

**DOCUMENTO DE SINTESIS:
MESAS TEMÁTICAS PARA LA APS
UNIVERSAL**

CONSEJO ASESOR PARA LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA APS



APS-U

Consejo Asesor para la
universalización de la APS

ÍNDICE

ÍNDICE	2
PRÓLOGO	3
RESUMEN EJECUTIVO	6
ANTECEDENTES GENERALES	9
DIAGNÓSTICO BREVE.....	10
RECOMENDACIONES.....	14
PALABRAS FINALES	20
AGRADECIMIENTOS	21
REFERENCIAS	23

PRÓLOGO

La Atención Primaria de Salud (APS) en Chile se inicia con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952 fusionando diversas actividades que ya se realizaban en los territorios especialmente de cuidado de madres, niños y niñas, desarrollando la atención ambulatoria, inicialmente ligada a los hospitales públicos que luego va descentralizándose a los barrios. Importantes programas nacionales de salud del niño y de mujeres desde finales de los 60, permiten iniciar coberturas masivas de vacunación, atención profesional del parto, combate a la desnutrición infantil y el seguimiento del desarrollo de niños y niñas. Ya en 1970 se inicia el sueño de tener centros de salud en cada barrio para el mejor cuidado de las familias.

Durante la dictadura, en 1979 se pone término al SNS, fragmentándose en 26 Servicios de Salud territoriales y se municipaliza la mayoría de los centros de salud no adheridos a los hospitales. Pese a ello, la mayoría de los programas de salud en los diferentes territorios se mantuvo, así como la salud rural, gracias especialmente al personal de atención primaria que siguió trabajando como antes. Con la llegada de la democracia, se mantiene e incluso se acentúa la administración municipal de los diferentes centros y se inicia una fase de recuperación, inversión y trabajo conjunto como Sistema de Salud. En efecto, se establece que la base del sistema de salud es la Atención Primaria, sea municipal o no, se legisla un Estatuto de Atención Primaria que entrega una carrera y seguridad al personal, un per cápita por población adscrita a los centros de los municipios y a la vez se establecen metas sanitarias para las actividades en cada uno de ellos, conducidos por cada Servicio de Salud territorial. Desde la vuelta a la democracia se establece gratuidad en la atención primaria para todas las actividades, incluyendo los medicamentos y se hace obligatoria la participación social.

Progresivamente se ha ido fortaleciendo el trabajo de los centros de APS, mejorando la infraestructura y enfocando el modelo en un trabajo más preventivo: “De Consultorio a Centro de Salud”, se establece la “sectorización” cada 10.000 habitantes con un equipo de salud de cabecera, se incorpora la salud familiar y los médicos de familia, se crean los centros de salud comunitarios y familiar, CESCOF, verdaderos “sectores” insertos en los barrios, avanzando en el énfasis en la familia y la comunidad con el Modelo de Atención Integrada de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). De manera paralela se incrementa el personal que se desempeña en APS y se diversifica el equipo. En los ’70 éste se componía fundamentalmente de médico, enfermera, matrona, nutricionistas y

dentistas y ahora se incorporan trabajadores sociales, psicólogos/as, kinesiólogos/as, terapeutas, educadores, tecnólogos/as, farmacéuticos/as, fonoaudiólogos, entre otros.

La riqueza de actividades y programas es hoy enorme, centrados principalmente en la prevención (vacunaciones, exámenes de salud, controles preventivos), de seguimiento, rehabilitación y de control de daño, fundamentalmente de patologías crónicas, principalmente en el adulto dados los cambios epidemiológicos. Estos programas son todavía fragmentados lo que hace que una persona con varias patologías crónicas deberá ir muchas veces para control de sus diversas enfermedades, de allí que se esté promoviendo un cambio de modelo en este trabajo hacia uno centrado ya no en la patología sino en la persona. Se realizan actividades de promoción de la salud, en general sin involucrar a todo el personal sino a los encargados de dichos programas: el plan trienal de promoción y el programa que promueve la autovalencia del adulto mayor (MAS). Existe una participación comunitaria consultiva en cada centro de salud que tampoco permea realmente a toda la estructura. Las actividades de recuperación son las dentales, de morbilidad médica y de urgencia. Hay todavía pocos médicos de familia, los verdaderos especialistas de atención primaria. Se entregan además acciones de Atención Oftalmológica, rehabilitación comunitaria y en algunas comunas, atención secundaria de salud mental (COSAM) y ocasionalmente de otros especialistas.

Toda esta actividad sin embargo no incluye a toda la población de la comuna sino sólo a los asegurados por el FONASA (hoy de 16 millones), inscritos en los centros (aproximadamente 14 millones). Ello no permite una planificación sanitaria efectiva, sino que es reactiva a la demanda espontánea, lo que hace centrarse nuevamente en el daño.

Es necesaria una transformación que permita analizar las determinantes principales que actúan sobre la salud de las poblaciones en cada territorio, realizar un trabajo intersectorial que pueda corregirlos para impedir o reducir el daño, así como dirigir la acción de los centros más decididamente hacia la promoción de la salud con la participación comunitaria sustantiva que permita una mejora en la calidad de vida de la población. Ello además de mejorar la atención en los centros y en la red pública en general.

Esta transformación es la que se busca con la implementación progresiva de la **Atención Primaria Universal**, política del Gobierno a través del Ministerio de Salud que partió en 2022, concordante con las políticas de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial

de la Salud (OPS/OMS) que piden el fortalecimiento y universalización de la Atención Primaria, como la única posibilidad de alcanzar cobertura de salud universal. En 2022 se conforma un **Consejo Asesor de la Atención Primaria Universal**, con la participación decidida de múltiples actores como: usuarios, sindicatos y asociaciones gremiales, colegios profesionales, instituciones científicas, organismos internacionales y todos los exministros de salud, para aporte y seguimiento de esta importante política de transformación.

