

Análisis de la Implementación de las Recomendaciones efectuadas por CNEP para la Atención Primaria en 2022

INFORME FINAL - 30 DE SEPTIEMBRE 2024

DANIELA SUGG HERRERA

Índice

Contenido

Índice.....	1
Resumen Ejecutivo	2
Contexto del Proyecto.....	6
Objetivos	12
I. Revisión de la Situación Actual de las Recomendaciones	13
Marco Analítico	15
Recomendaciones por Función del Sistema de Salud: Medidas por Función.....	18
Recomendaciones por Objetivo Intermedio del Sistema de Salud: Medidas por Objetivo	19
II. Evaluación de Avance de Cumplimiento de las Recomendaciones	22
Perspectivas de la Evaluación	22
Medición de Avance.....	23
Resultado de la Evaluación.....	24
Evaluación Nivel 1: 56 Medidas - Recomendación por Función del Sistema de Salud	24
Evaluación Nivel 2: Medidas Por Función del Sistema de Salud.....	26
Evaluación Nivel 3: Por Recomendación	26
Evaluación Nivel 4: Evaluación Global	28
III. Priorización y Adecuación de las Recomendaciones.....	29
Propuesta de Adecuación y Priorización.....	37
IV. Reflexión	49
V. Fichas Recomendaciones	51

Resumen Ejecutivo

El informe evalúa el estado de avance de las recomendaciones presentadas por la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) para mejorar la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile en el 2022. Este análisis busca aportar información relevante para el proceso de discusión presupuestaria del año 2025, ajustando y priorizando algunas de las medidas recomendadas.

El diagnóstico realizado por la CNEP en 2022 apuntó a fortalecer el sistema de salud para incrementar la cobertura de la APS, mejorar la calidad y eficiencia en el uso de recursos, y reducir las desigualdades en el acceso a los servicios. En esa oportunidad, la CNEP entregó 36 recomendaciones que apuntaron a optimizar la organización de los recursos, la infraestructura y tecnología y el financiamiento. Las acciones están principalmente relacionadas con acceso y eficiencia en el sistema.

Las 36 recomendaciones se desglosan en este análisis en 56 medidas.¹ Se desarrolló y aplicó una metodología de evaluación que utiliza marcos analíticos derivados de la teoría del cambio, funciones de los sistemas de salud, funciones de la APS, entre otros construidos y desarrollados por la Organización Mundial de la Salud, y adaptados para este objetivo de evaluación. Se buscó cuantificar el grado de avance en la implementación por medio del análisis de medidas objetivas de las acciones ya sea que estén sean procesos o normativas, velando por su acreditación a atreves de medios de verificación escritos y propios de la administración pública del Estado.

Del análisis del estado de avance a la fecha se concluye que, el 52% de las medidas propuestas no han sido abordadas significativamente, mientras que el 36% tiene un avance parcial y solo el 13% ha sido completamente implementado. Como un todo, las medidas recomendadas por la CNEP en el estudio en cuestión tienen un grado de implementación de 36% en promedio.

El avance en acciones en mejoramiento de la APS se considera positivo, y alienado con los objetivos que busca alcanzar y requiere de una mayor estructura lógica para su consecución, sumado al apoyo normativo que permitirá la continuidad de acciones en el tiempo (de forma independiente a las personas que hoy se encuentran ejecutando medidas), además de integrar de forma más orgánica a otras instituciones del estado que por sus funciones y competencias serían los más indicados para el desarrollo de ciertas medidas, evitando así la duplicidad de esfuerzos.

¹ Por ejemplo, una recomendación puede estar relacionada a dos medidas.

Considerando que han transcurrido dos años desde la publicación de las recomendaciones, se propone una actualización y adecuación de 14 de las 36 recomendaciones para hacerlas más efectivas y adaptadas a la realidad actual. Se mantienen en sí las 36 recomendaciones, ya que están surgidas de un conceso analítico de la comisión y votada por los consejeros, pero se ajustan y priorizan de acuerdo con su vinculación directa con las palancas que permiten alcanzar los objetivos de la APS, así como de su viabilidad temporal de realizarlas como en función de su costo financiero.

Se priorizan 13 medidas para ser abordadas en el corto plazo, tanto por el impacto que generan y el bajo costo financiero para su realización. Éstas se consideran fundamentales para mejorar la gobernanza del sistema, la infraestructura, la implementación de tecnologías digitales, y por sobre todo promover un financiamiento sostenible y que apunte a la eficiencia de la prestación de servicios.

Cabe destacar que la mejora de la eficiencia de la APS no solo recae en el Ministerio de Salud, sino que también de otros organismos públicos como por ejemplo el Ministerio de Hacienda. Esto implica, más que una dificultad en la ejecución, que se requiere de una participación activa de otras instituciones del estado desde sus atribuciones para favorecer el desarrollo sostenible de esta modalidad de atención para la población.

