

ACTA DE REUNIÓN

| | | | |
|---|--|---|------------|
| Tema | 4ta sesión consejo asesor APS-U | Fecha: | 20-10-2022 |
| Lugar | Palacio Astoreca (Sede colegio de contadores auditores) | | |
| ASISTENTES | | | |
| 1 | Ximena Aguilera | Ministra de Salud | |
| 2 | Ricardo Fábrega | Secretario Ejecutivo consejo asesor | |
| 3 | María Soledad Barría | Ex ministra | |
| 4 | Soledad Martínez | Jefa DIVAP/MINSAL | |
| 5 | Gabriela Flores | CONFUSAM | |
| 6 | Rosa Vergara | ANCOSALUD | |
| 7 | Macarena Valdés | ANCOSALUD | |
| 8 | Sergio Pizarro | ANCOSALUD | |
| 9 | Roxana Sepúlveda | SOCHIMEF | |
| 10 | Paula de Orué | SOCHISAL | |
| 11 | Inés Guerrero | COLMED | |
| 12 | Cristián Rebolledo | COLMED | |
| 13 | Roberto Lagos | Federación colegios profesionales/Colegio cirujanos dentistas | |
| 14 | Mónica Núñez | Federación colegios profesionales | |
| 15 | Anita Román | Federación colegios profesionales | |
| 16 | Claudio Ternicier | Federación colegios profesionales/COLMEVET | |
| 17 | Carla Bertossi | OPS/MINSAL | |
| 18 | Julio Sarmiento | Director de salud La Pintana | |
| 19 | Ignacio Silva | Banco Mundial | |
| 20 | Juan Pablo Rubio | MINSAL | |
| 21 | Vanessa Díaz | MINSAL | |
| 22 | Jaime Peña | MINSAL | |
| CONEXIÓN TELEMÁTICA | | | |
| 23 | Juan Carlos Concha | Ex ministro | |
| 24 | Osvaldo Artaza | Ex ministro | |
| 25 | Álvaro Erazo | Ex ministro | |
| 26 | Emilio Santelices | Ex ministro | |
| 27 | Gabriela Farías | FENPRUSS | |
| 28 | Lidia Campodónico | Comunidad de buenas prácticas en APS | |
| 29 | Oscar Arteaga | ESP UCh | |
| Responsable del acta: Juan Pablo Rubio Schweizer | | | |

I. OBJETIVO DE LA REUNIÓN

1. Profundizar y discutir las líneas estratégicas 2 y 4 del documento de posición de la comisión ejecutiva APS-U.
2. Realizar una síntesis en la plenaria del trabajo realizado en ambos grupos

II. DESARROLLO.

1. Se realiza ronda de presentación general de los asistentes, y se explica la modalidad de trabajo previamente expuesta en la propuesta de trabajo para la sesión.

ACTA DE REUNIÓN

- i. Se dividen 2 grupos de discusión de acuerdo a las preferencias de los asistentes. En cada grupo existió un moderador y un encargado de tomar apuntes para llevar las propuestas a la sesión plenaria.
 - ii. Las personas que participaron en modalidad online también pudieron escoger el grupo de trabajo, no obstante por operatividad todos se sumaron a la mesa de trabajo de la línea estratégica 4.
2. Sesión plenaria
- i. Se da la bienvenida a la ministra y se explica la modalidad de trabajo desarrollada durante la mañana
 - ii. La ministra agradece el inicio del trabajo por la Dra. Yarza y enfatiza que le daremos continuidad. La APS-U es el corazón de la reforma pues es la materialización de un Sistema Universal de Salud. Importancia de ver el sistema público de salud como un derecho. Como sistema de salud hemos logrado tener grandes avances por el efecto de cobertura que tiene la atención primaria de salud. Importancia de incorporar nuevas necesidades de preparación a alertas epidemiológicas y ambientales en APS (salud ambiental en la APS). Estamos trabajando un proyecto de préstamo con el banco mundial y la OPS para el fortalecimiento de la APS con 150 M de dólares (incluye inversión en infraestructura). No sólo planteamos armar un aumento de cobertura, a poblaciones que pensamos que pueden tener ya cubierta, sino que también tener un modelo de atención más resolutivo y rol relevante acercando la resolutividad a las personas, con trabajo intersectorial (establecimiento socio-sanitarios). Poblaciones especialmente excluidas como personas privadas de libertad, con altas barreras de acceso a la salud, que dicho sea de paso, no es parte de la condena no acceder a los cuidados de la salud.
 - iii. Resumen plenario:
 1. **Línea estratégica N°4:** *“Fortalecer la coordinación intersectorial en la Atención Primaria para abordar los determinantes sociales de la salud”*

