropiada distribución de recursos. A estos modos de financiamiento, se agrega un aporte para los Programas de Reforzamiento de APS (PRAPS), que en promedio son el 25% del aporte fiscal para la APS, pero variable según la comuna y la cantidad de programas que esta recibe, fluctuando entre 10 y 70%. Donde hay financiamiento per cápita, a su valor basal se agrega un adicional según ruralidad, riqueza comunal, desempeño difícil y/o porcentaje de adultos mayores, sin embargo, la manera de calcular esto está desactualizada, careciendo de mecanismos para mantener el cálculo del per cápita y sus indexadores actualizados. Las fluctuaciones de población inscrita en cortes anuales generan, en ocasiones, cambios abruptos en los recursos disponibles. Por otro lado, los municipios pueden realizar aportes propios, lo que algunas estadísticas parciales muestran que promedia el 10% del aporte fiscal, con rango entre 0% a 100%. Los gastos bajo PRAPS se rinden al amparo de un convenio para cada programa, y sus resultados se controlan mediante indicadores (204 indicadores en total). Los recursos del per cápita no se rinden y sus resultados son controlados por medio del Índice de Actividades de la APS (IAAPS-con 22 indicadores en total). La paradoja es que el 70% del financiamiento municipal, basado en el per cápita, tiene significativamente menos controles que el 25% financiado por PRAPS, tanto en rendición de gasto como en indicadores sanitarios, y la variedad de indicadores, incluyendo aquellos de las metas sanitarias, generan efectos indeseables en los incentivos creados.

A esta variabilidad de administradores y financiamiento, se agrega una variabilidad en la calidad de los administradores, por cuanto actualmente no existen parámetros mínimos para su nombramiento, excepto algunos relacionados con su formación de pregrado y la exigencia de concurso público para directores de CESFAM. No así para otros cargos en los establecimientos ni para quien ejerce el liderazgo máximo en salud en la comuna. Tampoco se cuenta con sistemas de información que permitan vigilar las condiciones de trabajo en cuanto al estado de la infraestructura y equipamiento o de la conectividad a internet a nivel nacional. Dada esa ausencia de información, la realidad reportada por quienes realizan múltiples visitas a terreno muestra altos niveles de heterogeneidad de resultados. En cuanto a la dotación, si bien existe un proceso de informe y aprobación, ésta no cuenta con aplicación sistemática ni parámetros de referencia nacional. Dada la problemática que se esboza previamente, para avanzar en recursos optimizados y equitativos además de un marco de monitoreo que asegure un despliegue homogéneo de la APS en el territorio, esta tercera línea estratégica está enfocada en potenciar prácticas de calidad y eficiencia en relación con los recursos y evaluación de los resultados del desempeño y considera cuatro ámbitos de acción:

- a) **Gasto eficiente e ingresos ajustados y equitativos:** Contempla fundamentalmente el rediseño del sistema de financiamiento de APS, para lo cual se llevarán a cabo análisis técnicos y evaluación con expertos sobre diversas temáticas, incluyendo mecanismos de financiamiento, vías de transferencia y ejecución de los recursos o la revisión de los actuales indexadores de ajuste del per cápita. Se considera además la implementación de una escuela de liderazgo orientada a directivos de salud que entregue conocimientos orientados a la gestión eficiente de recursos, junto con establecer perfiles de competencias para los concursos que se realicen. Se requiere buscar mecanismos para incentivar la trayectoria laboral directiva entre niveles de atención.
- b) **Recursos dignos, de calidad y resilientes:** Se establecerán sistemas de información que permitan monitorear la infraestructura y equipamiento y su estado, además de realizar comparaciones según los estándares definidos con el fin de contar con esta información para toma de decisiones y generar planes de resolución. A su vez, se definirá una planificación y parámetros de recursos humanos necesarios, estableciendo lineamientos para dicha planificación, además de crear mecanismos institucionales para su supervisión.
- c) **Data clínica de las personas disponible de manera oportuna para la toma de decisiones:** Considera trabajar en la conectividad a internet asegurada de los establecimientos de APS, siempre bajo criterios de confidencialidad, además de la definición de una gobernanza de datos e interoperabilidad, que permita avanzar en la calidad de los datos registrados en atención primaria, de modo de asegurar confiabilidad de los datos para la toma de decisiones. Este es otro de los ámbitos de intersección con el Eje de Reforma de modernización y dignificación y que será desarrollado en conjunto.
- d) **Marco de monitoreo de resultados de desempeño:** Contempla el desarrollo de un marco de monitoreo de desempeño en APS, en el cual se construya un marco evaluativo que permita vincular estructuras y entradas (inputs), entrega de servicios (outputs), productos y resultados de salud. Asimismo, es fundamental que este marco evaluativo tenga indicadores centinelas de la gestión sanitaria y epidemiológica para los tomadores de decisión a nivel local y autoridad central.

Las acciones de las líneas estratégicas anteriores que se implementarán en el corto plazo en las comunas pioneras serán por medio de un convenio que fija los recursos y las acciones a realizar. Con esto, se busca ampliar la disponibilidad de servicios para la cobertura universal de la cartera completa de prestaciones de APS, con inscripción universal, refuerzo de la estrategia de extensión horaria para disponer de servicios que habitualmente no están habilitados en horarios vespertinos

o fines de semana y la firma de un acuerdo administrativo, el cual permitirá comenzar la optimización de los procesos administrativos, y que constituirá un consenso para mejorar aspectos relacionados a la gestión de recursos humanos, físicos y financieros en el marco legislativo y normativo vigente. Se implementará también la Estrategia de Cuidados Integrales Centrada en las Persona (ECICEP) para otorgar cuidados según las necesidades de estas con un enfoque integral. Se considera la habilitación de un sistema de gestión remota de la demanda que permita ampliar los canales actuales de contacto de las personas con los centros de salud, pero además que los equipos de atención primaria puedan gestionar las necesidades de su población. Se incorpora también estrategias de participación social en salud que se llevarán a cabo con diálogos ciudadanos, los cuales serán instancias de reflexión sobre la experiencia de las personas en atención primaria, además de la implementación de una metodología de identificación de activos comunitarios (cartografía social). Por último, son parte también de las acciones del primer año del plan de implementación la adquisición de dispositivos de atención móviles que fomente la realización de atenciones fuera de los centros de salud y el diseño de un plan de mejoramiento de la experiencia usuaria.

4. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para la escalabilidad de la universalización de la atención primaria se va a elaborar un marco de evaluación y monitoreo definido y diseñado para poder dar cuenta del esfuerzo y el cumplimiento de los objetivos la misma. En términos generales, el marco de monitoreo y evaluación será aplicado a las comunas que van ingresando a la universalización de la atención primaria y debe contemplar integralidad (utilizando información y datos de tipo cuantitativo como cualitativos) e incorporar resultados de pre-implementación, implementación, escalabilidad e impacto, de modo tal de constituirse en una fuente confiable y oportuna para la toma de decisiones en relación a la política pública.

El primer modelo de evaluación se encuentra basado en el marco conceptual para la evaluación de sistemas de salud basados en atención primaria con miras a la cobertura universal de salud desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF ⁶⁴. Contempla su organización en base a:

- Cadena de resultados: indicadores de estructura, entradas (inputs), procesos, producción (outputs), resultados e impacto.

⁶⁴ World Health Organization and the United Nations Children's Fund (2022). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens.

- Dominios de la atención primaria que apoyan sistemas de salud basados en atención primaria: indicadores asociados a determinantes de los sistemas de salud, servicios de salud integrados (que incluye las funciones de salud pública y servicios de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliativos) y objetivos del sistema de salud (universalización del acceso y cobertura de salud primaria).
- Dimensiones de monitoreo de la atención primaria: Indicadores relacionados con capacidades, desempeño e impacto de la atención primaria.

Aspectos transversales para considerar en el proceso de monitoreo y evaluación (y que no requieren de indicadores propiamente tal, pero sí de un seguimiento) se relacionan con: ⁶⁵

- Costo y modelo económico de la política implementada: referido a la necesidad de darle sustentabilidad y viabilidad a la escalabilidad, desde estructuras gubernamentales que otorguen suministro constante de recursos financieros.
- Apoyo político: entre todos los sectores políticos.
- Participación activa de implementadores y comunidad objetivo: lo que otorga legitimidad y pertinencia a la instalación de la escalabilidad de la política pública.
- Adaptación al contexto local
- Liderazgos: en todos los niveles de la gobernanza institucional.
- Infraestructura de apoyo a implementación: referido a la gobernanza de la institucionalidad.
- Promoción y difusión amplia en los equipos de salud a todo nivel y en la ciudadanía
- Uso sistemático de evidencia

Además del marco de evaluación mencionado previamente, en el corto plazo se tiene considerado para las comunas pioneras (2023), el monitoreo de indicadores relacionados con las acciones definidas para el primer año de implementación. En ese contexto, se realizarán dos evaluaciones obligatorias anuales. La primera se efectuará con corte al 31 de agosto y la segunda con corte al 31 de diciembre. Las metas a considerar y su ponderación en el porcentaje de cumplimiento global en la primera evaluación son:

⁶⁵ Téllez Á (2019). Propuesta para la escalabilidad de un nuevo modelo de atención centrado en las personas y estratificado por riesgo para las personas con enfermedades crónicas en Chile . Propuestas para Chile - Concurso Políticas Públicas 2019; 83–114

Estrategia	Meta de cumplimiento 2023
Inscripción universal	Igual o mayor al 60% de población potencial.
Utilización de los servicios	Aumento en 10 puntos porcentuales respecto de la línea base del porcentaje de contacto de la población a cargo de la comuna.
Estrategia ECICEP	Ingreso igual o mayor al 5% de la población inscrita a la fecha con estratificación de riesgo alto (G3).
Extensión horaria	Igual o superior a 30 horas/profesional de la salud adicionales al número basal de horas/profesional de salud de la extensión horaria habitual, ya sea en el horario habitual o en otros horarios.
Atenciones extramuros	Aumento de 20% de atenciones extramuros (afuera de los establecimientos) a la línea de base.
Gestión remota de la demanda	Utilización del sistema de gestión remota por al menos 2% de la población inscrita.
Gestión de experiencia usuaria	Evaluación final y proyección de plan de gestión de experiencia usuaria.
Diálogos Ciudadanos	Plan de acción anual realizado
Cartografía de recursos comunitarios para la salud	Presentación de cartografía a la comunidad y difusión a dispositivos municipales
Acuerdo administrativo para fortalecer ámbitos de gestión eficiente de recursos	Suscripción de compromisos para abordar materias de gestión en los ámbitos de recursos humanos, infraestructura, adquisiciones, entre otras definidas en el instrumento modelo.

EJE: GENERAR CONDICIONES DE VIDA SALUDABLE CON EQUIDAD

Palabras claves: Calidad de vida, bienestar, determinantes sociales, equidad en salud, intersectorialidad, territorio, participación social, municipio o gobierno local.

1. INTRODUCCIÓN

Este eje busca promover el desarrollo de la salud y bienestar en las personas, familias y comunidades que habitan en Chile, con equidad social. Desde esta perspectiva se pone al centro la construcción de condiciones de salud en los territorios, con las comunidades y en un trabajo conjunto con los diversos sectores que interactúan para generar condiciones que permitan una vida saludable. A la vez, se prioriza avanzar en el bienestar y salud de las personas abordando las desigualdades sociales que a su vez generan inequidad en el acceso a la atención y resultados en salud.

Bajo estos lineamientos este eje impulsará la gestión social y sanitaria a partir de los gobiernos locales y municipios, con una estrecha colaboración con el Eje de Atención Primaria Universal, en un trabajo que buscará involucrar a todos los departamentos municipales con participación de la comunidad, ya que la salud se construye más allá de los centros y servicios de salud. El abordaje de las inequidades sanitarias implica mejorar las condiciones de vida de las personas desde una perspectiva integral, entendiendo que diversos aspectos socioeconómicos, tales como educación, vivienda, trabajo, transporte, entre otros, tienen la potencialidad de afectar el estado de salud de una población e influir sobre las inequidades en salud. Las acciones coherentes y coordinadas del Estado, a todos los niveles, son esenciales para mejorar las condiciones de inequidad en salud de una población ⁶⁶.

El trabajo intersectorial es un medio para coordinar e integrar políticas, programas, y acciones, así como crear mecanismos de colaboración entre los diversos programas, sectores y niveles administrativos ^{67,68}. Permite abordar problemas complejos, tales como el envejecimiento poblacional, aumento de prevalencia de patologías crónicas y enfermedades mentales, que necesitan respuestas multisectoriales y multidisciplinarias, contribuyendo a un mejor uso de los

⁶⁶ World Health Organization (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health.

⁶⁷ Bauer, G. (2014) Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, Vol 110.

⁶⁸ Holman, D. (2021) Can intersectionality help with understanding and tackling health inequalities? *Perspectives of professional stakeholders. Health Research Policy and Systems*, vol 19

recursos disponibles ⁶⁹. La intersectorialidad es clave para el abordaje de las necesidades en salud ya que los procesos de salud, enfermedad y cuidado están estrechamente vinculados con las condiciones sociales, económicas y políticas en las que viven o trabajan las personas, es decir con los determinantes sociales de la salud ⁷⁰.

En este mismo sentido la construcción del trabajo intersectorial requiere de la participación de las comunidades y las organizaciones sociales. La salud es resultado de la construcción social y, por ende, debe tener la participación social activa en todas las fases de las intervenciones y políticas sociales y de salud ^{71,72}. La propuesta de trabajo considera fortalecer los espacios de participación existentes, crear nuevos espacios y fortalecer las capacidades y competencias de las comunidades para que exista una participación informada y con incidencia.

Asimismo, dentro de las líneas estratégicas del eje se plantea establecer un sistema de monitoreo de determinantes sociales de la salud a nivel local. Este ayudará a identificar desigualdades en la salud de la población, evaluar el impacto de las políticas, programas y acciones implementadas en relación con los determinantes sociales, involucrar a la comunidad y promover la transparencia y rendición de cuentas. En resumen, permitirá comprender y abordar los factores sociales que influyen en la salud local de manera más efectiva.

Para implementar las acciones del eje, se plantea una gobernanza que integra los niveles nacional, regional y comunal. Esto permitirá la coordinación, planificación y distribución de tareas. También facilitará la comunicación y colaboración entre los diferentes niveles y se establecerán mecanismos de monitoreo y evaluación del progreso del plan de trabajo global.

⁶⁹ Mondal, S. (2021), Learning from intersectoral action beyond health: a meta-narrative review, Health Policy and Planning, Vol 36, Issue 4.

⁷⁰ World Health Organization (2018). Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region.

⁷¹ Potts, H and Hunt, PH (2008) Participation and the right to the highest attainable standard of health. Human Rights Centre, Colchester, Essex.

⁷² Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. Health Policy and Planning. 2001;16(3):21–230

2. SUPUESTOS QUE DEFINEN EL TRABAJO EN ESTE EJE

- a) La salud tiene una base social, construir salud y bienestar no se limita a reducir, mitigar o eliminar las enfermedades y los factores de riesgo asociados al comportamiento individual.
- b) El trabajo intersectorial tiene que incluir explícitamente entre sus objetivos la equidad, por lo cual requiere el abordaje de los determinantes sociales.
- c) La producción de entornos que generan salud requiere de la participación de comunidades, organizaciones sociales y el conjunto del Estado.