Con todo, las acciones que requieren desarrollo de normativas y ajustes legales implican el conceso entre múltiples partes, no obstante, ello no se considera un problema técnico para la implementación, sino que de coordinación y política.

Resultados de avance de cumplimiento de las recomendaciones

1. Al evaluar el avance de las 56 medidas generadas por las 36 recomendaciones del estudio, se observa que el 52% no han sido abordadas, un 36% muestran un avance parcial y un 13% han sido acogidas completamente por el Ministerio de Salud.
2. Según los resultados por secciones del estudio original, la mayor proporción de medidas sin abordar (58%) están asociadas a la sección *Organización de los Recursos*. No obstante, la mayor proporción de medidas acogidas también están asociadas a la sección (54%). En cuanto a *Infraestructura TIC y Civil*, el 50% de las medidas muestran un avance parcial, mientras que en *Financiamiento* el 59% de sus medidas no han sido abordadas, con un 17% ya implementadas completamente.

3. El análisis por *Función del Sistema* muestra que las áreas de *Gobernanza* y *Financiamiento* tienen el menor grado de avance, con un 62% y 36% de sus medidas relacionadas sin abordar, respectivamente. Por otro lado, la función denominada *Generación de Recursos* presenta un mayor grado de avance parcial en sus medidas, con un 75% de estas realizadas de forma parcial. La función de *Gobernanza* destaca por ser la que tiene asociada el mayor número de medidas, donde 23 de estas no han sido abordadas y 12 están en avance parcial. La *Prestación de Servicios* muestra un avance más equilibrado, con 2 medidas completamente implementadas y 2 en progreso parcial, lo que en términos relativos se traduce en que un 40% de estas medidas fueron completamente acogidas y otro 40% presentan un avance parcial.
4. El análisis a nivel de las recomendaciones muestra que solo dos medidas, correspondientes a las recomendaciones 2.1 y 2.2 han sido implementadas (100%). Estas recomendaciones guardan relación con la estrategia *TeleSalud*. Otras medidas, como la 4.5 (agrupador clínico de riesgo sanitario) y 2.3 (gestión de citas), tienen avances parciales significativos, con un 70% y 67% respectivamente. La mayoría de las medidas se encuentran en un nivel de avance del 50%, lo que indica un progreso moderado en su implementación. Sin embargo, una gran cantidad de medidas aún no han sido abordadas, presentando un avance del 0%.
5. **El cumplimiento global de las recomendaciones alcanza un 36%**, con un puntaje total de 56, de los cuales se han logrado 20 puntos. Esto indica que, aunque hay avances, aún queda un porcentaje considerable de las recomendaciones por implementar.

Resumen de adecuación y priorización de las recomendaciones

1. Respecto a la adecuación de las recomendaciones, el análisis muestra un total de 12 recomendaciones asociadas a la sección *Organización de los Recursos*, las cuales se justifican por la necesidad de fortalecer la coordinación interinstitucional, mejorar la eficiencia operativa y asegurar una asignación adecuada de recursos. Estas recomendaciones buscan garantizar la sostenibilidad financiera y mejorar la gestión de los recursos humanos y tecnológicos en el sistema de atención primaria de salud. El análisis también destaca 2 recomendaciones asociadas a la sección de *Infraestructura TIC y Civil*, donde una está asociada a TIC y otra a infraestructura. En ambos casos, las actualizaciones se justifican por la necesidad de ajustar las responsabilidades institucionales de acuerdo con el marco normativo vigente. Se destaca la importancia de coordinar estos esfuerzos no solo dentro del sector salud, sino

también con otros actores del Estado, como el Ministerio de Hacienda y Obras Públicas, para asegurar una gestión integral y eficiente.