Presenta la síntesis Carla Bertossi.

Consensos: No sólo a través de lo intersectorial sino que a través de la participación comunitaria, y la APS puede ser una facilitador importante. Salud debe estar en todas partes en donde transcurre la vida de las personas. Capacitación de los equipos orientada al trabajo comunitario y con el intersector. Importante que exista un financiamiento para la participación y el abordaje de DDSS, que sea integrado y no fragmentado como lo es actualmente. Avanzar con una desburocratización de los procesos. Caracterizar mejor los DDSS en los territorios. Por último a modo de diagnóstico, es relevante recuperar el rol central de la educación sanitaria (rol de los educadores sanitarios).

- a. A partir de este diagnóstico se establecen 3 posibles líneas estratégicas:

i. Recursos:

1. Incorporar recursos para el desarrollo de competencias para el trabajo con la comunidad, aunque de todas formas debe venir desde la formación.
2. Recursos materiales para concretar el trabajo comunitario y trabajo articulado con el intersector.
3. Fortalecer la institucionalidad de la participación y promoción, acompañado con un aparato de gestión que otorgue soporte, junto con herramientas tecnológicas.
4. Compromiso y colaboración efectiva inter ministerial.
5. Subsanan la brecha de recursos humanos, infraestructura, insumos y tecnologías sanitarias, incorporando la interoperatividad en los sistemas de información.

ACTA DE REUNIÓN

- ii. **Rol de la APS:** Sumarse a la convocatoria que pueden hacer otros actores sociales en el abordaje DDSS, sin necesariamente que salud lidere esos espacios. Coordinación efectiva de municipios y ministerios, como actores claves. Articular lo que ya existe a nivel local en una línea estratégica de bienestar y calidad de vida como un eje. Modificar la rectoría sanitaria, de la APS como articulador sustentado en su posición en la cercanía a la comunidad. Crear instancias de coordinación inter territorial.
- iii. **Sentido:** Foco centrado en el cuidado de la salud más que en la enfermedad, promoción de la salud y cuidados colectivos. Superar la operacionalización de la salud a través de indicadores de desempeño, ir más allá y poner el foco en los cuidados. La Autoridad sanitaria sustentada en el conocimiento del territorio.

Por último, se hace necesario visibilizar aspectos concretos en los que se requiere avanzar en trabajo intersectorial, interministerial e interterritorial y se plantean algunas propuestas concretas de avances:

1. Identificar dispositivos sanitarios (ejemplo; cuidados domiciliarios) y sociosanitarios (ejemplo, centros diurnos para adultos mayores) como estrategias como abordaje intersectorial, que puedan servir de modelo.
2. Redistribuir recursos que se entregan a SEREMI para promoción de la salud, que pasen a través de redes a la APS.
3. Generar a la brevedad una instancia de trabajo conjunto con ministerio del interior para el abordaje de la violencia en los territorios.
4. Creación de una comisión interministerial para abordar las desigualdades en los territorios (los determinantes sociales), tomando como base la experiencia en Chile Crece Contigo.
5. Visualizar temáticas concretas que requieran trabajo interministerial para levantar barreras de acceso a la APS: Por ejemplo, normar permisos laborales para asistir a atenciones de salud.
6. Recuperar estrategias como educación sanitaria.

2. **Línea estratégica N°2:** *“Fortalecer la rectoría y gobernanza para que la Atención Primaria de Salud sea el centro y articulador del sistema sanitario”*

Presenta la síntesis Vanessa Díaz.