3. LINEAS ESTRATEGICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL EJE

Proceso de Formulación e Implementación:

El trabajo del eje se aborda a través de seis líneas estratégicas las cuales contribuyen a 2 objetivos:

O1 - Resultados en salud: mejorar resultados de salud y equidad en cada territorio donde se implemente las actividades y

O2 - Gobernanza: una gobernanza de salud para generar condiciones de vida saludable fortalecida y sostenible.

Estos objetivos a su vez contribuyen en conjunto a alcanzar el propósito global del proceso de reforma, garantizando el derecho a la salud de todas las personas, a partir de sus expectativas y aspiraciones e incorporando mecanismos de disminución de las desigualdades sanitarias. El desarrollo del eje tiene estrecha vinculación con el trabajo realizado por el Eje de Cobertura Universal a la Atención Primaria. Por ende, se concuerdan prioridades y se distribuyen responsabilidades y ámbitos de acción con una formulación e implementación gradual y progresiva. La primera de las seis líneas estratégicas establece la gobernanza del proceso, tanto dentro del Ministerio de Salud con un equipo motor que brinda soporte transversal, especialmente para el período de instalación de las estrategias, como también las instancias de gobernanza que se espera permanezcan como estructuras institucionales permanentes. Estas estructuras, al igual que las líneas estratégicas, seguirán procesos de implementación incremental, modulando su diseño y contenido de acuerdo una evaluación y mejora permanente. De esta forma, las líneas estratégicas se describen a continuación.

- **Línea estratégica 1: Gobernanza de Salud para generar condiciones de vida saludable**

Para avanzar en el proceso de reforma es fundamental el trabajo a nivel de los territorios, integrando los niveles nacional, regional y comunal. Esta integración permite avanzar de manera coordinada y participativa en la construcción de un proyecto compartido. Se establecerán cuatro niveles de gobernanza que tomarán una perspectiva amplia de apoyo global al proceso de Reforma de Salud, con prioridad en los Ejes de condiciones de vida saludable con equidad y atención primaria universal. Los niveles de gobernanza son los siguientes:

- a) **Equipo motor de apoyo al eje:** El equipo motor (o fuerza de tarea) brindará apoyo para la gestión integrada y coordinada, monitoreo y seguimiento del plan de trabajo del eje. El equipo motor estará conformado por representantes de la Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA, todas las divisiones del Ministerio de Salud, además de un representante de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud, un representante de las comunas pioneras (APS Universal) y dos representantes de la Comisión de Reforma. Se invitará también a un representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este equipo será liderado por la Subsecretaría de Salud Pública o por su representante y se contará con un secretariado para coordinar el plan de trabajo. Su objetivo será apoyar la priorización, planificación, ejecución y monitoreo de las estrategias incluidas en los Ejes de Reforma que abordan los determinantes sociales de la salud, y respaldar la gestión, monitoreo y seguimiento del presente Eje en vínculo cercano con todos los Ejes de la Reforma y con un cronograma de actividades a desarrollar para el período 2023-2024.
- b) **Mesas regionales:** Las mesas regionales se establecerán en todas aquellas regiones donde existan comunas que se incorporan a las estrategias de reforma de Atención Primaria Universal o de cualquiera de las otras iniciativas de este eje, con el fin de agregar regiones progresivamente. Las mesas regionales liderarán la priorización, planificación, ejecución y monitoreo de estrategias regionales para abordar los determinantes sociales de la salud de las personas, familias y comunidades, en el contexto de la universalización de la atención primaria, en estrecha relación con los requerimientos y prioridades que vayan surgiendo desde las comunas de la región las cuales se recogerán a través de reuniones participativas con la comunidad en las mesas comunales que se mencionan a continuación. Estas mesas regionales estarán lideradas a nivel del Gabinete regional por los gobernadores quienes establecerán un equipo estratégico, que incluya a los delegados presidenciales respectivos con participación de las SEREMI de los distintos ministerios. La SEREMI de Salud ejercerá el

rol de secretaría ejecutiva, para apoyar el desarrollo, implementación y seguimiento de un plan de trabajo interministerial que priorice la inversión de fondos regionales en iniciativas que disminuyan las barreras de acceso físicas, de transporte, de conectividad, económicas, de seguridad y otras a servicios de salud en las comunas.

c) Mesas comunales: En las comunas participantes se establecerá una mesa técnica liderada por los alcaldes en la que participarán los equipos técnicos de los distintos sectores del Estado relacionados, dentro del municipio. El objetivo de estas mesas es tener instancias de apoyo y coordinación de los equipos municipales, en las áreas que el municipio priorice para avanzar en los ejes de la Reforma de Salud, y brindar soporte al plan de trabajo acordado en el municipio, para 2023.

d) Comisión Nacional y Regionales de Equidad y Salud en Todas las Políticas (SETP): Desde 2017 en MINSAL existe una Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y SETP que recientemente en 2023 se ha reactivado luego de un periodo sin funcionamiento. Ésta depende de la Subsecretaría de Salud Pública y cuenta con una secretaría ejecutiva integrada por la jefatura del Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Salud y del Departamento de Estrategia Nacional de Salud de la División de Planificación Sanitaria. Está integrada por jefes de gabinete de las tres autoridades del Ministerio de Salud, los jefes de división de ambas subsecretarías, representantes de Organismos Autónomos e intersector como la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo y Previsión Social y Ministerio Secretaría General de Presidencia.

El equipo motor de este eje buscará fortalecer esta instancia, generando un trabajo conjunto, para mantener un alineamiento con el trabajo planteado desde la Reforma de Salud. De esta forma, la Comisión Nacional y las Comisiones regionales buscan ser instrumentos para fortalecer la gobernanza en los territorios, promover una mayor inversión regional en iniciativas que mejoren las condiciones en que viven las personas, especialmente aquellas en condición de vulnerabilidad y faciliten el desarrollo de políticas públicas más eficaces. Es importante destacar que el trabajo de las Comisiones regionales de equidad, en cuyas regiones estén presentes comunas de la Reforma, estará integrado con el de las mesas regionales en apoyo a la reforma de salud, operando como una misma instancia.

• Línea estratégica 2: La participación social como motor de cambio

Al retornar la democracia en los '90, se despliega una renovada preocupación por lo social, identificando la necesidad de reconstruir los lazos entre Estado y sociedad sobre nuevas bases.

Enmarcado en lo anterior, la participación en salud vuelve a retomar la fuerza de años anteriores y se vuelve a impulsar como aspecto central de las políticas públicas en salud, entendiendo que “en el marco de la modernización de la gestión pública, la participación es concebida como una estrategia básica para la consolidación del sistema democrático, el logro del bienestar y la inclusión e integración social”⁷³. A través de ésta, se concibe la mejora de los resultados sanitarios del país, vinculando la participación con la promoción de la salud, el desarrollo de factores protectores y estilos de vida saludables, reducción de inequidades en salud y el fortalecimiento de la institucionalidad del sector salud, incrementando la gobernanza⁷⁴. Es más, como política pública, ha permanecido imperecedera en los gobiernos democráticos, manteniéndose fuertemente en los programas de gobierno, mensajes presidenciales y acciones gubernamentales.

Entendiendo participación social como “el gran debate de la sociedad postmoderna”, en tanto la tensión o polaridad entre lógicas de comportamiento de las personas de carácter individual o privado y lógicas de tipo colectivo o comunitario⁷⁵, la misma “busca establecer canales de representación de identidades colectivas que generen solidaridad y pertenencia, contribuyan a hacer más denso el tejido social y permitan el desarrollo de una ciudadanía social más compleja y más intensa, es decir, no sólo relacionada con los derechos individuales de las personas sino también con la construcción del orden social que el ejercicio de estos derechos genera”⁷⁶. Entonces, no es sólo desarrollar una participación en tanto ciudadano y ser parte de una comunidad específica, sino que se trata de que mediante la participación social se incrementa el sentido de pertenencia, cooperación, vinculación solidaria y desarrollo de la autogestión.

En los últimos 10 años, la gobernanza en salud se ha configurado como un proceso de toma de decisiones estratégicas en el sector salud, en el cual los respectivos gobiernos han jugado un papel importante, sin ser los únicos actores implicados en el proceso. Desde aquí, ha sido crucial comprender que la gobernanza se ejerce desde un contexto pluralista en que el Estado, en una

⁷³ Ministerio de Salud (2005). Manual de Compromiso de Gestión. Santiago, Chile,;

⁷⁴ Ministerio de Salud (2015). Participación Ciudadana en Salud. Santiago, Chile Available from: http://web2.minsal.cl/promocion_participacion

⁷⁵ Serrano C. Participación social y ciudadanía: un debate del Chile contemporáneo [Internet]. Santiago, Chile; 1998. Available from: <http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/docs/528639170.pdf>

⁷⁶ Ibidem.

posición de autoridad, debe ejercerla requiriendo la presencia y activa participación de otros muchos actores sociales influyentes ⁷⁷.

Es por todo lo anterior expuesto que esta línea estratégica tiene como horizonte incentivar la participación influyente de la comunidad y fomentar el tejido social constituyente de sus bases. Para ello, se han diseñado las siguientes acciones que podrán ser reiterados en ciclos permanentes de mejora, a emprender en las comunas con APS Universal:

- a) **Diagnóstico de la situación de participación social en las comunas:** El cuerpo de acciones sanitarias en torno a participación requiere comenzar con una caracterización inicial del estado de situación de la participación social y tejido social presente en las comunas. De ese modo, será posible identificar actores claves y mecanismos de participación instalados que pueden favorecer los procesos de participación en la instalación e implementación de la universalización de la APS. Este diagnóstico debe entregar un insumo que contribuya a mapear áreas de fortaleza de la participación, prácticas exitosas y aspectos por reforzar para incrementar el involucramiento de las comunidades en dicho proceso.
- b) **Talleres de formación:** Dirigidos a la comunidad ampliada que participa en los espacios de atención primaria o que se involucra con ella desde el uso de sus servicios y para actores sociales relevados de la comunidad. Se planea fomentar el conocimiento y capacidades de acción en temáticas como equidad en salud, determinantes sociales de la salud y otras relacionadas.
- c) **Instalación e implementación permanente de procesos participativos:** Se plantea contribuir a los procesos de participación instalados en los territorios, relativos a identificación y priorización de problemas que afectan la equidad social y de salud en las comunas para que sea una práctica permanente en los territorios.
- d) **Constitución de equipos integrados y capacitación** entre salud, áreas sociales y otras áreas en el territorio para abordar las condiciones sociales que afectan la equidad social y de salud en las comunas participantes y mejorar el acceso a programas sociales y a salud de las personas y familias viviendo o trabajando en las comunas.

⁷⁷ Rodríguez C, Lamothe L, Barten F, Haggerty J. Gobernanza y salud: Significado y aplicaciones en América Latina. Rev Salud Publica. 2010;12(SUPPL. 1):151–9.

e) **Generación de un proceso nacional de síntesis periódica** que considere las etapas anteriores y que actúe como devolución y reconocimiento para la comunidad de su incidencia en la toma de decisiones a nivel local, regional y nacional. Este proceso nacional se construirá a partir de una reflexión en el seno del grupo motor de apoyo a esta línea estratégica, la que contará con un equipo de tarea especial para su formulación, coordinado por el Departamento de Participación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

• **Línea Estratégica 3: Trabajo intersectorial para un abordaje integral en salud**

La acción intersectorial es condición fundamental para abordar de manera integral las condiciones materiales, económicas y sociales en que las personas viven y que impactan de manera significativa en su salud y bienestar ⁷⁸. El objetivo es lograr la acción concertada entre los distintos sectores de la política pública presentes en los territorios (comunas) para diseñar e implementar intervenciones que permitan mejorar las condiciones de vida y generar ambientes saludables para las personas y la comunidad que ahí habitan y/o trabajan. Esto implica que el trabajo debe trascender al sector salud y requiere considerar a otros sectores, más allá de aquellos que tradicionalmente se hacen cargo de la política de salud y de la atención de la enfermedad, como por ejemplo los sectores de educación, desarrollo social, seguridad, trabajo, vivienda y urbanismo, transporte, entre otras. Esta acción intersectorial es desarrollada con foco en mejorar la equidad en los resultados de salud y bienestar. Las acciones planteadas en el contexto de esta Línea estratégica son:

a) **Construcción de una línea basal** que caracterice el estado de situación del trabajo intersectorial a nivel de las municipalidades pioneras de atención primaria universal y otras integradas al presente eje en alguna de sus líneas estratégicas. Se elaborará un mapeo de sectores y actores clave presentes en el territorio (incluyendo sector público, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), sector privado y organizaciones sociales).

b) **Formación de capacidades para la acción intersectorial** en los trabajadores de los gobiernos locales: a través de capacitaciones como un curso online para municipios y actores de los gobiernos locales.

⁷⁸ Amri, M. (2022) Intersectorial and multisectorial approaches to health policy: an umbrella review protocol. Health Res Policy Sys 20, 21, 2022.

- c) **Desarrollo de plan de trabajo comunal** en cada municipio participante, para el fortalecimiento del trabajo intersectorial que identifique los tiempos, recursos, información, formación adicional de capacidades y los mecanismos para el monitoreo y evaluación del trabajo conjunto.
- **Línea estratégica 4: Gestión socio sanitaria integrada en los territorios**

Existe una multiplicidad de programas de Estado que se entregan a las personas en los territorios. Sin embargo, es frecuente observar que éstos no cuentan con una coordinación sistemática entre ellos para los cuidados integrales de las necesidades de las personas. Esta diversidad y fragmentación genera una pérdida de oportunidad para lograr mayor impacto positivo en la calidad de vida de las personas. Lo anterior se observa cuando, por ejemplo, una persona usuaria acude a un Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), área encargada en un municipio de gestionar los programas sociales que provienen del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, para solicitar apoyo, pero presenta una condición de salud que le impide trabajar y aportar a la economía familiar. La entrega de un beneficio social, como, por ejemplo, un subsidio familiar, sin una respuesta del área de salud, resuelve de modo parcial e insuficiente su necesidad. De manera similar, una atención por parte del equipo de salud a una persona que requiere de un apoyo social, por ejemplo, de alimentación, podría no lograr su efecto terapéutico debido a la condición social no resuelta. Es por esto, que la gestión social y sanitaria integrada busca fortalecer los lazos de las personas, familias y comunidad, con los diversos programas y beneficios ofertadas desde la institucionalidad pública, de modo de asegurar su acceso oportuno a estos servicios y vincular esta oferta con la generación de condiciones para una vida saludable y bienestar con equidad ⁷⁹.