Este Consejo conformó en 2023, cinco mesas temáticas para ahondar en el diagnóstico y entregar recomendaciones en cada una de las diferentes áreas: Modelo; Participación, Intersectorialidad y Promoción de la Salud; Resolutividad; Formación del personal; y Financiamiento. Hemos querido en este documento realizar una síntesis de las recomendaciones de las diferentes mesas que permita su entrega y utilización por parte del Ministerio de Salud y las diversas organizaciones. Los trabajos de cada mesa inextenso se encuentran en anexos a este documento.

Esperamos con ello aportar en este hermoso y esperanzador proceso de transformación y desarrollo de nuestra Atención Primaria, base y orgullo de la Salud de nuestro país.

Dra. María Soledad Barría

Secretaria Ejecutiva Consejo Asesor para la universalización de la APS

RESUMEN EJECUTIVO

La Atención Primaria de Salud (APS) en Chile es la principal estrategia de cuidado de salud para las personas, se distingue por su multidisciplinariedad, transversalidad y su presencia extendida en el territorio nacional. Nace con un enfoque centrado en el cuidado materno infantil ambulatorio durante el periodo del SNS, pasando a la administración municipal en dictadura y avanzando en inversión y gratuidad desde el retorno a la democracia, con tímida participación social en salud.

Siendo este progreso insuficiente para lograr reducir la inequidad que se evidencia en los indicadores de salud entre comunas y territorios, es que el Gobierno del Presidente Gabriel Boric Font mandató la implementación progresiva de la APS Universal al Ministerio de Salud en concordancia con las políticas de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Para ello se constituye el Consejo Asesor de la Universalización de la Atención Primaria Universal con la participación decidida de múltiples actores como: representantes de las comunidades de usuarios, sindicatos y asociaciones gremiales, colegios profesionales, instituciones científicas, organismos internacionales, exministros de salud, parlamentarios, gobernadores regionales, alcaldes, para aporte y seguimiento de esta importante política de transformación.

El Consejo asesor APS-U fomentó aún más la participación, promoviendo la conformación de cinco mesas temáticas, cuya labor fue profundizar temas esenciales, estrategias y propuestas, participando colaborativa y voluntariamente representantes de sindicatos, gremios, academia, colegios profesionales, representantes de los consejos consultivos de salud y asociación de municipalidades

Las mesas realizaron un diagnóstico del escenario actual, observando:

- a. Un financiamiento que se basa en un monto per cápita fijo por persona inscrita en el territorio a cargo, más los programas de reforzamiento que complementan lo asignado y los recursos financieros que aportan las municipalidades discrecionalmente de acuerdo a sus presupuestos, con la paradoja de la inequidad en los ingresos con que cuentan las comunas más pobres, que se traduce en un financiamiento insuficiente y desigual. Este déficit de recursos técnicos y profesionales limita la capacidad de resolución y se ha incentivado la comprar servicios a privados, derivación de pacientes a niveles de atención de mayor

complejidad, sin sistemas informáticos que faciliten la coordinación necesaria, estresando aún más el sistema, tanto a los trabajadores y trabajadoras en su bienestar emocional como a usuarios y usuarias con las largas las listas de espera.

- b. La formación de profesionales de la salud que se centra en lo biomédico y carece de énfasis en la prevención y promoción de la salud, así como el conocimiento de lo que significa la atención primaria de salud como estrategia global
- c. El nivel de implementación del Modelo de Atención Integral en Salud ronda en torno al 60% del total de indicadores y su implementación es *heterogénea de un territorio a otro*, lo que podría explicarse por la cultura organizacional hegemónicamente biomédica, la alta rotación de equipos y una política educativa universitaria aún focalizada en lo hospitalario y en curar la enfermedad.
- d. El concepto de resolutivez que gobierna las metas actuales en APS ha quedado circunscrito a la capacidad para solucionar con sus propios recursos y capacidades las demandas de atención de menor complejidad, a lo que se suma el que los indicadores de resultado de una “buena resolutivez” se centran en el cálculo de una proporción máxima de derivaciones que no debiese ser sobrepasada. La resolutivez así entendida se ha transformado en un fin en sí mismo, desvinculándose de resultados finales de la atención como lo son calidad, efectividad y equidad.
- e. La promoción de salud en la actualidad se limita al fomento de los “estilos de vida saludables” en lo macro y en el territorio, existiendo una desconexión con la pertinencia territorial y cultural de las indicaciones que llegan a los centros de salud. A ello se suma la escasa formación de equipos y directivos en todos los ámbitos de participación ciudadana y promoción de salud, manejo apropiado de grupos, actualización en metodologías y técnicas que les permitan construir los Planes de Salud Comunal o en el Plan Trienal de Promoción con participación de la comunidad y con ello evitar la desmotivación de los vecinos al darse cuenta de que el tiempo invertido en reuniones, sus demandas y las propuestas de soluciones que plantearon, no fueron consideradas. La falta de financiamiento dificulta aún más implementar iniciativas locales de promoción de salud vinculadas a los problemas

propios de la población a cargo y fomentar la participación de la comunidad en la construcción de salud.