- a. Gobernanza: La primera duda que se plantea si es sólo a APS o al sistema en su conjunto. Es una red y hay que abordarla como tal.
- b. Respecto al diagnóstico:
 - i. Resolver la fragmentación entre el vínculo de la APS y otros establecimientos de salud, pero también a través de articular acciones de salud pero no sólo con otros dispositivos sanitarios (o sea el trabajo intersectorial).
 - ii. La capacidad de responder a las necesidades: que estructura permite para que la APS pueda responder a la necesidad de salud. Equidad territorial en la asignación de recursos
- c. Rol principal de gestor de la red: convenios y metas locales por territorio que den cuenta de resultados sanitarios (no vinculado a incentivos)

ACTA DE REUNIÓN

salariales). Capacidad de planificación e incluso en el manejo de los recursos.

- d. Re configurar lo que tenemos en la actualidad, para que la APS cumpla rol de gestor de la red. Equilibrar la relación con directores de servicio.
- e. Elementos necesarios de revisar: Indicadores actuales, mecanismo de evaluación actual, inter operabilidad, revisar estatuto administrativo, incentivos. Estructuras que podrían concretar rol de gestor de la red: consejos locales para la APS-U, directorios, micro redes, con distintas denominaciones.
- f. Estructuras administrativas: cualquier cambio en la gobernanza debe preservar los avances de los trabajadores de la salud.

3. Palabras finales:

- a. Gabriela Flores: Parece interesante lo planteado. Desde la mirada de trabajadores territoriales, lo que más clama la población es la participación vinculante. Potenciar la red y ahí hay una gran falla, educar, la promoción que tan importante es, lamentablemente no están los recursos. Si queremos avanzar en el programa de gobierno, necesitamos más de 100 pesos, llegar a los 10.000 pesos y en lo ideal a los 12.000. El cambio que Chile debería tener es no construir grandes CESFAM, sino que más bien estructura de CECOSF.
- b. Anita Román: Le realiza una pregunta a la ministra sobre cómo se va a implementar ese modelo de universalización.
- c. Roberto Lagos: Hacer un énfasis en lo ya expuesto: modelo de salud pública, que tiene una connotación especial. Entender la cadena de enfermedad con muchos elementos sociales. Pasar a un modelo biopsicosocial, rompiendo ese paradigma, que evidentemente no es fácil. Es por eso que estamos trabajando fuertemente en modificar el código sanitario.
- d. Rosa Vergara: Agradece que la ministra haya recibido nuestra propuesta y pide perdón por el retraso del consejo, pues traemos una necesidad de la población. Queremos el cambio del paradigma, como logramos que la salud sea un derecho, la cultura de ver la salud en los enfermos, mirarla desde la prevención, promoción y la participación vinculante. Aporte de 100 pesos a la APS es impresentable, si intentamos universalizar la APS. No tenemos ni el piso del gobierno anterior de 200 pesos. Cuando se negocian estas platas nunca está la comunidad, y somos nosotros los que sabemos las necesidades. Queremos un mejor per cápita pero también ser parte de la discusión. La comunidad no tiene espacios para plantear nuestras demandas, y ni siquiera somos remunerados.
- e. Paula De Orué: relevar rol de gestor desde la APS, con 2 implicancias: directorios donde estuviera la comunidad evaluando los resultados en salud. El gestor de APS con capacidad financiera para poder comprar al hospital, cambiado el foco.
- f. Mónica Núñez: Visión más sinérgica/holística desde la salud, gente desde las áreas de las ciencias sociales podemos ayudar en ese proceso. Disconformidad con el presupuesto para la APS.
- g. Roxana Sepúlveda: Incorporación de la academia a consejos consultivos, dentro de la gestión e implementación de las atenciones. Es importante que nuestros profesionales sepan desde su formación lo que implica la APS. Escuelas formativas estén presentes en la planificación estratégica, y sean incorporados los estudiantes en formación.