Para ello, se estrecharán las relaciones de trabajo entre los diversos sectores gubernamentales a nivel municipal a través de la integración del sector salud al proyecto de Gestión Social Local (GSL) desarrollado desde hace algunos años por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Este proyecto integra los sistemas de información sobre servicios sociales a los cuales tienen derecho las personas y familias con vulnerabilidad social, definida en el Registro Social de Hogares, en la plataforma informática de GSL del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Asimismo, integra las diversas prestaciones y beneficios sociales con la gestión de recursos, facilita el trabajo de los gestores locales y el acceso a los beneficiarios y usuarios a través de una ventanilla única. Está implementado en la mayoría de las municipalidades y oficinas locales de niñez en el país y permite mejorar el acceso a

⁷⁹ Trayectoria y Evaluación de Gestión Social Local (GSL) 2018 - 2021 (Spanish). Washington, DC: World Bank Group.

servicios de las personas y familias. Actualmente, 251 municipalidades han adherido a la plataforma. En este contexto, se espera desarrollar un Módulo de Salud y agregarlo al Sistema de GSL del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, o **Proyecto GSL Salud**, potenciando el ámbito local como generador de soluciones e innovación, como se señala en las líneas de acción propuestas a continuación.

- a) **Módulo Salud agregado al Sistema de Gestión Social Local:** Se busca apoyar la **gestión integrada sociosanitaria** de casos por parte de profesionales de centros de atención primaria y DIDECOs, disponer de información que permitirá mejorar la atención integral a las familias y contar con marcaciones en la plataforma para la entrega de beneficios. De esta manera, tanto los equipos de salud como los equipos del área social podrán mantener una relación coordinada en torno a los casos que se atienden. El modelo de gestión de casos contará con un screening sociosanitario y el módulo salud permitirá hacer la referencia y contrarreferencia entre los servicios públicos existentes en el territorio. Se incluirán al sistema GSL los servicios que se ofrecen en relación a salud, mejorando la asignación de beneficios de salud y sociales, reduciendo la complejidad de trámites para los usuarios, optimizando el viaje del usuario por la institucionalidad de cuidados del Estado y fortaleciendo también la integración de los funcionarios para gestionar casos. Además, se obtendrá reportería de la gestión y beneficios entregados.

Durante el 2023, se incorporan a este modelo de gestión integrada 13 comunas, consideradas aquellas pioneras de APS-U (7) y otras 6 incorporadas por la complejidad diversa que representan seleccionados en acuerdo entre el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y el Ministerio de Salud. El proceso de instalación se realiza en estrecho vínculo con los equipos locales, lo cual favorece la asimilación de la herramienta.

Ya se comenzó el trabajo para diseñar e implementar el **módulo de Salud** en el sistema GSL en todos los centros de atención primaria de salud (COSAM, CECOF, CESFAM, PSR, SUR, SAR y SAPU) de las 13 comunas: Alhué, Canela, Coltauco, El Tabo, La Cruz, La Pintana, Ñuñoa, Linares, Lo Espejo, San Miguel, Perquenco, Puerto Natales, Renca. Todas estas comunas ya cuentan con los módulos básicos de GSL, con excepción de Lo Espejo, que está en proceso de instalación.

La plataforma informática del módulo salud integrará información respecto de: (1) la participación del usuario/a en programas, (2) una sección de “alertas sociosanitarias” a nivel de hogar, (3) marcaciones asociadas a personas, (4) referencia de acceso a fichas técnicas

(con protocolo de datos), (5) notificaciones emergentes (pop-up) con beneficios de salud, entre otros elementos. La forma de integrar los datos será a través del Registro de Información Social, instrumento que es coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Existirán diversos perfiles de usuarios con distinto acceso a la información, y respaldo jurídico e informático para el cumplimiento de todas las normas acerca de protección de información sensible y personal. Contará además con reportería en 5 niveles: Individual (atenciones), Sector (se ordenará según cada caso), Establecimiento, Comuna y Servicio de Salud.

Con esto se espera lograr la integración de la oferta local en los municipios de programas de Salud y Desarrollo Social tales como: entrega de ayudas técnicas a personas con discapacidad, cuidado de personas mayores, apoyo a personas en situación de dependencia severa, acciones de prevención de adicciones y problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes al cuidado del estado, entre otros. Se espera además realizar una evaluación del proceso en comunas participantes el último trimestre del año 2023 para su posterior expansión a nuevas comunas según se determine.

b) Ámbito local como generador de soluciones e innovación, y nivel nacional que habilita las condiciones que permite aquello.

Los gobiernos locales se constituyen en un espacio de innovación social de la salud que demanda un accionar continuo y de crecientes capacidades de adaptación para dar respuestas a los problemas y demandas de la comunidad. Muchas de esas acciones no son sistematizadas, recogidas como aprendizajes y menos aún evaluadas para su posible escalamiento en programas permanentes o sostenibles desde la institucionalidad pública. En este eje se apoyará establecer metodologías y soporte técnico para identificar, sistematizar, dar seguimiento y evaluación a soluciones innovadoras, constituyéndose las comunas en un espacio de innovación social de la salud.

- **Identificación / Mapeo de experiencias e intervenciones** sobre los determinantes sociales de salud desarrolladas en distintas comunas del país para el avance en equidad en salud y bienestar. Esto se realizará mediante el levantamiento a nivel nacional de experiencias, la sistematización y un proceso que permite reconocer y difundir estas. Durante el primer año de implementación, se realizará por medio de un concurso nacional, y para los años siguientes se espera concurrir con metodologías complementarias según los resultados del primer levantamiento.
- **Desarrollo de un repositorio de experiencias y aprendizajes** de intervenciones sociales y de salud que impacten la generación de condiciones saludables y que mejoren el acceso y la

salud con equidad. Se espera que este repositorio facilite la generación de un espacio de comunidad para intercambios de experiencias y aprendizajes.

- **Reflexión sistemática sobre iniciativas** desarrolladas en las comunas pioneras para abordar los determinantes sociales de la salud y promover la equidad en salud, identificando fortalezas, limitaciones, barreras que enfrentaron, principales actores y resultados. Esto permitirá llevar a cabo un proceso de aprendizaje por parte de los equipos locales de las comunas pioneras que estimule el desarrollo de una cultura de innovación con foco en abordar la determinación social en salud.
- **Modificaciones en definiciones de programas**, normas, glosas presupuestarias, y otros instrumentos para facilitar el desarrollo e implementación de innovaciones y adaptaciones de las políticas nacionales al nivel local.
- **Línea estratégica 5: Cambios en los programas y procesos de salud para generar un mayor valor social de las intervenciones.**

Los programas y procesos existentes que se ejecutan en el nivel local son resultado de la introducción y modificación sucesiva de elementos programáticos incorporados a la cartera de prestaciones a lo largo del tiempo, en diferentes momentos, generando el cuerpo de acciones que se realizan en la actualidad. Estas acciones sanitarias fueron formuladas en base a experiencias o evidencia, pero debido a barreras de acceso los resultados obtenidos son inferiores a los esperados (cobertura efectiva menor al 100%), especialmente en grupos con mayor desventaja social. Esto implica que el programa tiende a no estar diseñado para asegurar una cobertura a dichos grupos y requiere de un rediseño o la introducción de elementos que permiten agregar un componente de equidad a la implementación de la misma. Para esto, se capacitará y trabajará en conjunto con los equipos a nivel nacional de programas y procesos de salud que se ejecutan en los territorios, y con participación de representantes de comunas para la revisión y rediseño de programas y procesos de salud prioritarios que permite integrar la perspectiva de los determinantes sociales de salud, con el fin de mejorar su efectividad a través de la inclusión de las acciones sociales en la atención primaria de salud y abordar las barreras para el acceso a salud. Se utilizará la metodología de la OMS INNOV8 ⁸⁰, que consiste en una reflexión estructurada y sucesiva en 8 etapas para analizar las barreras existentes que permite que los encargados de estos programas y procesos formulen modificaciones a los mismos. Se busca que los programas rediseñados y que se implementan

⁸⁰ Organización Panamericana de la Salud (2017) El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Washington, D.C.

a nivel local sean incorporados a la atención primaria en paralelo al proceso de expansión de la universalización. Las iniciativas consideradas en esta línea estratégica son:

- a) **Priorización de programas** o áreas de trabajo que serán incluidas en un proceso de rediseño, en conjunto con las instancias organizacionales del Ministerio de Salud y encargados de programas que se implementan en atención primaria.
- b) **Conformación de los equipos** programáticos que participaran a nivel nacional y en las comunas.
- c) **Capacitación a los equipos programáticos** participantes nacionales y de las comunas pioneras de Salud Primaria Universal y otras comunas seleccionadas en la metodología de INNOVA8 de rediseño de programas.
- d) **Elaboración e implementación del plan de trabajo** para el proceso de rediseño de los programas priorizados, diferenciando acciones a nivel municipal y nacional.
- **Línea estratégica 6: Ámbito nacional, regional y local con capacidad de monitoreo y evaluación de los determinantes sociales y su impacto en salud.**

El objetivo es fortalecer la capacidad analítica, de vigilancia y evaluación de los trabajadores de salud en los territorios. Las limitaciones de muchas de las encuestas y fuentes de información para capturar de forma adecuada la realidad local, dada la falta de representatividad y oportunidad en el acceso, limita el accionar efectivo del ámbito local y restringe su capacidad de generar intervenciones. Se busca construir capacidad y competencias a nivel local de monitoreo y evaluación, establecer un sistema de vigilancia de los determinantes sociales de la salud a nivel local que dialogue con el proyecto de gestión social local constituyéndose en la base para la evaluación local de los programas sociales y de salud. Además, se busca contar con un mapa de vulnerabilidad social y de salud que facilite los procesos de priorización con un lente de equidad y facilite el desarrollo de intervenciones intersectoriales para disminuir esta carga en las comunas pioneras y otras.

- a) **Construcción de línea basal:** Se realizará un estudio de percepciones sobre equidad en Salud y sus Determinantes Sociales a nivel local, regional y nacional.

- b) **Estudios de impacto de políticas intersectoriales en salud:** En base a datos provenientes del registro social de hogares (RSH) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y de datos disponibles en el Departamento de Estadísticas e Información de salud (DEIS) del Ministerio de Salud, se generará evidencia retrospectiva del impacto sobre los resultados en salud de algunas políticas intersectoriales priorizadas. Para esto, se realizará un llamado para la participación de la academia en las evaluaciones priorizadas por ambos ministerios.
- c) **Desarrollo de un sistema que permita el monitoreo de los determinantes sociales** desde el ámbito local. Esto permitirá contextualizar los territorios, establecer vigilancia de los determinantes sociales de salud y facilitará la evaluación de las intervenciones al vincular las necesidades de salud y sociales que se identifiquen y emerjan con la oferta programática que integrará el sistema de GSL.
- d) **Desarrollo de un GEOPORTAL, elaborado en base al trabajo de recolección de activos comunitarios para la salud y el mapeo de familias con vulnerabilidad social y de salud,** en las comunas pioneras y otras, que alimente el desarrollo de intervenciones intersectoriales y el conocimiento de las familias y personas de los activos comunitarios que existen en su barrio y comuna.
- e) **Diseño de metodología y guías de evaluación del impacto en salud** a nivel territorial de intervenciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud.
- f) **Definición de indicadores del impacto en equidad en Salud de programas e inversiones** para ser incluidos en la evaluación Ex Ante de todos los programas e inversiones públicas mayores a 270 UF que efectúa el Ministerio de Desarrollo Social y Familia como requisito para su aprobación e inclusión presupuestaria.

4. MONITOREO Y EVALUACIÓN:

Se realizarán dos evaluaciones anuales de los avances. La primera se efectuará con corte al 31 de agosto y la segunda con corte al 31 de diciembre. Se plantean los indicadores para el primer año 2023 en las comunas pioneras y otras incorporadas al Eje (total 13 comunas). Estos indicadores se incorporan en el resto de las comunas a medida que se vaya escalando las comunas incorporadas a los ejes de la Reforma, esperando que al final del presente periodo de gobierno (2026), el 50% de las comunas se encuentren incorporadas.

Estrategia	Meta 2023
Gobernanza de Salud para generar condiciones de vida saludable	<ul style="list-style-type: none"> Equipo motor nacional, mesas regionales y comunales funcionando en régimen.
La participación social como motor de cambio.	<ul style="list-style-type: none"> Estudio realizado sobre: Diagnóstico de la situación de participación social en las comunas pioneras con integración de la comunidad en el proceso Activos comunitarios levantados e integrados al Geoportal y GSL
El trabajo intersectorial para un abordaje integral y efectivo de los problemas.	<ul style="list-style-type: none"> Mapeo de sectores y actores claves en las comunas seleccionadas en conjunto con equipo eje APS Universal Al menos dos integrantes equipos locales capacitados en intersectorialidad Construcción de línea basal y desarrollo del plan de trabajo comunal
Gestión social local para mejorar la salud y bienestar	<ul style="list-style-type: none"> Módulo de Salud GSL implementado en 13 comunas Primeras experiencias innovadoras seleccionadas para escalar a nivel nacional
Cambios en programas y acciones de salud para un mayor valor social de las intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> Encargados de programas capacitados en INNOV8 para rediseño de programas
Fortalecimiento de la capacidad de monitoreo, evaluación y acción desde el ámbito local	<ul style="list-style-type: none"> Geoportal implementado Curso de Determinantes Sociales de la Salud y métricas de inequidad para el nivel nacional y comunas pioneras priorizadas. En colaboración con Estrategia Nacional de Salud

EJE: DIGNIFICAR Y MODERNIZAR EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Palabras clave: Autoridad Sanitaria, Modalidad de Atención Institucional (MAI), Red Asistencial, Gobernanza y Gestión de la Provisión de Servicios

1. INTRODUCCIÓN

Una de las demandas más repetidas y sentidas de la ciudadanía en estos últimos años ha sido la desigualdad e inequidades observadas en salud ^{81,82,83}. Lo anterior se traduce en vivencias de indignidad en las personas que buscan servicios de salud, marcados por el sentimiento de ser negado o negada en su merecimiento -como el de cualquier otro/a- para ser atendido/a y correspondido/a por el sistema de salud. Esto es, a recibir una prestación médica o de cuidados, en condiciones de acceso, calidad y oportunidad pertinentes para la personas. Las personas no sienten que el sistema de salud del país responde a sus expectativas y la satisfacción con el sistema es de las más bajas de los países de la OECD como se mencionó anteriormente. Por otra parte, la dificultad de conseguir una hora de manera oportuna para un especialista obedece en parte al uso incorrecto de los recursos disponibles para el efecto, es decir, a un problema de gobernanza institucional y de gestión, y por otra parte a la falta de empatía del sistema o el maltrato que constituye un fenómeno en sí mismo.

Una atención digna se vivencia a través de diversos elementos como son el trato digno, el ejercicio de la autonomía con respecto a las decisiones de terapia y terapeuta, el respeto a la confidencialidad, el acceso oportuno, la calidad asistencial y del entorno físico, entre otros elementos ^{84,85}. Más aún, la experiencia de atención digna se encuentra modulada tanto por las expectativas de las personas como las capacidades del sistema, y la interacción de estas partes, por tanto, un foco tanto en las partes como en su relación es fundamental ⁸⁶. El sector salud se caracteriza por establecer, en una cierta predominancia, relaciones de poder asimétricas entre prestadores y usuarios, como también en las relaciones laborales. Esta cultura “paternalista” histórica de relaciones tiene impacto tanto en la calidad de vida laboral de los equipos de salud como en las experiencias de atención digna por parte de los usuarios. Modernizar y dignificar,

⁸¹ PNUD (2017). Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Santiago de Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

⁸² CEP (2019). Estudio Nacional de Opinión Pública, Mayo 2019.