Posteriormente, las mesas temáticas generaron recomendaciones que están disponibles en los documentos extensos respectivos. En este documento de síntesis, se plasman las recomendaciones concordadas por los integrantes de las cinco mesas temáticas, destacando:

- a. Se propone avanzar con paso firme en la implementación de la APS Universal, para lo cual es relevante pasar de una participación social meramente consultiva a una vinculante.
- b. Garantizar los recursos financieros pertinentes para la participación sustantiva de la comunidad y de los representantes de la sociedad civil organizada, de modo tal que los planes de promoción de salud y de participación, así como otras propuestas, sean construidas con la participación de la propia comunidad y de manera colaborativa con la acción intersectorial para favorecer el impacto de los instrumentos de gestión pública en los territorios.
- c. Se recomienda recuperar la sabiduría de los barrios y del territorio como espacios de formación idóneo y de aprendizaje clave para el desarrollo de competencias de los actuales y futuros profesionales de salud, intencionar que las atenciones se brinden con enfoque salutogénico, ecológico, con pertinencia territorial, cultural, social y en estrecha relación con los cambios epidemiológicos de la población a cargo.
- d. Generar nodos intermedios de atención, sectoriales e intersectoriales, territorializados, cuya cartera permita resolver los problemas que más frecuentes que abultan las listas de espera, entre otras.

Con estas propuestas se espera aportar a recuperar las confianzas, el respeto mutuo, relevar el hacerse parte de las decisiones que pudieran afectar la propia salud y la de la comunidad.

ANTECEDENTES GENERALES

El día 14 de julio de 2022 en el palacio de la Moneda, se llevó a cabo la primera sesión del Consejo Asesor para la Universalización de la Atención Primaria de Salud, hito inaugural que dio el inicio a la política pública que tiene como principal desafío la cobertura y acceso universal a la estrategia de APS a toda la población que vive, estudia o trabaja en un determinado territorio.

El Consejo Asesor está compuesto por actores clave de la sociedad civil: ex ministros de salud, parlamentarios, gobernadores regionales, alcaldes, organismos internacionales, academia, colegios profesionales, sociedades científicas, trabajadoras/es de la salud y usuarias/os. El principal mandato es poder asesorar al gobierno en el desafío de la universalización de la APS, validando los criterios de inclusión para la selección de comunas pioneras, así como también proponer recomendaciones para el avance de la reforma de salud.

En este sentido, en la planificación 2023 el Consejo Asesor determinó la configuración de cinco mesas temáticas, en las que se pudiese profundizar temas especialmente importantes en lo que respecta la universalización de la APS:

- 1) Nuevo Modelo de cuidados de la APS
- 2) Financiamiento y leyes asociadas a la APS
- 3) Formación de personas en la APS
- 4) Capacidad de resolución en APS
- 5) Nuevo modelo de participación social en APS

Las mesas temáticas fueron integradas por distintos miembros voluntarios de las organizaciones que componen actualmente el Consejo Asesor, tuvieron el mandato de elaborar un documento de propuestas en un plazo de 3 meses. Posteriormente, todos los documentos fueron sujetos a discusión en sesión plena del Consejo Asesor para su aprobación.

Por último, a partir de los 5 documentos se desarrolló un proceso de síntesis, que pudiera generar un documento de posición del Consejo Asesor para la Universalización de la APS. Se convocó a una comisión de síntesis con representación de todas las mesas participantes, y a través de la metodología METAPLAN se buscó agrupar y sintetizar las recomendaciones desarrolladas, junto con

consensuar la estructura y recomendaciones del documento. El documento final fue validado en sesión plena del Consejo Asesor para la Universalización de la APS.

DIAGNÓSTICO BREVE

Chile posee un sistema de salud mixto que presenta debilidades estructuralesⁱ, resultando para la población beneficiaria de FONASA un sistema de atención primaria en salud (APS) sub financiadoⁱⁱ, segmentadoⁱⁱⁱ, fragmentado^{iv} y con dificultades de coordinación y organización, reproduciendo las desigualdades sociales existentes. Sumado a lo anterior, la crisis producida por la pandemia del COVID-19 evidenció sustancialmente las fragilidades del sector, así como las dificultades de coordinación e integración con otros sectores de la gestión pública, por ejemplo, los sistemas de protección social.

Considerando que la salud es un derecho fundamental^v para alcanzar el desarrollo social inclusivo y sostenible, necesitamos cambios en los modos de funcionamiento del Estado respecto del cuidado de las personas, las familias y las comunidades; siendo imprescindible identificar los nodos críticos y necesidades específicas que caracterizan los distintos territorios, centrándonos en el fortalecimiento de capacidades en temas de acceso universal, integración de la redes sectoriales e intersectoriales y la articulación de políticas públicas, en los territorios, favoreciendo la gobernanza territorial en salud, que integre acciones intersectorial ministeriales, regionales y locales a fin de fortalecer la articulación de las políticas públicas *el acceso a la salud*^{vi}. En relación con los países de la OCDE, Chile presenta un elevado gasto de bolsillo en salud, con cerca de un 32,8%^{vii} del gasto total en salud. Así mismo, *el gasto privado en salud no es solidario*, al no existir un fondo universal para paliar la brecha de ingresos existente^{viii}

La APS en Chile, ha tenido y sigue teniendo una *enorme relevancia* tanto como *estrategia de desarrollo y como nivel de atención de salud*, siendo la *base del sistema público* de salud en el país. La APS es la base para la promoción de la salud y la prevención de diversas enfermedades de población como también impactar en el funcionamiento, bienestar, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de más del 80% de los y las habitantes del país. La APS chilena utiliza el *Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)* con un nivel de implementación en torno al 60% del total de indicadores y de forma *heterogénea de un territorio a otro*.^{ix} Indicadores que podrían explicarse por

la cultura organizacional hegemónicamente biomédica, alta rotación de equipos^x y una política educativa universitaria aún focalizada en lo hospital céntrico^{xi}.