ACTA DE REUNIÓN

- h. Sergio Pizarro: Soy un dirigente social de la comuna del Bosque. Rol contenedor del dirigente social conteniendo las fallas del sistema. Perspectiva usuaria en la solución de los problemas.
4. Palabras finales de la ministra
- a. Reflexiones interesantes y agradece el proceso de discusión. Soy particularmente favorable a la educación para la salud, perdimos en el MINSAL esa oficina, y se perdieron el rol de las educadoras sanitarias. Hay países que normalmente vemos hacia arriba como un ejemplo en modelo de desarrollo, en Nueva Zelanda hacen cosas que nosotros hacíamos en los 50, visitas domiciliarias del recién nacido. Se han dejado de hacer esas visitas. Educación en directo donde viven las personas, no en el abstracto. Importante avanzar no sólo en lo materno infantil, sino que en el desafío actual de la cronicidad.
- b. Participación vinculante: Tenemos como proyecto de gobierno generar el consejo de salud. Pero culturalmente no somos muy proclives a la participación, como los brasileños que tienen concepto de salud colectiva.
- c. Con respecto a la gobernanza municipal soy partidaria de potenciar el rol epidemiológico que puede desarrollarse a nivel de los departamentos o corporaciones de salud. No estoy de acuerdo con pasarle la compra de servicios desde la APS porque sería perder el presupuesto sectorial y entregarlo a las municipalidades. Distinto es cambiar la lógica de planificación de la APS.
- d. Estoy de acuerdo con las unidades de CECOSF, alrededor de un CESFAM con SAR. Se debe potenciar pues es una interfaz más cercana a la gente.
- e. Salud mental con una prioridad más importante y lo estamos trabajando con la subsecretaría de salud pública. En los COSAM hay que abrirse a que no tienen un nivel específico y a su dependencia, y adecuarse a cada territorio. Un solo modelo no puede servirle a todos. Modelo de salud familiar, no es posible implementarlo en su plenitud en todos lados, donde hay lugares que no pueden acceder al especialista médico de familia. Hay que ser flexible y adaptarse a las capacidades que hay.
- f. Acercarnos nosotros al intersector: hay una interfaz socio sanitaria en la cual la APS debe jugar un rol. Modelo de cuidados implica un rol muy importante de la atención primaria.
- g. Presupuesto fue rechazado. El presupuesto de APS crecía. Ahora va a negociación a comisión mixta. Si bien es cierto que el per cápita sale disminuido, los programas han crecido. Toda la inversión representa un 24%, y nuestra intención es ir aumentado. Rechazo al presupuesto va a una oportunidad para que los actores se sigan manifestando. 2do presupuesto más cuantioso. La tasa de crecimiento en nivel secundario y terciario es mayor porque tenemos que reducir la lista de espera. Entender que este y el próximo año será complejo económicamente.
- h. Rol gestor: Potenciar la inteligencia sanitaria desde los municipios, no de cada uno de los establecimientos. Potenciar rol y perfil del cargo para los encargados de salud comunal. Agregar que se haga cargo de las necesidades de salud del sector, incluyendo la salud ambiental. Incluir finalmente todos los bienes de salud pública.
5. Gabriela Flores: Tenemos que trabajar en la reforma la modificación del estatuto de APS, en lo que respecta a la administración de salud municipal. Definir el rol de quien administra la salud primaria pues no está claro.
6. Julio Sarmiento: Seguimos teniendo un departamento de epidemiología en La Pintana, pero existe poca posibilidad de contrarrestar al servicios de salud, pues no

ACTA DE REUNIÓN

existe capacidad territorial. Como generar una instancia con algunas instancias un poco más grande que el municipio, capacidades más agregadas, más consolidadas que permitan mejorar la capacidad diagnóstica y terapéutica.

III. ACUERDOS

| | Acuerdo | Responsable |
|---|---|---------------------|
| 1 | Realizar documento de síntesis de acuerdo a lo expuesto en la sesión plenaria | Equipo MINSAL APS-U |
| 2 | Próxima sede de consejo será en CONFUSAM | CONFUSAM |

IV. PRÓXIMA SESIÓN

| Día | Lugar |
|-----------------------------|---------------|
| 15 de diciembre 09:00-13:00 | Sede CONFUSAM |