⁸³ IPSOS (2021). Desigualdades en el mundo: cuáles son vistas como las más graves. Marzo 2021.

⁸⁴ Lorentsen VB (2019). The meaning of dignity when the patients' bodies are falling apart. Nurs Open. 2019; 6(1):1163–70.

⁸⁵ Sæteren, B. (2021). Dignity: An Essential Foundation for Promoting Health and Well-Being. In: Haugan, G., Eriksson, M. (eds) Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research. Springer, Cham.

⁸⁶ Montenegro, C. (2021) Experiencia usuaria en salud: hacia un modelo de atención que escucha a los usuarios. Centro de Políticas Públicas UC.

pasa tanto por incorporar nuevas tecnologías, nuevas metodologías de gestión, como también generar una transformación cultural centrada en la calidad de las relaciones humanas que se despliegan hacia adentro y hacia afuera del sistema sanitario.

Las innovaciones que actualmente se encuentran disponibles en los modelos de gobernanza, en la gestión clínica, en la gestión del cuidado, como también en las tecnologías de información y comunicaciones, ofrecen una oportunidad para dar un salto cualitativo en calidad de la atención. Por ello, incorporarlas por medio de políticas públicas contribuye a modernizar el sector para dignificar su quehacer, a fin de que las personas -sean pacientes, usuarios o trabajadores de la salud- perciban mutua reciprocidad.

Por otra parte, la pandemia COVID, así como otras emergencias sanitarias que el país ha enfrentado en las últimas décadas, nos exigen planificar y preparar el sistema de salud para ofrecer seguridad sanitaria de manera integral.

Para avanzar en las materias mencionadas, se plantean las siguientes líneas estratégicas para este eje:

2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL EJE

Proceso de Formulación e Implementación:

Este eje centra su quehacer en el desafío de materializar una atención digna para los usuarios, en base al acceso oportuno y de calidad a los servicios de atención en todos los niveles asistenciales, mediante la integración y fortalecimiento de las redes de salud -su resiliencia presente y futura-, entendida ésta como la capacidad de adaptación del sistema de salud frente a agentes perturbadores o estados o situaciones adversas ⁸⁷. A lo anterior se agrega la continuidad de los cuidados y la responsabilización del sistema de salud hacia las personas. La época que vivimos se caracteriza por innovación intensa en los ámbitos de las tecnologías digitales, y diferentes aspectos de la vida han encontrado beneficio por medio de éstas. El transporte, la entretención, la comunicación, la educación, la vida social, y muchos otros son ámbitos donde progresivamente las tecnologías se han introducido, cambiando nuestras formas de vida. Es así como se ha caracterizado esta era como la “era de información”, y filósofos contemporáneos han levantado alertas hacia las potencialidades negativas que estas tecnologías pueden traer, llamando a una

⁸⁷ Gao J (2016). Universal resilience patterns in complex networks. *Nature*; 530(7590):307-312.

instalación prudente y orientada a fortalecer la humanidad, y no a debilitarla ⁸⁸. Así también, en modernización del Estado, se cuenta con una amplia literatura que ofrece nuevos horizontes para imaginar un sector público moderno que responde a las necesidades de las personas. Luego de décadas caracterizadas por la instalación de herramientas bajo el paradigma de la Nueva Gestión Pública, ha surgido la Post Nueva Gestión Pública que coloca un mayor énfasis en una gobernanza con mayor participación de la ciudadanía, con mayores grados de transparencia y potenciando la cooperación y coordinación ⁸⁹.

De esta manera, para la formulación de los contenidos del eje, a la fecha se han realizado 5 jornadas en diferentes localidades del país, con participación de más de 300 personas, incluidos expertos, representantes de usuarios, trabajadores, gestores, equipos académicos, equipos ministeriales y de organismos relacionados, sector público y privado. Estas jornadas han permitido desarrollar una reflexión que ha problematizado las materias de acceso oportuno, productividad hospitalaria, gobernanza sectorial y dentro de la red asistencial, integración de las redes, oportunidades de las tecnologías de información, humanización y atención digna, entre otras.

En base a lo anterior, se han identificado áreas prioritarias de intervención, las que tienen relación con mejorar la calidad percibida y pertinencia en la prestación de servicios, fortalecimiento de la gestión de la red asistencial, incluyendo el rediseño del modelo de gobierno y de gestión de las consultas de especialidad, la reformulación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) y de los Consejos Consultivos de los Hospitales. Así también la intensificación del uso de las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TICs), con la creación del Servicio de Salud Digital (o Virtual) y completando el desarrollo de las fichas electrónicas en todos los niveles de la red asistencial y materializando la interoperabilidad de los sistemas. También se ha identificado la necesidad de revisar la estructura general sectorial, con foco en el ejercicio de la autoridad sanitaria en Chile y sus funciones esenciales.

A continuación, se detallan las cinco líneas estratégicas y sus respectivas propuestas.

⁸⁸ Han B (2012). *La Sociedad del Cansancio*. Herder. Barcelona, España

⁸⁹ Reiter, R., & Klenk, T. (2019). The manifold meanings of 'post-New Public Management' – a systematic literature review. *International Review of Administrative Sciences*, 85(1), 11–27.

- **Línea Estratégica 1: Proyecto de Dignificación de la atención y fortalecimiento de la Calidad de los servicios de la Modalidad de Atención Institucional (MAI)**

Es necesario producir mejoras en los procesos que se relacionan con aumentar la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a las personas y que permiten que aquellas puedan recibir atenciones dignas, seguras y con altos estándares tecnológicos. Esto se traduce en cerrar brechas de mejora de resolutiveidad, de seguridad de la atención, de ocurrencia de eventos adversos o derivados de las atenciones y de trato digno y pertinencia del sistema con sus usuarios y sus necesidades.

Las condiciones de dignidad del sistema de salud, calidad y trato, que determinan las relaciones entre la comunidad y los trabajadores de la salud, ha redundado en expresiones de malestar que han significado agresiones de pacientes y familiares hacia los trabajadores, y malos tratos desde los trabajadores hacia los usuarios ⁹⁰. Tal círculo vicioso ha de ser interrumpido por el significado que ello tiene en los resultados del quehacer de los servicios, los que se ven comprometidos por estos fenómenos de violencia que en la práctica representan una trasgresión a los derechos de las personas.

Si bien la Superintendencia de Salud se encuentra trabajando en estos temas como una extensión natural y desarrollo de los procesos de acreditación hospitalaria que administra para las garantías de calidad del GES, el contenido definitivo de esta línea estratégica, a la fecha de cierre de este documento, aún se encuentra en elaboración, y se espera avanzar en su preparación y realizar una propuesta de trabajo hacia mediados del segundo semestre 2023.

- **Línea Estratégica 2: Gestión de la Red Asistencial**

Las listas o tiempos de espera para resolver las interconsultas de especialidad se han configurado como una problemática central en el quehacer de la red asistencial y para la continuidad de los cuidados. Esta problemática se transforma en la práctica en una fragilidad sustantiva que compromete la resiliencia y sustentabilidad presente y futura del sistema que se busca obtener. La forma de abordar esta problemática cuenta con estrategias inmediatas, como los planes de tiempos de espera para aumentar la resolución de las necesidades, y

⁹⁰ Vega-Pinochet, H. (2019) Violencia Percibida Por Trabajadores De La Salud De Parte De Los Usuarios Del Servicio De Salud Talcahuano En Lirquén, Chile, 2017. Rev Chil Salud Pública 2019, Vol 23(1): 49-59

precisan de estrategias de largo plazo. Para ello, es necesario desarrollar una gestión en red, en la Modalidad de Atención Institucional, que se anticipe a la aparición de los daños producidos por las enfermedades, mediante un modelo de integración que considere la participación fundamental de la atención primaria. Esta gestión en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en Atención Primaria permite abordar la problemática de los tiempos de espera de manera sustentable y eficiente, buscando alinear a los integrantes de la red con un enfoque predominantemente preventivo y con alta capacidad resolutoria.⁹¹

Habida cuenta de lo anterior, una medida central para abordar la problemática de la integración de la red requiere replantear el modelo existente del Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), definido en la ley, junto a otras materias:

a) Rediseño de los CIRA como modelo de gobierno de las redes asistenciales, potenciando espacios de participación local para la mejora de los servicios y promoviendo desde ahí un enfoque de anticipación de daños en salud. El CIRA cuenta con principios orientadores para el trabajo integrado de la red, como son el carácter participativo, de pertinencia territorial y de apoyo efectivo de la gestión y a la integración de las redes. Sin embargo, se ha observado por parte de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, una aplicación heterogénea en el territorio nacional de esta herramienta, con frecuencia siendo débil en su nivel de participación e integración. En recientes orientaciones técnicas ⁹², se busca fortalecer el CIRA con herramientas como los Planes Bianuales de Trabajo y una mejor definición de roles de las partes involucradas, así como la relación con los Servicios de Salud, comunas, y el Ministerio de Salud. Se ha incorporado también las Comisiones de Trabajo Territorial (CTT), que permite subdividir el trabajo operativo de los CIRA a sectores del territorio de los Servicios de Salud, lo que en algunos de éstos se conocen como “micro-redes”.

Las jornadas de reflexión sobre esta materia, realizadas en Santiago y regiones (Valdivia, Copiapó) durante 2023, han permitido visualizar una oportunidad de mejoramiento de la Gobernanza de las Redes Asistenciales sobre la base de esta instancia. Algunos de los ámbitos para mejorar, y que son parte de lo que esta línea estratégica busca abordar, incluyen:

⁹¹ OPS 2010: Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas ISBN 978-92-75-33116-3

⁹² Ord. 2295, 30 de junio de 2023, del Subsecretario de Redes Asistenciales: Actualización de las Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de los Consejos de Integración de la Red Asistencial (CIRA) 2023-2025

- La importancia relativa de la APS en la Red Asistencial, para que ésta sea el eje de la acción sanitaria y articuladora de la red de prestadores, objetivo que se establece desde la declaración de Alma Ata de 1978, también en iteraciones posteriores como son las RISS basadas en APS de OPS. Sin embargo, la conformación del CIRA mayormente hospitalaria en la actualidad, donde la APS tienen una representación minoritaria dificulta esta simetría de poder en las relaciones dentro de la red. Además, la Dirección de Servicio de Salud, quien tiene el rol de Gestor de Red, le corresponde una responsabilidad administrativa y financiera sobre los Hospitales, y menor sobre la APS, la que se encuentra principalmente en manos de administración municipal. Esta diferencia en responsabilidad, junto con una demanda de problemática más aguda en los hospitales, resulta en direcciones de servicio con una visión predominante hospitalaria que se expresa en el funcionamiento de los CIRA.
- Por otro lado, en la perspectiva de transformar el CIRA en una instancia valiosa para la coordinación y gobernanza de la red, surge la necesidad de avanzar en el nivel de facultades vinculantes que ésta mantiene para superar, como ya se ha mencionado, una participación meramente consultiva. Para ello, se requiere incrementar las facultades de la instancia CIRA. De lo contrario, difícilmente se darán los cambios cualitativos que esta gobernanza colegiada podría producir. Como ejemplos de facultades que se podría otorgar a los CIRA para dar mayor realce se proponen, entre otras a explorar, las siguientes:
 - o Aprobar Planes de Salud Comunal y otros instrumentos de planificación local en APS (ej. presupuesto anual, dotación, etc.)
 - o Participar en la evaluación de desempeño de los directivos de la Red (Alta Dirección Pública y Directores comunales)
 - o Participar en decisiones de inversión o en las modificaciones presupuestarias de los Servicios de Salud
 - o Establecer facultades vinculantes en otros temas estratégicos (diseño de red, plan de acción de mejoramiento de los Servicios, etc.)
- La participación ciudadana es un elemento clave de la gobernanza de la red asistencial, y en esta materia se requiere evaluar el actual diseño de instancias de consejos consultivos tanto de hospitales como de APS, y la participación de estas mismas en el CIRA.
- Para fortalecer la descentralización, se buscará desarrollar modelos de construcción local de esta instancia mediante ciclos iterativos de desarrollo y perfeccionamiento, impulsados por los equipos de cada territorio, donde las orientaciones generen un marco general y cada territorio las adapte a sus circunstancias, para participar en una comunidad de prácticas con los demás territorios del país.
- A consecuencia de lo anterior visualizamos dos estrategias: en primer lugar, la conformación de las Comisiones de Trabajo Territoriales muy detalladamente descritas en

las orientaciones técnicas disponibles en la actualidad, las que podrían adaptarse en el tiempo según cada red, permitiendo más flexibilidad y adaptación a un proceso de construcción que podría priorizar otros elementos que no sean sólo los de una micro-red. En segundo lugar, la conformación de Comisiones de Trabajo Temáticas, como fuerzas de tarea de constitución flexible que permitan abordar temas que atraviesen horizontalmente al CIRA y en ese marco promuevan más eficazmente la integración de la RED.

- Esta manera dialéctica de construcción de la política pública podría además facilitar la difusión de herramientas y buenas prácticas. Por ejemplo, instrumentos aplicados en un territorio inicialmente (ej. Herramienta de medición de la coordinación en red) podrían extenderse a otros territorios y el Ministerio de Salud podría actuar como ente amplificador de dichas prácticas, más que como un ente fiscalizador o auditor de las iniciativas.

b) Modelo de Mantenimiento de Equipamiento Hospitalario: Un aspecto crítico relatado por gestores de establecimientos hospitalarios en las jornadas de gobernanza es la capacidad del sistema de mantener el equipamiento médico, industrial y de oficina de los hospitales en buenas condiciones, sin que sea necesario recurrir a la disponibilidad de recursos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en la modalidad actual de concurso cuando tales equipos fallen, sino poniendo a disposición de los propios hospitales asignaciones presupuestarias para la toma de decisiones autónomas en la materia, con el propósito de evitar la interrupción de la continuidad de los cuidados. Para lo descrito, se elaborará un modelo de toma de decisiones descentralizada, con criterios de elegibilidad que aseguren el correcto uso de las disponibilidades presupuestarias en equipos que ya han cumplido su vida útil, los que deben reponerse para continuar prestando los servicios que se están prestando. Esto no implica nuevos ni más servicios y considera un cierto monto de inversión autorizado. La propuesta será ofrecida para la discusión en las instancias pertinentes de la institucionalidad vigente, Ministerios de Salud y Hacienda y consistirá en un modelo de conservación de activos en materia de equipamiento médico, industrial y de oficina en los hospitales, de implementación progresiva.

c) Otras materias relativas al trabajo de la red asistencial: Según se desprende de las jornadas de discusión realizadas en el Eje, han surgido temas que cabe explorar en mayor profundidad y para lo que se formularán propuestas de seguimiento. En primer lugar, en lo estrictamente hospitalario se ha planteado con insistencia por diversas agencias, incluyendo la Comisión Nacional de Productividad, entre otras, la necesidad de abordar la problemática de las listas espera quirúrgicas NO GES, en la hipótesis de que con una adecuada habilitación de pabellones y dotación de los recursos humanos requeridos, la

productividad podría ser muy superior. De esta manera, se han configurado los Centros de Resolución Regional (CRR) que ponen de relevo las mejores prácticas de gestión de pabellones quirúrgicos con foco en la cirugía mayor ambulatoria. Resultados preliminares del modelo han mostrado un aumento del rendimiento de un pabellón de 3,2 cirugías al día por pabellón a 4,8, en aquellos que han implementado el modelo. De esta manera, se buscará seguir expandiendo los CRR y su modelo de gestión a otros territorios de la red nacional.