La APS es parte integral de la Red de Salud que actúa sobre un territorio. No obstante, no todos los nodos de las Redes del Sistema Público de Salud funcionan bajo los principios del MAIS, lo que se traduce en indicadores no convergentes, que acentúan la fragmentación del sistema y obstaculizan el tránsito de las personas en la RISS.

La “nueva salud pública” considera la salud como un proceso complejo y dinámico, y a la vez un bien social y un derecho humano^{xii}, sobre el cual se basa la promoción de la salud^{xiii}. Esta última ha sido definida como un proceso mediante el cual se crean capacidades para que las personas, grupos y comunidades incrementen el control sobre los factores que condicionan su salud y así poder mejorarla^{xiv}. La promoción de la salud es uno de los nueve ejes de acción del MAIS, siendo necesario considerar la promoción de salud explícitamente como una estrategia fundamental para alcanzar el objetivo de la universalización en la APS.

Para hacer operativa la promoción de la salud, una de las áreas de acción fundamentales es la construcción de políticas públicas saludables^{xv}. De acuerdo con lo anterior, la promoción de salud no se limita al fomento de los “estilos de vida saludables”, sino que es un proceso político y social global que también apunta a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas adversas, con el objetivo de mitigar su impacto en la salud pública e individual por lo que trasciende las acciones que se realizan en el sector sanitario^{xvi}.

En la actualidad, la motivación de las comunidades por participar de diversas actividades se va mermando al darse cuenta de que el tiempo invertido en reuniones y las palabras compartidas con pasión y sentimiento, quedan en nada^{xvii}.

El concepto que gobierna las metas actuales en Atención Primaria ha quedado circunscrito a la capacidad propia del primer nivel de atención para solucionar con sus recursos y capacidades demandas de atención de menor complejidad. Los indicadores de resultado de una buena resolutivez se han centrado en el cálculo de una proporción máxima de derivaciones que no debiese ser sobrepasada. La resolutivez así entendida, se ha transformado en un fin en sí mismo, desvinculándose de resultados finales de la atención, como calidad, efectividad, y equidad. La capacidad de resolución de la APS se enfrenta a contextos complejos y está influenciada por múltiples factores, por ello, persiguiendo la meta señalada se pueden pasar por alto grandes

problemas e inequidades de atención. Una menor derivación dentro de la red pública también ocurre debido a limitaciones de accesibilidad del nivel secundario y de acceso a exámenes. Estudios en curso muestran que personas fueron orientadas en fase diagnóstica de cáncer a buscar exámenes y servicios de especialidades en el sector privado, generando importantes gastos de bolsillo, ocasionando la pérdida de oportunidad diagnóstica y retraso en la llegada a tratamiento^{xviii}. Es importante señalar que las definiciones de las garantías explícitas en salud (GES) también tienen efectos sobre la falta de resolutivez dentro de la red pública, tanto para quienes tienen condiciones No GES, como para quienes las tienen, pero no cumplen ciertos requisitos (por ej. edad) y también dentro de los problemas garantizados lo que está garantizado o no, como sucede en cáncer con garantías de sospecha versus de confirmación diagnóstica. Resulta relevante pensar en el efecto de las transferencias de atenciones al sector privado con pérdida de seguimiento, justamente porque afecta el desarrollo de capacidades de resolución basadas en el aprendizaje desde la experiencia, y de paso la credibilidad del sector público y su modelo de atención.

En cuanto a factores que actualmente limitan la capacidad resolutivez, existe falta de recursos técnicos y profesionales, como también de infraestructura e insumos para diagnósticos, tratamientos, y rehabilitación; esto se vincula a restricciones financieras que dependen a su vez del modelo y definiciones para la gestión y financiamiento del sistema. Es fundamental comprender la resolutivez como una capacidad que se construye en toda la red de atención, no solo en la Atención Primaria. La fragmentación de la atención afecta la resolución efectiva de los problemas de salud, observándose una limitada comunicación entre profesionales de los distintos niveles de atención y dificultades en el funcionamiento de mecanismos de coordinación; la falta de interoperabilidad de los sistemas de información impide el uso de información entre niveles durante los procesos de atención y el seguimiento de los pacientes. La pérdida de continuidad de la atención es un resultado sensible a la acción conjunta y es vital para la efectividad de la atención, frente a sus interrupciones son las posibilidades y decisiones del propio paciente las que definirán la capacidad de solucionar sus problemas.

En materia de recurso humano en salud, se identifican como *debilidades en la formación de profesionales de la salud* a: la predominancia del Enfoque biomédico, sin considerar la perspectiva de la población; la existencia de una visión individualista de la enfermedad, sin contextualizarla en la realidad social, cultural y laboral de las personas; la falta de habilidades en los equipos de salud para trabajar con las comunidades y con enfoque intersectorial; la ausencia del enfoque de la salud como un derecho humano; la falta de énfasis en la promoción y prevención de la salud.

Las carreras de las ciencias de la salud aún tienen un enfoque centrado en la enfermedad y no desde la salud. En la práctica se siguen formando personas para trabajar en la recuperación de la enfermedad más que en la prevención y promoción de la salud y, para sistemas hospitalarios fragmentados más que para sistemas integrados.

Actualmente, el sistema de financiamiento presenta dificultades para garantizar la universalización de la salud. Es inequitativo pues el mecanismo per cápita no considera las necesidades de salud de las personas e ineficiente pues no existen incentivos suficientes para mejorar la calidad de los servicios.