En segundo lugar, los recursos humanos figuran en el debate como un tema habilitante central para cualquier proceso de mejora o reforma y se ha planteado incluso la necesidad de modernizar las modalidades contractuales y, en este sentido, tanto el estatuto administrativo como el código sanitario deberían ser objeto de un escrutinio exhaustivo. Por otra parte se requiere generar condiciones para que la oferta de personal en salud que se genere en los centros formadores acompañe apropiadamente, sin rezago, el desarrollo de la medicina y del modelo de servicios que se despliega desde APS hasta los hospitales. Se realizará un trabajo con participación de gremios para realizar un diagnóstico detallado de la situación actual, y levantar propuestas de largo plazo en esta materia, sin perjuicio de los procesos en curso en materia de carrera funcionaria más apremiantes. Elementos que surgen en esta materia incluyen:

- Revisar y actualizar la política nacional de recursos humanos en salud (RHS) para incorporar/actualizar la planificación, los incentivos laborales, el desarrollo de sistemas de información sobre RHS y el desarrollo curricular de modo que promuevan el fortalecimiento del primer nivel de atención, el abordaje de determinantes, la identificación y manejo de factores de riesgo y la detección temprana del daño en la comunidad.
- Mejorar los marcos regulatorios en lo relativo al rol asociado a especialidades básicas que fortalecen el primer nivel de atención, incluidos médicos de familia y el rol ampliado de las enfermeras.
- Fortalecer la formación e integración de equipos interprofesionales en el primer nivel de atención y también en el segundo y tercer nivel, así como prácticas colaborativas tales como abordaje conjunto de casos clínicos entre todos los niveles de atención, especialmente para ciertos problemas de salud crónicos y multifactoriales que requieren de cuidados de largo plazo.
- Impulsar una coordinación más cercana con las universidades y otros centros formadores de profesionales y técnicos en salud promoviendo la enseñanza basada en competencias, la educación continua, el trabajo en equipo y la práctica colaborativa.

- Promover condiciones de trabajo decentes y la protección física y mental de los trabajadores de la salud, además de una dotación adecuada de personal de salud mediante contratos atractivos. Esto por supuesto implica aumentar la inversión en salud.

Finalmente, una materia de gran trascendencia es la que genera la problemática de la lista de espera de consulta a especialidad. Para abordar esta en mayor profundidad, se ha planteado la siguiente línea estratégica.

Línea Estratégica 3: Diseño e implementación de un modelo de gobierno y gestión de los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDTs) y centros de atención ambulatorio adosados a los hospitales

Las largas listas de espera para consultas con especialistas son una causa de molestia en los usuarios de la red pública de salud. Esto produce no solo un “desborde” de la Modalidad de Atención Institucional a la Modalidad de Libre Elección, sino también la “urgencialización” de la red asistencial,⁹³ en que los servicios de emergencia representan en la práctica un camino alternativo para el tránsito de los pacientes debido a los prolongados tiempos de espera para las consultas de especialidad. En la tabla siguiente se observa el número de consultas de especialidad realizadas por medio de las modalidades que ofrece FONASA, la Institucional (MAI) y la Libre Elección (MLE). Resulta interesante observar la predominancia de la MLE, y la baja cantidad proporcional de consultas nuevas dentro de la MAI. Cabe mencionar la reducción en consultas de la MAI por efecto de la pandemia, que no se observó de igual forma en la MLE.

Consultas de especialidad MAI y MLE, 2019 - 2022

	MAI	MLE
2019	9.155.679 (nuevas 1.439.071)	10.390.049
2020	4.890.734 (nuevas 1.028.024)	11.161.383
2021	8.383.645 (estimado) (nuevas 1.762.228)	17.841.294
2022	7.918.627 (estimado)	10.355.851

⁹³ Evaluación del gasto institucional de la Red de Urgencia del Ministerio de Salud 2009-2013 Febrero de 2016
https://www.dipres.gob.cl/597/articles-160333_informe_final.pdf

	(nuevas 1.664.482)	
--	--------------------	--

Fuente: Elaboración Propia en base a datos del DEIS y FONASA

Al analizar el funcionamiento interno de los centros de especialidad que abarca la MAI, las principales causas de pérdida de disponibilidad de horas de especialistas es atribuible a una cadena de eventos agregados: la poca disponibilidad inicial, escaso interés relativo en esa actividad clínica, ausencias no programadas de los especialistas que no se reemplazan, falta de contactabilidad de los pacientes, pacientes que no se presentan, que al final de cuentas hace que quede muy poca oferta disponible de manera efectiva. En efecto, observadores expertos han descrito que los Centros de Especialidades (CE) y Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) son espacios con menor poder relativo dentro de los Hospitales y en relación con los Servicios Clínicos de atención cerrada. Por parte de los médicos, existe una preferencia por las actividades en pabellones, en las salas de grandes procedimientos y en las camas hospitalarias, especialmente las de pacientes críticos. Esto implica un menor interés y disponibilidad de horas para atención abierta. Y luego, dicha disponibilidad debe alinearse con los espacios (salas o box de atención) para ello, donde hay mayor preferencia por su uso en la mañana, generando un déficit relativo, debido a que el costo de oportunidad para los profesionales en las tardes es mayor. Después, agendar las horas a los pacientes se encuentra con una nueva restricción, pues los médicos especialistas evitan la apertura indefinida de la agenda, y presionan por abrirla mes a mes, o semana a semana. En consecuencia, es el paciente quien deberá volver en busca de una agenda abierta para tomar una hora. Por último, cabe un despliegue especial para reducir los casos de pacientes que no se presentan el día y hora agendados -problemas de contactabilidad mediante-, para reducir los bloqueos de agenda de última hora que serían evitables y para gestionar sobrecupos.

Para abordar la problemática, se propone un modelo de gestión y gobernanza que involucra la administración de procesos y recursos que busca cerrar brechas en interconsultas de especialidades, mejorando la experiencia de los pacientes y optimizando la disponibilidad de recursos médicos. Supone la puesta en marcha de un *modelamiento básico, como prototipo*, para después, a partir de la experiencia efectiva, evaluar y perfeccionar el modelo hasta su configuración definitiva.

Este prototipo para los CE o CDT busca aprovechar al máximo las horas profesionales que se ponen a disposición para ese fin. En la práctica, tal fortalecimiento implica un mejoramiento en la productividad y supone en lo principal el establecimiento de un sistema de gobierno apropiado. El prototipo sugiere una transformación estableciendo un sistema de negociación

entre los CE o CDT con los servicios clínicos del hospital. Este modelo no solo implica mejoras en los procesos y en la gestión, sino que requiere de la instalación de un sistema de gobernanza en los centros de especialidad y de la colaboración de los servicios clínicos para proveer horas para la provisión de esos servicios.

El modelo de gestión del prototipo involucra la coordinación entre la administración del CE o CDT y los servicios clínicos, estableciendo acuerdos para su funcionamiento eficiente. De esta manera la gobernanza del CE o CDT se realiza a través de un Comité Directivo compuesto por ejecutivos del hospital y un representante de usuarios. Este comité empodera y respalda al jefe del CE o CDT y entre ellos se establece un convenio de desempeño con indicadores de resolutiveidad.

Además, el proyecto prototipo establece un marco amplio, sin especificar los procedimientos de manera detallada para permitir su implementación adaptativa y aprendizaje mediante ciclos iterativos de implementación en diferentes sitios. Esto implica compartir la experiencia para optimizarla a través de ciclos de mejora. Cada ciclo se repite periódicamente hasta que el modelo esté completamente establecido. En la práctica arranca con flexibilidad inicial pero se va transformando en un modelo más estructurado y reformado a lo largo de sus iteraciones evaluativas, de compartir experiencias y retroalimentación.

En suma, el prototipo busca aplicar una solución en todos los hospitales autogestionados de Chile, generando impacto inicial importante en asuntos de alta relevancia como son las listas de espera para consultas de especialidad.

- **Línea Estratégica 4: Servicio de Salud Digital y Tecnologías de información apropiadas para apoyar el funcionamiento y las transformaciones en la red asistencial**

A mediados de los años 90, se realizó un importante esfuerzo para la introducción de tecnologías de la información principalmente en el nivel hospitalario. Esta inversión fue financiada por el Banco Mundial y por el Banco Interamericano de Desarrollo, con distintos resultados dependiendo del nivel de soporte y uso observado en las distintas redes asistenciales del país. Si bien estos avances produjeron importantes cambios en la manera de gestionar los procesos administrativos asociados a la atención de salud, los profesionales y

técnicos del ámbito clínico y el proceso asistencial propiamente tal, no estaban considerados en esta etapa de implementación ⁹⁴.

A principios de la década del 2000, la iniciativa denominada “Consultorio sin Papeles” dio origen a las primeras implementaciones de sistemas de información orientados directamente al registro de las actividades clínicas en la atención primaria⁹⁵. Esto correspondió a un paso previo al más importante proyecto informático implementado hasta ahora en el sector salud, correspondiente al “Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA)”, cuya licitación pública inicial se realizó el año 2008. En paralelo, otras instituciones del sector como por ejemplo el Instituto de Salud Pública, las SEREMI y CENABAST, también iniciaron el desarrollo e implementación de sistemas de información asociados a sus procesos funcionales.

Desde el año 2006 en adelante, el sector ha contado con estrategias plasmadas en dos documentos que establecieron el marco sobre el cuál los proyectos informáticos y su potencial impacto se vería reflejado en las redes asistenciales principalmente, El Libro Azul ⁹⁶ y Mapa de Ruta ⁹⁷. Sin embargo, no han existido objetivos y metas de mediano y largo plazo que permitan establecer logros esperables y sus respectivos indicadores de cumplimiento en la introducción de las tecnologías de la información en el proceso asistencial propiamente tal. Esto ha llevado a una implementación desintegrada, con un especial foco en el nivel primario de atención, pero con un bajo impacto en la gestión hospitalaria, la gestión en red y sectorial en el sistema público de salud.

Este escenario se vio impactado por el lanzamiento del Hospital Digital en el año 2018, que agregó elementos propios de salud digital y telemedicina como complemento directo a la atención en salud. La posterior irrupción de la pandemia, fortaleció la necesidad de contar con otras formas de atención distintas de la atención presencial, para lo cual fue necesario disponer de herramientas y plataformas informáticas de baja utilización hasta ese momento, como elementos claves para responder a las necesidades de salud de la población. En contraste con los diferentes proyectos e iniciativas tecnológicas observados en este período, las normativas y orientaciones técnicas han sido insuficientes o prácticamente inexistentes en ciertos ámbitos, generando distintos sistemas con formas de registro incompatibles, siendo los equipos clínicos locales y muchas veces los propios pacientes, los responsables de interconectar dichas plataformas en forma manual, con directa repercusión en la eficiencia en la atención de

⁹⁴ Ministerio de Salud, Libro Azul, 2006.

⁹⁵ Cámara de Diputados, Legislatura 356ª, Sesión 84ª, en jueves 2 de octubre de 2008.

⁹⁶ Ministerio de Salud (2006), El Libro Azul: Agenda Digital del Ministerio de Salud Gobierno de Chile. LOM Editores LTDA. Santiago, marzo de 2006

⁹⁷ Ministerio de Salud, Mapa de Ruta, Plan Estratégico de Tecnologías de Información (e-Salud), 2011 – 2020, 2013

pacientes y usuarios. El desarrollo de las herramientas tecnológicas, sin una política clara ni elementos orientadores ha generado distintos sistemas de información, incompatibilidad entre las distintas plataformas y un alto índice de fracaso o retraso en los proyectos de implementación de tecnologías en el sector. El impacto generado por la pandemia sobre el sector para una rápida implementación de tecnologías y la penetración de la Inteligencia Artificial como elemento coadyuvante en la toma de decisiones clínicas y de gestión, obliga a contar con un marco que no solo regule el uso de las tecnologías, sino que también estimule una rápida adopción de ellas en base a estándares y normativas que favorezcan la interoperabilidad, poniendo a los usuarios clínicos y pacientes como elementos centrales del desarrollo de la salud digital en Chile.

La permanente y creciente innovación en base a tecnologías de información y comunicación (TICs) genera oportunidades actuales y futuras para el mejor funcionamiento de los servicios y para la realización de transformaciones que permitan beneficiar más a las personas que los usan. Sentar las bases para evaluar, adaptar y escalar estas innovaciones será crítico para el buen desempeño del sistema sanitario. Esas bases requieren de una institucionalidad y de procesos que aseguren la conectividad, interoperabilidad y capacidad de desarrollo, evaluación y adopción de innovaciones de sistemas de información y comunicación.

Las TICs son habilitantes para procesos de mejora en general, pero particularmente para la integralidad y continuidad de los cuidados y para la trayectoria de las personas dentro del sistema de salud. Se considera, entonces, la necesidad de fortalecer las TICs en el modelo de atención en red, en la gestión clínica y en la provisión de servicios de salud en general, incluyendo la incorporación de la telemedicina en todas sus formas, desde la prevención hasta la rehabilitación. Para lo anterior, se abordarán las siguientes iniciativas:

a) Cierre de Brecha de Conectividad y Digitalización corresponde a una prioridad de equidad para el funcionamiento de las redes asistenciales del país, especialmente debido a que las mejoras en eficiencia y efectividad permite mejorar los cuidados para los grupos sociales que mayormente se atienden en la red pública. Estas brechas pueden deberse a razones geográficas que limitan el acceso a conexión por medios tradicionales o a condiciones particulares de los y las usuarias de la red asistencial (situación de discapacidad, edad, idiomáticas, entre otras). Asimismo, comprende la necesidad de contar con un capital humano formado en el uso de estas nuevas tecnologías para facilitar una rápida adopción de las mismas. Para resolver estas brechas se definirá un plan de conexión de establecimientos ubicados en lugares de alto aislamiento, con un foco especial

en postas de salud rural, consultorios rurales y hospitales comunitarios a través de dispositivos que proveen internet satelital que permiten una rápida implementación. También incluye definir un programa de capacitación y entrenamiento para los equipos de profesionales y técnicos, tanto del ámbito clínico como informático, incluyendo también elementos que permitan a la población general acceder a cápsulas de auto instrucción en salud digital.

b) Creación de un Servicio de Salud Digital mediante un proyecto de ley que genera esta institucionalidad, con el objeto de concentrar en un organismo descentralizado del ministerio las funciones de prestaciones de servicio telemáticas, incluyendo lo que actualmente corresponde al departamento de Salud Digital dependiente del gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, como también los de Salud Responde, dependientes del gabinete de la ministra, entre otras funciones. Este permitirá una evaluación y adopción más rápida de tecnologías innovadoras que permitan mejorar la atención de salud y puedan ser incorporadas en el resto de los establecimientos de la red pública. En el mismo sentido, permitirá estructurar y coordinar las prestaciones a entregar en el ámbito de la salud digital, aumentando la oferta asistencial en volumen y complejidad, facilitando la continuidad de los cuidados. También incluye el fortalecimiento del Portal Paciente ⁹⁸, mejorando la oferta de información que esta entrega y complementándolo con una aplicación para dispositivos móviles, que permitirá a los usuarios acceder a información personal de salud y a la oferta de servicios de la red pública de salud, de modo que las personas tengan la tranquilidad que podrán tener coordinación de sus cuidados independiente del nivel o establecimiento que provea la atención de salud. Este plan considera alianzas estratégicas con distintos actores sectoriales como por ejemplo instituciones académicas, organizaciones en el ámbito de la tecnología, empresa privada, prestadores institucionales, entre otros, para definir los estándares y planificar la adopción de estos en el sector salud.

c) Plan de Interoperabilidad con los registros clínicos electrónicos para facilitar el acceso a la información y la gestión clínica asociada. Esto permitirá que la información de las atenciones de salud de las personas sea visible en la atención primaria, en los hospitales y en otros dispositivos de atención de la red pública y privada de salud, de modo que las personas tengan la tranquilidad que podrán tener coordinación de sus cuidados. Incluye también la estructuración de programas de entrenamiento que permitan formar a los equipos locales en los distintos ámbitos que considera la interoperabilidad. En conjunto

⁹⁸ <https://portalpaciente.minsal.cl/>

con los lineamientos de gobernanza que se generen, tomando en cuenta la legislación vigente y aquella que se encuentra en discusión en el Congreso Nacional, se espera poder definir los estándares necesarios incluyendo las guías de implementación para que el proceso sea consistente con las necesidades y brechas actuales, considerando también como un actor relevante, a los y las usuarias de la red asistencial. En el ámbito técnico, se espera contar con un registro de pacientes, prestadores e instituciones, que facilitará la identificación unívoca de los distintos actores durante el proceso asistencial, así como disponer de un servidor terminológico con los estándares requeridos para el registro de la actividad clínica asistencial.

d) Modelo de Liderazgo y Gobernanza: La gobernanza en salud digital corresponde a la forma en que se coordina y administran todos los elementos y factores implicados en construir y mantener un plan de articulación de salud digital, en un contexto de un sistema nacional de salud ⁹⁹. En simple, gobernanza se entiende como los procesos que habilitan y aseguran un uso efectivo y eficiente de los recursos de la tecnología de la información para el cumplimiento de metas y objetivos en salud ^{100,101}.