El financiamiento de la APS en Chile se basa en los siguientes mecanismos principales:

-El Per cápita: un mecanismo de financiamiento que paga a los prestadores de APS una cantidad fija por cada persona inscrita en su territorio. De acuerdo con el art. 56 de la ley 19.378. Y estructurado considerando los componentes que determinan el aporte y sus factores por subsecretaría de redes asistenciales.^{xix}

-Los Programas de reforzamiento de la APS (PRAPS): financian prestaciones o servicios de APS adicionales. Complementan el financiamiento per cápita. Consideran un pago prospectivo por prestación. Equivalen a un 20-30% del financiamiento y sus procesos administrativos en general provocan una importante latencia en la entrega cada año.

-Recursos financieros municipales: el aporte estatal directo mencionado, se complementa con los distintos aportes que los municipios entregan, no obligatorios, destinados a la atención primaria de su territorio. Estos recursos son desiguales, pues el financiamiento municipal estructural es inequitativo para las comunas más vulnerables. Además, existen comunas donde los municipios aportan y/o hacen convenios con entidades públicas y/o privadas aumentando el presupuesto de la salud comunal, sin embargo, la distribución financiera no es homogénea en todos los municipios.

RECOMENDACIONES

Recordar que los documentos generados por cada mesa temática contienen el listado completo de recomendaciones para cada materia.

A continuación, se comparten las recomendaciones concordadas entre los representantes de las mesas temáticas y validadas por los miembros del Consejo Asesor:

- 1) Modificar el paradigma sobre el que se basa el sistema sanitario actual que ha permanecido centrado en el daño, hacia uno basado en la salutogenia.
- 2) El modelo de cuidado debe incorporar a la comunidad y su calidad de vida. Es necesario aumentar la educación para la salud de la población en acción coordinada interministerial y local. Por ejemplo, incorporar en currículo escolar y en el programa de convivencia escolar contenidos de autocuidado, situación de salud, bienestar comunitario, participación social en salud, entre otros.
- 3) Para pasar de una participación social meramente consultiva a una vinculante, el plan de salud comunal, junto con incluir los diagnósticos participativos, debe avanzar en incluir de manera efectiva las propuestas ciudadanas asegurando el financiamiento necesario para los planes de acción. Esto es clave para recuperar las confianzas, el respeto y relevar el hacerse parte de las decisiones que pudieran afectar la propia salud y la de la comunidad.
- 4) Fomentar, desde los niveles nacional, regional y local, la Promoción de la Salud en el territorio considerando los determinantes sociales de la salud tanto intermedias como estructurales. A través del trabajo intersectorial materializado en la articulación desde los Gobiernos Regionales, y municipales, las SEREMIS y las Direcciones de los Servicios de Salud, Direcciones de Desarrollos Comunitarios (DIDECO), Educación, Medio Ambiente, Deporte, Cultura, Transporte y Comunicaciones, Seguridad, entre otros.
- 5) Crear o fortalecer espacios territoriales de participación social, basados en la gobernanza, con representación intersectorial para la generación, implementación y articulación de políticas públicas sobre la calidad de vida de ese territorio que tengan la responsabilidad de proponer objetivos comunes en los temas de salud para ser abordados de manera colaborativa, efectiva

y coordinada. Para hacer el monitoreo de su trabajo deberán contar con indicadores integrados que actúen de manera transversal y sinérgica. Para el logro de los objetivos antes descritos con participación efectiva de la comunidad, es fundamental garantizar la disponibilidad de recursos que financien gastos operacionales evitando que dicho financiamiento quede a merced de la autoridad municipal o del Servicio de Salud respectivo.

- 6) Instalar la promoción de salud y la participación social como funciones de la subsecretaria de redes y como estrategias claves del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS), extendiendo la figura del **agente comunitario**¹ que actualmente existe en los Centros Comunitarios de Salud Familiar a cada sector de un CESFAM, resguardando el cumplimiento de las funciones del rol e incorporando los enfoques de género, equidad y curso de vida. Así mismo se debe cautelar tiempos y recursos del equipo de cabecera en los diferentes dispositivos de atención para actividades de promoción de salud y participación social.
- 7) Fortalecer el trabajo interdisciplinario y colaborativo en promoción de salud, y la sistematización de buenas prácticas generando evidencia para la toma de decisiones.
- 8) Las autoridades de Salud y educación como entes rectores tienen que establecer un perfil de egreso y perfil ocupacional del equipo de la red sanitaria, consistente con las necesidades sociosanitarias del país y el modelo de salud; así como establecer mecanismos de articulación con los programas de formación de pre y post grado asegurando su adecuada orientación a través de, por ejemplo, los procesos de acreditación y de exámenes tipo EUNACOM.
- 9) Formar profesionales de la salud y de las ciencias sociales que respondan a las necesidades de salud, a la carga de enfermedad de la población y a los modelos de gestión centrados en la APS y universalización en Salud, considerando que la sabiduría de los barrios y del territorio

¹ Es una persona perteneciente a la comunidad, seleccionada y reconocida por esta. Capacitada para desarrollar una labor que contribuya a generar comportamientos y estilos de vida saludables, interviniendo principalmente en el escenario familiar y en actividades de prevención, así como en el desarrollo de entornos saludables, actuando a nivel comunitario con una perspectiva que trasciende el campo comúnmente conocido como de salud. Por lo que la propuesta se relaciona con la incorporación de ACS en cada uno de los sectores de equipos de salud con población a cargo.

constituyen un espacio de formación idóneo y aprendizaje clave para el desarrollo de competencias.