Tomando en consideración estas definiciones, el establecimiento de un mecanismo de gobernanza a nivel nacional requiere contar con un grupo de trabajo que tiene el mandato y la responsabilidad para realizar las siguientes funciones:

- Dirigir y orientar en el ámbito de la salud digital y gestión de la información
- Supervisar el desarrollo de proyectos relevantes.
- Conocer y manejar la relación con grupos de interés.
- Gestionar las comunicaciones en este ámbito con foco en todos los grupos de interés.
- Manejar información al nivel experto en los siguientes dominios:
 - o Sistema nacional de salud y prestación de servicios
 - o Salud poblacional, estrategia y política nacional de salud
 - o Entorno actual de las TIC en salud y la Salud Digital
 - o Gestión de la Información en Salud
 - o Infraestructura, telecomunicaciones, educación y capacitación de la fuerza laboral, finanzas, etc.

Para esto se propondrá un modelo de gobernanza de las TIC en salud que considera un Consejo de Gobernanza en Salud Digital y un Equipo Ejecutivo, con amplia participación

⁹⁹ WHO, National eHealth Strategy Toolkit, 2016.

¹⁰⁰ Gartner Glossary, IT Governance, <https://www.gartner.com/en/information-technology/glossary/it-governance>.

¹⁰¹ Weill & Ross, It Governance: How top Performers Manage it Decision Rights for Superior Results. Harvard Business School Press.

que buscará asegurar la máxima calidad y seguridad de los servicios entregados, entregar lineamientos y orientaciones claras para facilitar el mayor impacto posible de los beneficios de la irrupción de las tecnologías en el proceso asistencial.

• **Línea Estratégica 5: Rediseño y modernización de la institucionalidad que sustenta la Autoridad Sanitaria**

La Salud Pública entendida como las acciones que la sociedad realiza colectivamente para asegurar las condiciones en las que las personas pueden ser saludables ¹⁰², se ha visto debilitada en la mayoría de los países porque ha primado el enfoque individual por sobre el colectivo. Las funciones propias de la salud pública se han visto fragmentadas, aisladas y cuentan cada vez con menos recursos, pese a múltiples iniciativas y reformas que se han llevado a cabo para fortalecer dichas funciones, privilegiándose las funciones asociadas al aseguramiento y provisión de servicios médicos ¹⁰³.

De acuerdo con OPS, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) se definen como las capacidades de las autoridades de salud, en todos sus niveles institucionales y en conjunto con la sociedad civil, para fortalecer el sistema de salud y asegurar el completo ejercicio de la salud pública, actuando sobre los factores y determinantes sociales que afectan la salud de la población ¹⁰⁴. A partir de la reforma del 2005, la Autoridad Sanitaria, quedó representada en primer lugar por el Ministerio de Salud y sus dos Subsecretarías, las SEREMI dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública y el Instituto de Salud Pública (ISP) (Ley Autoridad Sanitaria y Gestión 19.937, que modifica el Decreto Ley N° 2763 de 1979). Esta nueva configuración de la Autoridad Sanitaria, particularmente de las SEREMI, ha generado otras problemáticas, pues sus jefaturas dependen a nivel regional de la autoridad política y a nivel central del Ministerio de Salud y su dependencia técnica es de la Subsecretaría de Salud Pública. Frente a esta situación se ha planteado la necesidad de fortalecer una institucionalidad de carácter técnico con una sólida formación en ámbitos de salud pública, con más grados de autonomía. Considerando los nuevos escenarios epidemiológicos, de emergencia y desastres y la experiencia del COVID en Chile y otros países, también se ha planteado repensar en este tipo de instituciones nuevos modelos de gobernanza.

¹⁰² Institute of Medicine (1988). Committee for the Study of the Future of Public Health. The Future of Public Health [Internet]. National Academies Press (US), editor. Washington (DC).

¹⁰³ Organización Panamericana de la Salud, 2020. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI: Marco conceptual y descripción. Washington DC.

¹⁰⁴ IBIDEM

Otras funciones de autoridad sanitaria, también se han visto frente a planteamientos de modificación en su cercanía al MINSAL. En el año 2013 se impulsó el proyecto de Ley para crear la Agencia Nacional de Medicamentos, como un servicio público descentralizado, al que le corresponderían funciones relativas al control de calidad de los medicamentos y otros productos. Finalmente lo anterior se tradujo en un Departamento Agencia Nacional de Medicamentos del propio ISP. Asimismo, se creó la Agencia del Cáncer, que es un departamento dependiente del Gabinete Ministerial de Salud. Ambas iniciativas que han buscado priorizar temas y avanzar en grados de autonomía. Sin embargo, la mayor autonomía institucional genera fragmentación y dificulta la coordinación sectorial, por lo que se precisa profundizar en el entendimiento del estado actual de las FESP en Chile y los desafíos de perfeccionamiento de la Autoridad Sanitaria, investigando qué funciones ameritan modificaciones a su forma y funcionamiento y qué se recomienda establecer en las instituciones para conseguir mayor eficacia institucional integralmente.

Para formular un proceso de rediseño y modernización de la institucionalidad que sustenta la Autoridad Sanitaria, se analizará el funcionamiento en la práctica de las funciones esenciales de salud pública para implementar recomendaciones de mejora en materia de gobernanza, organización, gestión, facultades y distribución de funciones y recursos que faciliten mejores servicios de salud de apropiación colectiva para las personas, que sean eficaces para enfrentar los desafíos sanitarios del futuro.

Lo descrito se materializará a través de una consultoría apoyada por el Banco Mundial, que comprenderá las siguientes actividades:

Actividad 1: Realizar una revisión de la literatura sobre las instituciones dedicadas al ejercicio de la salud pública, con el propósito de reforzar el marco conceptual de las FESP para los intereses de este estudio, orientado a la transformación de la institucionalidad vigente en Chile.

Actividad 2: Analizar la experiencia de la institucionalidad de la salud pública en países seleccionados (casos) para las funciones de salud pública, considerando ámbitos, competencias, estructuras y marco normativos, así como sus resultados. El estudio considerará distintos modelos de Agencias/Instituciones de Salud Pública en los países seleccionados, sus objetivos, estructuras organizacionales, competencias, dependencia (gobierno) y marcos normativos y un juicio evaluativo de su desempeño.

Actividad 3: Realizar un diagnóstico de la institucionalidad de la Autoridad Sanitaria en Chile, en el marco conceptual desarrollado y enriquecido con la experiencia de los países seleccionados (casos), la normativa nacional y el ecosistema de intereses, agencias y servicios públicos existentes.

Actividad 4: Finalmente, generar recomendaciones de fortalecimiento institucional de la Autoridad Sanitaria dentro del contexto de la reforma en Chile, en función del diagnóstico realizado antes.

El estudio debe contener revisión de normativa actual y ordenamiento organizacional en la Autoridad Sanitaria de las regiones del país, proponiendo recomendaciones que cumplan con los objetivos de esta componente. Con los resultados del estudio, se podrá realizar una propuesta de transformación que incluye cambios normativos, financieros, de normalización de recursos, de gestión y según aplique, modificaciones legislativas.

3. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Línea Estratégica	Metas de cumplimiento 2023
1. Dignificación de la atención y fortalecimiento de la Calidad de los servicios de la Modalidad de Atención Institucional	<p>Superintendencia de Salud impulsa expansión del ámbito de la acreditación, realización de un reglamento de la Ley de Derechos y Deberes y fortalecimiento de la Intendencia de Prestadores.</p> <p>Se realizó una jornada a fines del primer semestre, para definición de un proyecto a formular durante el segundo semestre del 2023.</p>
2. Gestión de la Red Asistencial	<p>i) Propuesta de rediseño de los CIRA como modelo de gobierno de las redes asistenciales, promoviendo desde ahí la anticipación a la aparición de los daños. Incluirá el diseño de un plan piloto para el fortalecimiento de los Consejos Consultivos en Hospitales con situaciones críticas de gobierno.</p> <p>ii) Diseño para la discusión de un modelo de conservación de activos en materia de equipamiento médico e industrial en los hospitales de implementación progresiva.</p>

	<p>iii) Avanzar en la expansión del Modelo CRR y su evaluación.</p> <p>iv) Propuesta de modelo de trabajo participativo en materia de carrera funcionaria.</p>
<p>3. Diseño de implementación de un modelo de gobierno y gestión de los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDTs) y centros de atención ambulatorio adosados a los hospitales</p>	<p>Proyecto formulado, con implementación y primera evaluación y ajuste en 9 meses (2024).</p>
<p>4. Servicio de Salud Digital y Tecnologías de información apropiadas para apoyar el funcionamiento y las transformaciones en la red asistencial</p>	<p>Formulación de proyecto de Servicio de Salud Digital.</p> <p>Cierre de brechas de digitalización de la red asistencial (Hospitales, CAES y CESFAM) e interoperabilidad entre los niveles de atención en el trienio 2023-2026. Avance 2023 según disponibilidad presupuestaria.</p> <p>Realización de una propuesta de modelo de liderazgo y gobernanza en tecnologías de la información aplicadas a salud, disponible para discusión en el tercer trimestre del año 2023.</p>
<p>5. Rediseño y modernización de la institucionalidad que sustenta la Autoridad Sanitaria</p>	<p>Realización de estudio y recomendaciones para su implementación en el corto, mediano y largo plazo. Se espera dar inicio al estudio durante el segundo semestre 2023 y tener recomendaciones en el primer trimestre del 2024.</p>

EJE: CONSTRUIR UN NUEVO SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Palabras claves: Solidaridad, financiamiento, gasto de bolsillo, segmentación, regulación, aseguramiento, mecanismos de pago, FONASA, ISAPRE, Superintendencia de Salud, CENABAST

1. INTRODUCCIÓN

Un diagnóstico común de diversos trabajos académicos y técnicos ^{105,106,107} es que la configuración dual del sistema de financiamiento de salud en Chile ¹⁰⁸ determina que este sea un sistema segmentado, que promueve la estratificación de acceso y atención de salud, según los ingresos de las personas; que aumenta los riesgos de enfermar de aquellos que, por ingresos, no pueden acceder a una atención de salud; un traspaso de mayor carga de enfermedad al sector público; un sub-financiamiento crónico del mismo con la consecuente baja protección financiera para las personas, la que se expresa en un alto desembolso de bolsillo y gasto catastrófico y; finalmente, un uso ineficiente de los recursos, a nivel general del sistema.

En el año 2021, el gasto total en salud ascendió al 9.1% del Producto Interno Bruto, cifra bajo el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el cual fue de 10.4%. De este porcentaje, los impuestos generales y cotizaciones obligatorias de los trabajadores y trabajadoras ascienden a un 60.8% del gasto en salud. Con ello, el gasto de bolsillo representa una proporción muy elevada del gasto total en salud, correspondiendo a un 29.8% del total versus el 19% promedio en los países de la OCDE ¹⁰⁹. Esto da cuenta de los problemas para entregar protección financiera efectiva a las personas.

Con respecto al funcionamiento del sistema, FONASA opera como un seguro solidario, que mancomuna las cotizaciones de sus afiliados, que alcanzan al 80% de la población. Por otro lado, las ISAPREs funcionan mayormente asemejadas a un seguro individual, con una tarificación correlacionado al riesgo de cada afiliado, y sin existir una mancomunación de las cotizaciones entre ISAPREs, o una compensación por los riesgos diferenciales que contiene la población afiliada a cada una. Cada ISAPRE recibe la prima de seguridad social obligatoria del 7% del salario, que opera con un tope de 4,62 UF mensuales por trabajador (mismo tope que se aplica a cotizantes FONASA). Sobre esta se agrega una prima “voluntaria” que permite cubrir el costo del

¹⁰⁵ Pontificia Universidad Católica (2021). Salud para Chile: Reflexiones y aportes de la Facultad de Medicina UC a la discusión pública.

¹⁰⁶ Escuela de Salud Pública – Colegio Médico AG (2018). Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile

¹⁰⁷ Comisión Presidencial ISAPRES (2014). Informe final comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado

¹⁰⁸ Consagrado en la Ley DFL N°1.

¹⁰⁹ OECD (2023). Health expenditure and financing. Consulta hecha el 19 de septiembre 2023. Disponible en: <https://stats.oecd.org/#>

plan contratado. La prima total en ISAPRE alcanza, en promedio, el 11% de los ingresos de los cotizantes. Debido a esta tarificación en base a riesgo, se genera, en la práctica, una selección por riesgo que afecta el financiamiento de FONASA. Esto se da a través de una migración de usuarios desde ISAPRE a FONASA durante la adultez tardía o situación de enfermedad, por lo que el fondo público históricamente ha recibido personas que durante su vida laboral cotizaron en ISAPRE, y luego, jubilados o cesantes, se cambian a FONASA donde aportan menos ingresos y generan mayor gasto por prestaciones de salud, evitando tal gasto al sector ISAPRE, permitiendo a éste ofrecer mejores coberturas a sus afiliados creando, en efecto, un subsidio indirecto de afiliados a FONASA a los afiliados a ISAPRE ^{110, 111}. En consecuencia, se van generando diferencias de recursos disponibles entre el sector público y privado, que conducen a importantes inequidades en el acceso. Por ejemplo, la mayor parte de las horas médicas se concentran en el sector privado de salud. Así, el sector público en su modalidad institucional, cuenta con menos de un 50% de las horas médicas para atender a un 78% de la población ¹¹².

Actualmente existe una crisis de legitimidad, financiera y jurídica del sistema ISAPRE, evidenciada por diversos elementos, como la creciente judicialización por las alzas unilaterales de precios de los planes, los fallos del tribunal constitucional y de la corte suprema, la cautividad de los afiliados, la integración vertical entre aseguradores y prestadores, mecanismos de pago que no incentivan la contención de costos, disminución de los reembolsos y la discriminación hacia la población más pobre, y de mayor riesgo de enfermar o de sexo femenino. Asimismo, las ISAPRE, hasta la pandemia, habían tenido un aumento sostenido en sus ganancias durante los últimos años, fundamentalmente a partir del aumento de las primas ¹¹³. La tasa de crecimiento real de las primas totales per cápita ha sido de 5,2% al año, y desde el año 1990 se ha elevado 3,5 veces sus precios en términos reales, sin entregar una mayor protección financiera a la población. En este sentido, los seguros privados han fallado en la contención de costos, considerando también altos gastos de administración y en ventas, lo que corresponde a una importante función de un seguro.

Este contexto ha contribuido a fomentar un acceso a prestaciones de salud en función de la capacidad de pago, potenciando las inequidades sanitarias subyacentes. En consecuencia, es imprescindible que el sistema de salud chileno incorpore con decisión principios de seguridad social, como la solidaridad y universalidad, con el fin de no condicionar a la capacidad de pago de cada individuo su acceso a las atenciones de salud que requiere. La experiencia comparada

¹¹⁰ Duarte, F. (2011). Switching behavior in a Health System with Public Option. Latin American and Caribbean Economic Association (LACEA) & Latin American Meeting of the Econometric Society (LAMES); Santiago, Chile

¹¹¹ Pardo, C. (2014). Health insurance selection in Chile: a cross-sectional and panel analysis; 29(3):302-312

¹¹² Guillou, M. (2011), Carabantes J, Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Rev med Chile. 2011;139(5):559-70

¹¹³ Cid C, Uthoff A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e170.

respalda que los sistemas de salud que obtienen mejores resultados son aquellos que se estructuran conforme a principios de seguridad social. Así también, un sistema de seguridad social debiera fortalecer decisiones de cobertura financiera que estarán articuladas con el adecuado otorgamiento de estos servicios a las personas y el cumplimiento de los objetivos sanitarios, para alcanzar el mayor nivel de salud posible con estándar de calidad de atención, cautelando la sostenibilidad financiera del sistema. Lo esperable es progresar hacia un sistema donde las personas contribuyen menos, a medida que disminuya su nivel de ingresos, reduciendo el gasto de bolsillo especialmente el gasto catastrófico. Por otro lado el propósito sanitario debiera ser el proporcionar a las personas cobertura financiera según su necesidad de salud, cautelando la eficiencia a nivel global del sistema y participación armónica entre los sectores público y privado. Dada los supuestos mencionados previamente, se avanzará en las siguientes líneas estratégicas:

2. LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL EJE:

• Línea Estratégica 1: Reducción del gasto de bolsillo en salud

El pago directo por parte de las personas al momento de utilizar servicios en el punto de acceso, sin importar la proporción o monto, se convierte en un requisito para recibir atención de salud y crea una barrera de acceso. Una de las principales preocupaciones asociadas con el gasto de bolsillo en salud es su efecto en el acceso a la atención médica. Cuando los pagos directos son altos, muchas personas, especialmente aquellas con ingresos bajos o inestables, pueden enfrentar dificultades para obtener la atención médica que necesitan. Esto puede llevar a retrasos en la búsqueda de atención, falta de adherencia al tratamiento y a un deterioro en la salud general de la población ^{114, 115}.

El gasto de bolsillo en medicamentos es de los ítems más relevantes del gasto de bolsillo, y en relación a esto las personas que se atienden por la modalidad institucional (MAI) de FONASA tienen acceso gratuito a los medicamentos pertenecientes a los arsenales farmacológicos de la APS y hospitales. Sin embargo, en situaciones donde las personas no acceden de manera gratuita a medicamentos, como son principios activos que no se encuentran en las coberturas y que son indicadas por médicos en el ejercicio libre de la profesión, o en casos donde existe una preferencia de marca por parte del profesional o del usuario, se incurre en un gasto de bolsillo que da cuenta de un gasto de bolsillo elevado.

¹¹⁴ Jalali, F.S (2021). Strategies for reducing out of pocket payments in the health system: a scoping review. Cost Eff Resour Alloc 19, 47

¹¹⁵ World Health Organization (2010). The World Health Report: Health systems financing. The path to Universal Coverage.

Aunque los montos sean mínimos, basta con que sean lo suficientemente altos en relación con la capacidad de pago de los hogares para tener un impacto relevante en su bienestar ¹¹⁶. Para aquellos hogares que logran reunir los recursos económicos necesarios para realizar copagos, estos gastos pueden afectar negativamente su nivel de bienestar y limitar su capacidad de consumir otros bienes y servicios básicos, como alimentos, vivienda o educación. El gasto de bolsillo en salud puede convertirse en una carga catastrófica para una familia cuando representa una gran parte de su presupuesto familiar, incluso llevándola a caer en la pobreza.¹¹⁷

Líneas de acción:

- a) **Copago cero en FONASA:** A partir de septiembre de 2022, todas las atenciones en el sistema público de salud son gratuitas para la población FONASA independiente del tramo al cual pertenezcan. Las personas beneficiarias de FONASA de los tramos C y D acceden gratuitamente a todas las atenciones en el sistema público de salud sumándose así a la gratuidad que ya tenían las personas de los tramos A y B. La medida beneficia a 5.388.904 personas pertenecientes a los tramos C y D de FONASA menores de 60 años. De ellos, un 54% son hombres y un 46% mujeres. Con ello, más de 16 millones de personas que están en FONASA, casi el 80% de la población a nivel nacional, tendrá gratuidad en la Modalidad de Atención Institucional, es decir, en la Red Pública de Salud.

Debido a que esta medida ya está en operación, se espera desarrollar un monitoreo y evaluación del impacto del copago cero en la reducción del gasto de bolsillo mediante levantamiento de información por medio de estudios específicos durante 2024, que permiten evaluar los resultados y cambios generados por esta política pública.

- b) **Convenio de precios preferentes en farmacias:** Desde 2019 se encuentra vigente en el país un convenio entre FONASA y farmacias seleccionadas, con el fin que los afiliados a FONASA accedan a descuentos preferentes en cerca de 7000 productos, incluyendo 1400 medicamentos de consumo masivo, generando un ahorro cercano al 32% ¹¹⁸.

El convenio permite a los usuarios de FONASA acceder a precios preferenciales en medicamentos de uso frecuente en farmacias seleccionadas. Estas farmacias han sido elegidas a través de licitaciones públicas de FONASA o mediante la firma de un convenio

¹¹⁶ IBIDEM

¹¹⁷ IBIDEM

¹¹⁸ Noticia FONASA. Comienzan a regir precios preferenciales en 6.900 medicamentos para personas beneficiarias de FONASA. https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticia/descuentos_medicamentos

voluntario con la institución para ofrecer precios favorables en comparación con los precios disponibles a través de las licitaciones.

El propósito de esta medida es reducir los gastos directos de los beneficiarios y no implica costo para FONASA, ya que no traspasa recursos fiscales a las farmacias, quienes asumen por completo los menores precios cobrados.

c) Potenciar y aumentar la visibilidad de la Ley 21.198 “Ley CENABAST”.

Profundizar y mejorar el mandato del Estado orientado a bajar el gasto de bolsillo de las personas en medicamentos, facilitando su acceso por medio de las farmacias privadas a través de la Ley N° 21.198 o de las farmacias populares y/o municipales que son abastecidas por CENABAST. Considerando la perspectiva territorial, esto es, tener pertinencia según las realidades de cada comuna y región. Lo importante es mejorar el acceso de la población a fármacos más baratos, considerando la gran carga financiera que representa en Chile el gasto de bolsillo en este ámbito, en especial para personas mayores y enfermos crónicos.

Resultados de las líneas de acción:

- Durante el período septiembre 2022 a abril 2023, **708.595 personas han sido beneficiadas por Copago Cero**. Con un ahorro total estimado para las personas en 73 mil millones de pesos; y un ahorro promedio por persona de más de 100 mil pesos ¹¹⁹.
- Adicionalmente, entre 2021 y 2023 (abril), se han beneficiado 399.216 personas, con 1.667.703 unidades de medicamentos vendidas en el marco del **convenio con farmacias**, con un ahorro de 20.008 millones de pesos para los beneficiarios de FONASA.
- CENABAST abastece a cerca de 400 farmacias privadas, con un monto estimado de ventas para el año 2023 cercano a los M\$12.000.000. Hay un amplio margen para seguir creciendo en este aspecto. En el ámbito de las Farmacias Municipales (Comunales/Populares) hoy se abastece a 144 farmacias, por lo que existe un desafío de llegar a todos los Municipios, ya sea con farmacias o almacenes farmacéuticos.

• Línea estratégica 2: Fortalecimiento de la función de financiamiento

La función del financiamiento de salud es la mandatada a efectuar la recaudación, administración y asignación de los recursos necesarios para garantizar el acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud ¹²⁰. Este financiamiento se obtiene a través de diversas fuentes, como impuestos generales, contribuciones obligatorias de seguridad social entre otras

¹¹⁹ Gobierno de Chile (2022). Copago Cero. <https://www.gob.cl/copagocero/>

¹²⁰ World Health Organization (2010). The World Health Report: Health systems financing. The path to Universal Coverage

vías. Un atributo clave en sistemas de seguridad social es que los recursos se mancomunan en un fondo, generando solidaridad entre grupos de la población y se destinan a cubrir los costos de atención de salud, medicamentos, entre otros aspectos fundamentales¹²¹. Además, el financiamiento de salud busca promover la sostenibilidad del sistema, generando incentivos para el cumplimiento de los objetivos sanitarios definidos desde la función rectora sectorial, así como asegurando que los recursos sean utilizados de manera eficiente para mejorar la salud de la población en general.

Los modelos para lograr lo anterior a nivel mundial se pueden identificar, a modo de simplificación, en aquellos donde la función de financiamiento (recolección, mancomunación y asignación a prestadores de los recursos) recae en una institución para un territorio determinado, o en los cuales se fragmenta en múltiples instituciones. Los modelos con múltiples instituciones en competencia (de tradición “Bismarkiana”) han buscado evitar las fallas de mercado propias de estos modelos mediante una regulación intensa y detallada, con resultados que no han logrado evitar la selección de riesgo y la generación de un mercado competitivo, según como ha sido esperado¹²². Aquellos países donde los administradores de fondos y que financian las prestaciones se concentran en una institución, nacional o regional, muestran configuraciones diversas de organización de los prestadores, algunos con mayor integración vertical con su financiador, y otros desintegrados, públicos y privados. Como ha sido descrito, la situación actual de la estructura dual del financiamiento en Chile mantiene una serie de problemáticas, y las reformas al financiamiento que han sido planteadas por diversos gobiernos y grupos de estudio, no han logrado ser adoptadas. Los planteamientos en tensión son avanzar hacia una competencia regulada entre las instituciones existentes en la actualidad (ISAPRE y FONASA) o reformular la relación entre éstas para establecer un primer nivel de cobertura financiera universal para toda la población, y un segundo nivel donde se cuenten con instituciones en competencia regulada. Esta tensión, expresada en la falta de consenso político, ha perpetuado la inacción en esta materia.

"Debido a la falta de resultados positivos en la experiencia internacional con competencia regulada como primer nivel de aseguramiento, y los desafíos regulatorios asociados a esto; la experiencia chilena, marcada por dificultades regulatorias en el ámbito de las ISAPRE, que han resultado en el mantenimiento de la selección de riesgo y la falta de incentivos para promover la salud preventiva en estas entidades; junto con la creciente semejanza de Chile con modelos de financiamiento basados en fondos y administradores universales; el gobierno

¹²¹ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2018). Departamento de estudios, extensión y publicaciones: El Sistema de Salud en Chile.

¹²² Van Kleef, R.C., Eijkenaar, F., van Vliet, R.C.J.A.: Selection incentives for health insurers in the presence of sophisticated risk adjustment. *Med. Care Res. Rev.* 77(6), 584–595 (2020).

del Presidente Gabriel Boric ha propuesto avanzar hacia la creación de un Fondo Universal en Salud (FUS) como un horizonte para el modelo de financiamiento en atención médica de primer nivel, y la implementación de un mercado con competencia regulada para seguros voluntarios de segundo nivel."

Esta perspectiva conlleva un diseño que permita asegurar la sostenibilidad financiera del Fondo, y la adecuada integración público privada en los niveles de aseguramiento de segundo piso y prestación de servicios; como también medidas que fortalecen los mecanismos de pago a los prestadores, para alinear estos a los objetivos sanitarios del país, y distribuir de manera apropiada el riesgo financiero. Para ello, las líneas de acción a emprender son las siguientes:

Líneas de acción:

- a) Ley corta; Modernización del FONASA y nueva modalidad en la Libre Elección:** La propuesta plasmada en la ley corta es la creación de una nueva Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) en el marco de la Libre Elección. En esta Modalidad, los beneficiarios FONASA afiliados a los grupos B, C y D que se inscriban voluntariamente podrán optar a mayores coberturas financieras, pagando una prima complementaria. Ésta prima tendrá un carácter plano o comunitario al interior de cada esquema incluido en la MCC, es decir, será el mismo valor para cada persona inscrita en éste, sin importar su edad, sexo o condición de salud. Para el otorgamiento de la cobertura financiera prometida, el FONASA actuará como un intermediador entre las personas afiliadas y seguros de copago privados, los que serán seleccionados a través de licitaciones periódicas. A la fecha de cierre de este documento, el proyecto de ley se encuentra ingresado al parlamento, y se seguirá trabajando en estudios de apoyo a la tramitación del proyecto de ley, que resuelven detalles de implementación del mismo.
- b) Transición del FONASA hacia un Fondo Universal de Salud (FUS):** Con el fin de garantizar el financiamiento y otorgamiento de protección financiera, se propondrá la creación de un Fondo Universal de Salud, compuesto por el conjunto de los recursos destinados al financiamiento del Régimen General de Prestaciones de Salud. La creación de este fondo tiene por objeto garantizar la función de mancomunación de los recursos. Esto es, recaudar y redistribuir los recursos entre los grupos de la población a fin de compensar los riesgos financieros asociados a los gastos inesperados en salud.

El Fondo desarrollaría **tres subfunciones** de la función de financiamiento del sistema de salud:

- Función recaudatoria, por medio de la movilización de recursos de diferentes orígenes, recaudando al menos las cotizaciones obligatorias de seguridad social y los aportes del Estado provenientes de los impuestos generales.
- Función de mancomunación de recursos con el fin de redistribuir solidariamente los riesgos financieros asociados a la enfermedad de todos los miembros del fondo y poder concretar subsidios cruzados entre grupos de la población.
- Función de compra, asignación o distribución de recursos, alineada con los objetivos sanitarios del sistema de salud.