- 10) Insertar en el pregrado y post grado de las carreras sociosanitarias una línea curricular de Salud Colectiva, Familiar y Comunitaria con enfoque salutogénico que integre, la Ética, la Salud Pública, la Salud Familiar, la Gestión social, las Ciencias Sociales, la Salud Ambiental, las metodologías de trabajo comunitario e intercultural y la Investigación Acción participativa.
- 11) Para mejorar la capacidad de resolución de la red se hace necesario, fortalecer el rol de “Gestor de la Red” de los Servicios de Salud, además de establecer objetivos comunes y promover modalidades y espacios de trabajo que integren territorialmente los equipos de APS y equipos de otros niveles de atención de manera colaborativa para dar respuesta óptima y pertinente a los problemas de salud de su población a cargo.
- 12) Incrementar la resolutividad a través de redistribuir las tareas sobre intervenciones determinadas y disponibilidad en APS de tecnologías y fármacos, aumentando la delegación de responsabilidades entre los miembros del equipo de APS, estableciendo protocolos y fortaleciendo las competencias respectivas.
- 13) Fortalecer el sistema de referencia y de contrarreferencia para mejorar la continuidad de la atención, la eficiencia y resolutividad. Para ello es necesario optimizar sistemas con información adecuada, completa y suficiente; además de mecanismos de coordinación y comunicación entre profesionales, que aseguren el tránsito y seguimiento de las personas en la red, a través de un acompañamiento centrado en la persona, a cargo de gestores de casos y bajo los principios irrenunciables del MAIS.
- 14) Implementar y/o mejorar estándares y protocolos comunes para el intercambio seguro de datos de salud entre sistemas de información (interoperabilidad) y avanzar en la adopción de una ficha clínica única o al menos un mínimo de datos compartidos, además de otros registros clínicos electrónicos compartidos a nivel nacional.

- 15) Redefinir el plan de salud familiar con una cartera de prestaciones ampliada con enfoque ecológico y pertinencia territorial, cultural y social, en estrecha correlación con los cambios epidemiológicos de la población a cargo, incorporando, por ejemplo, prestaciones que actualmente son parte de los programas de reforzamiento y/o de apoyo diagnóstico. Para lo anterior será necesario redefinir la composición del equipo de cabecera según los atributos de la población a cargo.
- 16) Desconcentrar las prestaciones de especialidad, fortaleciendo y acercando esas prestaciones a nodos intermedios (por ejemplo: establecimiento del nivel secundario de práctica comunitaria y centros regionales de resolución), sectoriales e intersectoriales, territorializados, que puedan acercar la resolución de problemas que frecuentemente abultan las listas de espera. Adicionalmente se propone que los y las profesionales especialistas de los establecimientos hospitalarios tengan asignadas una población a cargo.
- 17) Implementar una política de Inversión y capacitación a los médicos de familia y equipos de APS en técnicas diagnósticas como ecografía, laboratorio y otras, e incorporando mayores recursos, tecnologías, insumos, ampliando y actualizando los arsenales farmacológicos acorde a la nueva cartera de prestaciones ampliada en los centros de APS.
- 18) Mejorar las capacidades de análisis de la situación de salud y de planificación sanitaria en los equipos de APS estableciendo espacios, tiempos protegidos e instrumentos para la reflexión. Para ello es necesario facilitar el acceso a distintas fuentes de información.
- 19) Revisar y actualizar la normativa favoreciendo el uso de espacios comunitarios para la intervención territorial en materia de atención sanitaria y promoción de la salud aprovechando la infraestructura social ya instalada y acercar la salud a los territorios.
- 20) Ampliar las oportunidades de salud digital como el acceso remoto a la información sobre la atención sanitaria, las consultas profesionales y exámenes en línea, tele orientación, monitoreo

y seguimiento remoto con pertinencia territorial manteniendo la participación y coordinación de la red local para el seguimiento de las personas.

- 21) Desarrollar un programa integral de formación para directivos de Atención Primaria de Salud (APS), con el fin de fortalecer las habilidades de liderazgo, gestión y toma de decisiones para impulsar la implementación efectiva del MAIS, la participación vinculante y conducir la universalización de la APS en el país.
- 22) Acelerar el ritmo de la formación de médicos de familia y motivar su permanencia en la APS, mediante programas universitarios flexibles y la multiplicación de la estrategia de semilleros.
- 23) El gasto de la Atención Primaria de la Salud debe ser al menos el 30% del gasto público total en salud.
- 24) Eliminar la segmentación existente en el financiamiento de la APS. El financiamiento debería ser mediante per cápita, tanto para la Atención Primaria de la Salud Municipal y la Atención Primaria de la Salud dependiente y delegada, y mediante la reducción de los programas de reforzamiento de la Atención Primaria de la Salud manteniendo los PRAPS solamente como pilotaje de programas.
- 25) Mejorar la equidad del sistema robusteciendo el per cápita basal, corrigiendo la definición y progresividad de los actuales indexadores e incorporar indexadores de bienestar, considerando resultados de salud acorde a la epidemiología poblacional, determinantes sociales de la salud y características del territorio.
- 26) Asegurar el financiamiento de un sistema único de información y evaluación de desempeño nacional para APS municipal y APS dependiente y delegada, que facilite la toma de decisiones en base a costos, canasta de prestaciones acorde con diferentes niveles de resolutivez, infraestructura necesaria, dotación de personal y la medición de los resultados en salud.