Para avanzar en esta materia, se encuentran en desarrollo estudios de apoyo y actividades mediante un mecanismo de Asistencia Técnica Reembolsable del Banco Mundial. Esto incluye:

- Estudio de Vectores de Precios y Esquemas de Cobertura y Seguros Voluntarios de Salud en Proceso de Transición hacia el FUS. (segundo semestre de 2023 y primer semestre 2024)
- Seminario o conferencia internacional: El Financiamiento de los Sistemas Universales de Salud y su impacto en el Gasto de Bolsillo de sus Poblaciones. Con expertos nacionales e internacionales. (2024)

c) Equidad y eficiencia en la asignación de recursos a las redes de salud: El lograr avanzar en un sistema de salud que sea justo y eficiente implica habilitar mejoras en la forma de financiar a los proveedores de servicios de salud. Para estos efectos existen los mecanismos de pago, los cuales pueden incentivar de forma virtuosa la consecución de los objetivos sanitarios que son determinados desde la Autoridad Sanitaria. Estos mecanismos están diseñados para garantizar que los servicios de salud sean accesibles, de alta calidad y sostenibles desde el punto de vista financiero.

Esta línea de acción incorpora:

- Fortalecimiento de los mecanismos de pago para prestadores públicos y privados.
 - o Diseño e implementación de mecanismos de medición de eficiencia y equidad de la Red de Salud Asistencial
 - o Potenciar el uso de la herramienta de grupos relacionados por diagnóstico (GRD), efectuando estudios de costos y mejorando los sistemas de información.
 - o Implementar un Sistema de Ajuste de Riesgo para la distribución de recursos per capitados que considere los factores sociodemográficos y de morbilidad de la población. Esto en conjunto con el trabajo en desarrollo del eje de APS-Universal.
- Generar iniciativas que busquen dar mayor pertinencia sanitaria a la Modalidad de Libre Elección.

- Implementar un sistema de integración de información para evitar duplicaciones de la actividad asistencial entre modalidades de atención del FONASA (Atención Institucional y Libre Elección)

Resultados de las líneas de acción:

- Se ingresa el 09 de mayo de 2023, el proyecto de ley que “Crea un nuevo modelo de atención en el Fonasa, otorga facultades y atribuciones a la Superintendencia de Salud y modifica normas relativas a las Instituciones de Salud Previsional” boletín 15896-11.
- Se desarrolla estudio de cohorte sobre migración de beneficiarios de ISAPRE a FONASA.
- Se cuenta con texto de anteproyecto de Ley que Crea un Fondo Universal de Salud destinado al financiamiento del Régimen General de Prestaciones de Salud, redactado previo a la formulación del proyecto de ley corta. Por lo que requiere revisión y actualización según evoluciona dicho proyecto en su tramitación legislativa.
- Mediante el apoyo del Banco Mundial, se conocieron las experiencias de Cataluña, Suecia y Noruega en relación con la aplicación de los GRD para la asignación de recursos a prestadores de salud (en preparación documento de síntesis).
- Se cuenta con documentos con análisis técnico de profundización del diseño del FUS: estudio de vectores de precios, revisión de catálogo de prestaciones en el Régimen de Prestaciones de Salud (RPS).

• Línea estratégica 3. Regulación de los seguros voluntarios de salud

En el sistema de salud chileno los seguros voluntarios de salud se encuentran desregulados desde el punto de vista sanitario¹²³. Adicionalmente se constata la existencia de variados y numerosos tipos de seguros de salud, que ofrecen servicios a la cobertura de copagos. La fiscalización compete a la Comisión de Mercado Financiero y se enfoca en aspectos de patrimonio, solvencia y liquidez. Por otro lado, la generación de la regulación de este mercado de seguros privados de salud es necesario para el funcionamiento apropiado de un mercado de seguros voluntarios de segundo piso, como se ha mencionado anteriormente. Lo anterior implica producir un diseño acorde con los objetivos sanitarios expresados en las diversas funciones del sistema de salud de modo de resguardar la necesaria coherencia entre los seguros y la necesidad sanitaria de las personas y la población del país. Algunos elementos que deben ser considerados, tienen relación con las exigencias de información y estadísticas sobre el mercado con enfoque sanitario, así como

¹²³ Superintendencia de Salud (2023). Seguros privados voluntarios de salud: revisión sistemática exploratoria. Departamento de Estudios y Desarrollo

generar una alineación de los contenidos de las pólizas con los aspectos propios del quehacer y metas sanitarias.

Para lo anterior, se busca corregir las deficiencias de los seguros privados de salud existentes y generar el marco regulatorio que permite el adecuado funcionamiento de un mercado competitivo de seguros de segundo piso mediante la redacción de un proyecto de ley que regule estos seguros. En resumen, los problemas de los seguros voluntarios radica en la falta de regulación sanitaria por un lado, con inexistencia de una supervisión sanitaria sobre las prestaciones que se encuentran con cobertura. Y por otro lado, la selección de riesgo y otras fallas de mercado son fenómenos ampliamente descritos en la literatura sobre los seguros de salud, donde se requiere establecer mecanismos que permiten un mercado regulado competitivo que incluyen elementos como subsidios cruzados obligatorios para la ecualización de riesgos entre las carteras de los diferentes seguros¹²⁴.

En preparación a lo anterior, se avanzará en el desarrollo Estudios de apoyo y actividades mediante una Asistencia Técnica Reembolsable del Banco Mundial que incluye:

- Caracterización del actual mercado de Seguros Voluntarios de Salud en Chile (población actualmente cubierta por SVS, gasto, cobertura y uso de servicios, integración vertical) (Primer semestre 2024)
- Estudio sobre los diversos modelos de Seguros Voluntarios de Salud con el fin de identificar evidencia científica y buenas prácticas que informen la toma de decisiones sobre la regulación de los Seguros Voluntarios de Salud en Chile. (Segundo semestre 2024).

Resultados esperados de las líneas de acción:

- Estudio revisión de literatura sobre seguros voluntarios de salud.
- Estudio sobre mercado de seguros voluntarios de salud en Chile.
- Proyecto de Ley de Regulación de seguros voluntarios de salud.

• Línea estratégica 4. Rediseño del Subsidio de Incapacidad Laboral:

El sistema de seguridad social garantiza el derecho de los trabajadores a ausentarse o reducir su jornada laboral en caso de enfermedad o accidente que les cause incapacidad temporal. Esta cobertura se divide en dos tipos de seguros: uno para incapacidad laboral debido a accidentes y

¹²⁴ Superintendencia de Salud (2023). Documento de trabajo. Seguros privados voluntarios de Salud: revisión sistemática exploratoria

enfermedades laborales, regulado por la Ley N°16.744 ¹²⁵, y otro para enfermedades no laborales (o enfermedad común), que varía según los seguros de salud (FONASA e ISAPRE), regulado por una normativa única ¹²⁶.

Como se mencionó, la cobertura depende de la calificación del origen del accidente o enfermedad. El subsidio se otorga a través de licencias médicas, tipo 1 en caso de enfermedad común, y tipo 5 y 6 en el caso de accidentes laborales y enfermedades profesionales. El gasto producto de licencias médicas es creciente en el tiempo y genera un riesgo de pérdida de sostenibilidad de los recursos disponibles del sector que podrán destinados a las prestaciones de salud. La institucionalidad que regula la operación de este subsidio se encuentra fragmentada, con falta de alineamiento de incentivos para su buen funcionamiento. Por lo demás, se requiere mejorar el sistema de licencias médicas en aspectos como el abuso del beneficio, así como también la coordinación entre el subsidio por enfermedad común y el subsidio por accidente o enfermedad laboral. Esto implica perfeccionar la arquitectura institucional, los incentivos económicos y financieros, así como la regulación jurídica. Para avanzar en torno a líneas de desarrollo de esta materia, se encuentra en desarrollo las siguientes acciones:

- a) **Proyecto de ley para la regulación de grandes emisores** de licencias. Se observa una concentración en pocos profesionales médicos de una gran cantidad de licencias, que en ocasiones corresponden a un uso fraudulento de este instrumento. El 80% de los médicos indica menos de 200 licencias al año, mientras que una menor cantidad son quienes emiten licencias que dan cuenta de una gran proporción de éstas ¹²⁷. El proyecto, en tramitación actual en el congreso, permite aumentar los controles y sanciones para evitar el uso fraudulento.
- b) **Estudios sobre la Política de Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL)** mediante una Asistencia Técnica Reembolsable del Banco Mundial (segundo semestre 2024).
- c) **Propuesta de ajuste legislativo del SIL** en base a los resultados de las acciones anteriores que abordará integralmente la política, tanto en su institucionalidad como en una alineación sanitaria del instrumento para resguardar el derecho y buen uso de este (2025).

¹²⁵ Ley 16744. Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. <https://bcn.cl/2f78o>

¹²⁶ DFL 44. Fija normas comunes para los subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado. <https://bcn.cl/2j5sc>

¹²⁷ Plan de fiscalización de grandes emisores de licencias médicas; Agosto 2023. <https://www.suseso.cl/605/w3-article-713849.html>

3. SÍNTESIS DE ÁMBITOS DE LAS ACCIONES

Línea estratégica	Línea de acción	Meta 2023	Instituciones
Reducción del gasto de bolsillo en salud	Copago cero en FONASA	Publicación de resultados; población beneficiada, montos ahorrados	FONASA, CENABAST
	Reducción del gasto de bolsillo en medicamentos	Estudio de evaluación de impacto en gasto bolsillo de beneficiarios de FONASA	
Fortalecimiento de la función de financiamiento	Modernización de FONASA y nueva modalidad de atención (MCC)	Presentación de proyecto ley Tramitación del proyecto de ley. Implementación (celebrar convenios con prestadores y generación de arancel)	FONASA, Subsecretaría de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública
	Fondo Universal de Salud	Elaboración de anteproyecto FONASA Elaboración de estudios (Banco Mundial de soporte) Jornada de trabajo sobre FUS.	
	Equidad y eficiencia en la asignación de recursos a las redes de atención de salud	Informe de equidad y eficiencia en red pública de salud.	
Regulación de los seguros voluntarios de salud	Regulación de seguros voluntarios de salud	Elaboración de estudios para informar y generar soporte a propuesta de rediseño. Jornada de trabajo.	Superintendencia de Salud, FONASA.
Rediseñar la política del Subsidio de Incapacidad Laboral	Rediseño de SIL	Elaboración de estudios para informar y generar soporte a propuesta de rediseño. Jornada de trabajo.	Fonasa, Subsecretaría de Salud Pública (COMPIN).

Conclusiones

Los desafíos expuestos anteriormente en los 4 Ejes de Transformaciones constituyen una carta de navegación para los siguientes años para un mejor funcionamiento del sistema sanitario en ámbitos que son consideradas estratégicos de las funciones transversales del sistema de salud. Se propone una reforma integral, en que no se trata de modificar un aspecto específico del funcionamiento del sistema de salud, sino una serie de transformaciones profundas, con medidas que abordan desde la sentida necesidad de dignificar el sistema, hasta proteger financieramente a las personas, pasando por una preocupación fundamental por la equidad en salud y desde los determinantes sociales de la salud. Algunas de estas medidas ya se han implementado, como el Copago Cero en FONASA, otras se están empezando a implementar en forma gradual, como son la Universalización de la Atención Primaria de Salud. Se espera escalar en los próximos años las diversas iniciativas, y se busca sentar bases sólidas para las transformaciones con estudios que permiten profundizar en la problemática actual, así como de las posibles estrategias a seguir, para, a partir de estos resultados, plantear propuestas basadas en un diagnóstico exhaustivo y evidencia a ser implementadas en los próximos años.

Como se ha visto, no se abordan en los Ejes áreas de patologías específicas que, sin duda, son relevantes, ni las estrategias en curso para abordar otras prioridades como son la resolución de tiempos de espera prolongadas o las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. Estas obedecen a procesos que se mantienen en un despliegue bajo otras líneas estratégicas sectoriales de mayor urgencia. El foco de las propuestas de Reforma constituyen una apuesta de mediana y largo plazo, que comienzan transformando los procesos con un enfoque sistémico, abordando las necesidades de las personas con una perspectiva que comienza desde el territorio, por medio de la atención primaria, al que le siguen transformaciones que permiten coordinar los cuidados y políticas intersectoriales, las redes asistenciales, y la protección financiera en torno a las necesidades de las personas actuales y futuras.

Como se ha dicho, estos lineamientos son un planteamiento en un momento en el tiempo, y serán revisadas permanentemente, ajustando las estrategias a los requerimientos más sentidos de la ciudadanía, y que logren mayor impacto en la construcción de un sistema sanitario que se prepara para el responder a los desafíos del futuro. De esta forma, no son exhaustivos de los esfuerzos que se están realizando en la institucionalidad sectorial, la que cuenta con múltiples otras líneas de trabajo que incluyen la resolución de listas de espera, las estrategias para enfrentar los problemas de salud prioritarias como son la salud mental, los problemas cardiovasculares, el cáncer, los problemas musculoesqueléticas agudos y crónicos, las enfermedades poco frecuentes, las enfermedades transmisibles emergentes, entre muchas otras áreas prioritarias.

La historia sanitaria en Chile está ad portas de un importante momento histórico, dado que durante el año 2024 se cumplirán 100 años desde la creación del Ministerio de Salud y de la primera institución de seguridad social en Chile, el Seguro Obrero, creados bajo el mandato del ex presidente Arturo Alessandri Palma en el año 1924, junto con una batería de otras reformas sociales. En ese momento de nuestra historia se formalizó en Chile lo que se venía configurando a nivel mundial, donde el Estado asume un rol en la protección a las personas que habitan en su territorio. Esto representa un hito en la historia de la humanidad, donde se avanza en los esfuerzos de construir una civilización que se entiende a sí misma como una que trata a las personas como iguales en derechos fundamentales. Las conquistas de los derechos se han dado en oleadas sucesivas y progresivas. Desde una primera generación de derechos civiles y políticos, una segunda de derechos económicos, sociales, culturales, una tercera de justicia, paz y solidaridad, y actualmente que se enfrentan las problemáticas derivadas de la crisis climática y de las transformaciones digitales, se avizoran una nueva generación de derechos. Los esfuerzos desplegados en esta Agenda de Transformaciones esperan aportar a la construcción de esos derechos utilizando la mejor evidencia disponible a nivel mundial, incorporando a todos los actores, ciudadanía, academia, representantes electos, dirigentes sociales y gremiales, entre otros.

La construcción de un país que en materia de salud es capaz de ofrecer a sus habitantes una experiencia común universal, donde todas las personas, sin importar su origen, estatus socioeconómico, cultura, opciones de vida, ni cualquier otro factor, sean sujetas de un derecho igualitario en materia de acceso y resultados en salud, es un paso más en una construcción de un proyecto de sociedad que es amable con sus integrantes y que sienta las bases para el desarrollo de la vida plena de cada uno de ellos, con las consecuencias favorables en materia de desarrollo económico, tecnológico, cultural y social que de ella derivan. Avanzar en establecer un sistema de salud que sea capaz de entregar eso a las personas es dar pasos hacia un futuro con mayor optimismo para la humanidad.