- 27) Revisar el sistema de incentivos y los mecanismos de asignación de recursos, para alinear la evaluación del desempeño al logro de las metas sanitarias en concordancia con la estrategia nacional de salud

- 28) Generar una estructura institucional de participación de las y los trabajadores de la red de salud en la construcción, implementación y avances de la Universalización de la APS, con el fin de incluirlos y de plasmar sus conocimiento y experiencias.

- 29) Incentivar estudios de costo efectividad para determinar acciones que sean pertinentes, adecuadas y sustentables para aumentar la resolutivez en APS.

- 30) En materia de Evaluación: Redefinir los indicadores que miden el desempeño en materia de resolutivez de la red, estableciendo e incorporando indicadores que midan la acción conjunta de los distintos niveles de atención. Debe implementarse una medición constante de la resolutivez que incorpore múltiples componentes (multidimensional) y que abarque diferentes perspectivas, por ejemplo, evaluando su impacto en la red y en la percepción de calidad de vida de las personas.

- 31) Evaluar si las medidas como los indexadores del per cápita logran solventar las desigualdades entre las comunas que generan inequidades en la gestión de personas.

- 32) Evaluar regularmente las Garantías Explícitas en Salud (GES), no sólo respecto de la evidencia sobre las decisiones clínicas, sino por equipos gestores y clínicos de los distintos niveles relacionados a la atención en los distintos problemas de salud, considerando estudios sobre el uso de servicios desde la perspectiva de los/as usuarios/s y la participación de organizaciones.

PALABRAS FINALES

Con esta breve síntesis del trabajo participativo de diferentes actores relevantes en el sector salud sobre el Modelo, la Participación, Intersectorialidad y Promoción de la Salud; la Resolutividad de la Red, la Formación del Personal, el Financiamiento y la evaluación de las acciones, pensamos aportar a esta construcción de una Atención Primaria Universal, base de un Sistema de Salud que de verdad aporte en disminuir las dolorosas e injustificables desigualdades que hoy día tenemos en el país y que se expresan en diferencias abismantes en la calidad de vida y resultados sanitarios entre los diferentes territorios.

Esperamos contribuir con estas recomendaciones a la construcción de una política pública sanitaria que releve el papel central de una atención primaria fuerte, base del sistema sanitario chileno.

Agradecemos el trabajo realizado por las distintas personas y organizaciones que participaron en forma entusiasta en cada una de las mesas de trabajo, cuya única motivación fue contribuir con su experiencia, experticia y conocimiento al desarrollo de la reforma a la salud, cuyo corazón es la APS universal.

**Comisión de síntesis mesas temáticas
Consejo asesor APS universal**

AGRADECIMIENTOS

Comisión de síntesis

- María Soledad Barria Iroume: Secretaria ejecutiva consejo asesor APS-U
- Juan Pablo Rubio Schweizer: Comisión reforma MINSAL
- Mario Cruz Peñate: Organización Panamericana de la salud (OPS)
- Luzmila Argueta: Organización Panamericana de la salud (OPS)
- Daniela Zavando: Organización Panamericana de la salud (OPS)
- Guadalupe Muñoz: CECOSF Los Sauces, El Bosque
- Andrea Rastello: FEDCOLPROF. Colegios de enfermeras
- Diego Silva: SOCHISAL
- Osman Gonzalez Venegas: Mesa técnica salud AChM
- Claudia Lyndon Arancibia: APS SSMOCC
- María Eugenia Jaramillo Oyarzún: ANCOSALUD
- Juan Alexis Valenzuela: SOCHISAL. UCEN sede Coquimbo
- Daniel Cid: FEDCOLPROF. Colegio de kinesiólogos.
- Pamela Eguiguren: Escuela de Salud Pública Universidad de Chile.
- Claudio Mendez: SOCHISAL

Mesa 1: Modelo de cuidados

- Guadalupe Muñoz: Coordinadora mesa 1
- Andrea Didier: Coordinadora mesa 1. SOCHIMEF
- Marjorie Braniff Pérez: FEDCOLPROF. Colegio de psicólogos/os
- Lautaro Fernández Milla: Coordinador cabildo nacional por el derecho a la salud.

- Mary Luz Bozo Canseco: Mesa técnica salud AChM.
- Lidia Campodónico Galdámez: Comunidad de prácticas en APS. Directora depto APS y SF Universidad de Chile.
- Claudio Cárcamo Molina: ANCOSALUD
- Paula de Orúe-Ríos: SOCHISAL, UdeC
- Francisca Ramos: Agrupación médicos de APS COLMED
- Paz Robledo Hoecker: SSMSO
- Patricia Villaseca Silva: Comunidad de prácticas en APS. U. de Concepción.
- Karina Villarroel Milesi: Corporación municipal Viña del Mar. SOCHIMEF. UV.

Mesa 2: Financiamiento

- Claudia Pescetto: Coordinadora mesa 2. OPS.
- Mónica Nuñez: Coordinadora mesa 2. Mesa técnica salud AChM
- Fabian Norambuena: Comunidad de prácticas en APS
- Claudio Mendez: SOCHISAL
- Ignacio Opitz: FEDCOLPROF
- María Soledad Barria: Ex ministra de salud
- Cecilia González Moya: Comunidad de prácticas en APS
- Eduardo Brown García: ANCOSALUD
- Nancy Hormazabal: ANCOSALUD
- Nydia Contardo Guerra
- Mario Cruz Peñate: OPS
- María Cristina Gómez: AFUSAP
- Nirma Campos: DAP Central
- Cristián Rodríguez: CONFUSAM
- Henry Zambrano: Agrupación médicos de APS COLMED

Mesa 3: Formación

- Andrea Rastello: Coordinadora mesa 2. FEDCOLPROF
- Diego Silva Jiménez: SOCHISAL. UCEN.
- María Isabel De Ferrari: UAHC
- Carolina González: SOCHIMEF
- José Gutiérrez: ANCOSALUD
- Lilian Fernández: UFRO
- Jorge López: SOCHIMEF
- Carolina Rain: Comunidad de prácticas APS. PUC
- Hernán Sepúlveda: OPS
- Karina Villarroel Milesi: Corporación municipal Viña del Mar. SOCHIMEF. UV.
- Ingrid Kremser: Agrupación médicos de APS COLMED
- Ana Toro Cepeda: AFUSAP SSMC

Mesa 4: Resolutividad en APS

- Oscar Urrejola Ortiz: Coordinador mesa 4. FEDCOLPROF.
- Osman Gonzalez Venegas: Coordinador mesa 4. Mesa técnica salud AChM
- Mario Cruz Peñate: OPS.
- Pamela Eguiguren: Escuela de Salud Pública Universidad de Chile.
- Cecilia González Moya: Comunidad de prácticas en APS.
- Inés Guerrero Montofré: COLMED.
- Roxana Sepúlveda Morales: SOCHIMEF.
- Guadalupe Verdejo Pivet: SOCHISAL

Mesa 5: Participación y promoción

- Maria Eugenia Jaramillo Oyarzún: Coordinadora mesa 5. ANCOSALUD.
- Claudia Lyndon Arancibia: Coordinadora mesa 5.
- Patricia Pérez Wilson: Comunidad de prácticas en APS. UdeC.
- Juan Alexis Valenzuela: SOCHISAL. UCEN sede Coquimbo
- Patricio Thieme: SOCHIMEF
- Carolina Cabello Aguilera: Corporación municipal Viña del Mar.
- Carla Herrera Aravena: CESFAM Lo Valledor Norte, PAC
- Nirma Campos: AFUSAP
- Trinidad Cofré Segovia: FEDCOLPROF.
- Fresia Avendaño: ANCOSALUD
- Laura San Martín Hernández: CONFUSAM
- Daniela Zavando: OPS
- Conrado Muñoz: Mesa técnica salud AChM
- Gabriela Araya: Agrupación médicos de APS COLMED
- Ana Cristina López: FEDCOLPROF
- Veronica Olate: Comunidad de prácticas en APS. SOCHIMEF.

REFERENCIAS

-
- ⁱ Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y El Caribe. CEPAL; 2022
- ⁱⁱ Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Temas de la Agenda Pública Año 9 / No 67 / abril 2014 ISSN 0718-974 Centro de Políticas Públicas UC
- ⁱⁱⁱ Angélica Verdugo Sobral “entendida la segmentación como un defecto del sistema en sus modalidades de financiamiento y aseguramiento” Curso Redes Integradas de Salud Basada en APSUSACH 2023
- ^{iv} Angélica Verdugo Sobral “entendida la fragmentación como un problema del modelo de organización, gestión y atención a nivel de los servicios de salud” Curso Redes Integradas de Salud Basada en APS. USACH 2023
- ^v <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- ^{vi} Salud Un Derecho. 2011. Las Cifras de la Desigualdad de la Salud en Chile. Disponible en línea en: <http://www.salunderecho.cl/2011/07/las-cifras-de-la-desigualdad-de-la-salud-en-chile/>
- ^{vii} Samuel Argüello Verbanaz “Estructura del mercado de medicamentos en Chile y gasto de bolsillo en salud en la OCDE”. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33130/1/Informe_final.pdf
- ^{viii} Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). The World Factbook 2009. Distribution of Family Income, Gini Index. CIA.
- ^{ix} García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev. Panam. Salud Pública. 2018; 42:e160. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>
- ^x La Atención Primaria de Salud. Más Necesaria que Nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- ^{xi} Universidades por el Territorio Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita. Dilemas y Desafíos en las Enseñanzas-Aprendizajes de las Ciencias de la Salud.[Internet] 2021 Disponible en <https://www.udecmed.cl/wp-content/uploads/2021/06/HACIA-LA-FORMACION-DE-PROFESIONALES-DE-SALUD-QUE-CHILE-NECESITA-Universidades-por-el-territorio.pdf>
- ^{xii} Vega-Franco L. La salud en el contexto de la nueva salud pública. Vol. 42. México, D.F: El Manual Moderno/Universidad Nacional Autónoma de México; 2000. 148 pp.
- ^{xiii} Domench P, Specogna M, Rolla M, Bolado M. Políticas públicas saludables. Algunas estrategias que facilitan la relación estado y sociedad. Promoción de la salud y participación. In: IV Jornadas de Sociología de la UNLP [Internet]. La Plata: Memoria Académica.; 2005.
- ^{xiv} PAHO/ WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. WHO. World Health Organization; 1986 [cited 2018 Jul 19]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- ^{xv} Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Inf la Reun Int sobre la Salud en Todas las Políticas Adelaida [Internet]. 2010;4. Available from: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

^{xvi} World Health Organization (WHO/OMS). Promoción de la Salud: Glosario [Internet]. OMS. 1998. p. 36. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

^{xvii} Mesa Temática N° 5: Nuevo Modelo de Participación Social en APS Promoción – Participación – Intersectorialidad, opinión de la mesa.

^{xviii} Resultados preliminares Equity Cáncer LA presentación en Seminario de Comisión Reforma. Valdivia 16 de mayo 2023

^{xix} Subsecretaría de Redes Asistenciales. “Instructivo para el cálculo del aporte estatal del artículo 49 de la Ley N° 19.378”. Año 2022