2. Las adecuaciones propuestas incluyen el posicionamiento del rol de FONASA en el financiamiento del sistema de salud, así como la participación del Ministerio de Hacienda en la implementación de políticas digitales e infraestructura. Además, se propone la inclusión de evaluaciones independientes para ajustar los indicadores de gestión clínica, y se sugiere rediseñar ciertas estrategias en la evaluación Ex Ante para mejorar la planificación y eficiencia en la toma de decisiones.
3. Las adecuaciones destacan la importancia de alinear las políticas de salud y optimizar la infraestructura para asegurar un acceso más equitativo y eficiente a los servicios de salud. Estas acciones se sustentan en la necesidad de mejorar la calidad del servicio y asegurar la cobertura adecuada, en función de las prioridades definidas por las autoridades del sector.
4. Respecto a la priorización de las recomendaciones, el análisis de las 36 recomendaciones muestra que 13 se clasifican con prioridad "Alta", 8 con prioridad "Media" y 2 con prioridad "Baja". La mayoría de las recomendaciones se mantienen vigentes (22), mientras que 14 fueron actualizadas. Se destaca la importancia de priorizar las recomendaciones relacionadas con la gobernanza, ya que son fundamentales para cualquier cambio futuro en el sistema de salud.
5. Para el caso de las recomendaciones priorizadas por *Función del Sistema de Salud*,² se distribuyen con un mayor enfoque en gobernanza, donde 12 recomendaciones son de prioridad "Alta" y 4 de prioridad "Media", sumando un total de 16. En financiamiento, se identifican 2 recomendaciones en prioridad "Media", y en prestación de servicios, 1 recomendación con prioridad "Alta" y 2 con "Media", para un total de 21 recomendaciones priorizadas de las 36.
6. Para el caso de las recomendaciones priorizadas por *Objetivo Intermedio*,³ la mayoría se enfocan en la eficiencia en la prestación de servicios, con 15 recomendaciones en total, de las cuales 11 son de prioridad "Alta" y 4 de "Media". En acceso, se identifican 3 recomendaciones, 1 de ellas de prioridad "Alta" y 2 de "Media". Finalmente, en experiencia del usuario y seguridad, hay 2 y 1 recomendaciones respectivamente.

² En los casos que una recomendación tiene asociado más de una función, se vinculó a la función considerada como principal.

³ En los casos que una recomendación tiene asociado más de un objetivo intermedio, se vinculó al objetivo considerado como principal.

Contexto del Proyecto

Todas las personas, en todas partes, tienen derecho a alcanzar el máximo nivel posible de salud. (Constitución de Organización Mundial de la Salud, 1946)

La Atención Primaria de Salud (APS) es un enfoque que abarca a toda la sociedad para organizar y fortalecer eficazmente los sistemas nacionales de salud y acercar los servicios de salud y bienestar a las comunidades. Se basa en tres componentes:

- Servicios de salud integrados para satisfacer las necesidades de salud de las personas a lo largo de su vida.
- Abordar los determinantes más amplios de la salud mediante políticas y acciones multisectoriales.
- Empoderar a las personas, las familias y las comunidades para que se hagan cargo de su propia salud.

Permite a los sistemas de salud respaldar las necesidades de salud de una persona, desde la promoción de la salud hasta la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos y más. Esta estrategia también garantiza que la atención de salud se preste de una manera que se centre en las necesidades de las personas y respete sus preferencias.

Se considera ampliamente como la forma más inclusiva, equitativa y rentable de lograr la cobertura sanitaria universal. También es clave para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud para prepararse, responder y recuperarse de las crisis y los shocks.⁴

Desempeña un papel fundamental en la prevención y manejo de enfermedades, actuando como el primer punto de contacto para los pacientes. La APS no solo ofrece atención médica integral, sino que también coordina la atención continua y especializada según la necesidad del paciente con los otros niveles de atención. Su enfoque en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el tratamiento temprano de afecciones comunes permite reducir la incidencia de problemas de salud más graves y costosos en el futuro, tanto para la persona como para el sistema en su conjunto.

La Declaración de Alma-Ata de 1978 y, 40 años después, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en su documento *Una visión de la atención primaria de salud en el siglo XXI: hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2018*, señalan que es enfoque de salud que abarca a todo el gobierno y toda la sociedad

⁴ https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1

y que combina tres componentes básicos: **políticas y acciones multisectoriales**; **personas y comunidades empoderadas**; y atención primaria y funciones esenciales de salud pública como **núcleo de los servicios de salud integrados**. Al reunir estos tres componentes, la APS crea las bases para el logro de la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud.

La Presidencia de la República mandató a esta Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) (en septiembre de 2020) realización del estudio “Eficiencia en la Gestión de la Atención Primaria de Salud”. El estudio se concluyó en septiembre del año 2021 y fue entregado al Presidente Gabriel Boric en mayo del año 2022. Este ofrece recomendaciones de política pública orientadas a apoyar una mayor cobertura, calidad, capacidad de prevención y lograr una mayor eficiencia del gasto público en el sistema de salud.⁵

La Comisión otorgó 36 recomendaciones basadas en evidencia, estima costo, plazo y menciona entidades involucradas. El impacto de las medidas apunta a aumentar la cobertura, se estima un 36% de aumento, con la necesidad de aumentar en 19% el presupuesto para la atención primaria. Las sugerencias se centran en generar mayor acceso y oportunidad de la atención, mejorar la eficiencia y habilitar espacios para potenciar el modelo de atención integral de salud.

En términos de accesibilidad, se estimó que la cobertura de la APS en Chile era del 50%, cuando la evidencia comparada sugiere tasas superiores al 65%. Además, se identificó una estrategia piloto en ciertos centros de atención que permitía mejorar la accesibilidad y priorizar la atención mediante la plataforma Teletriage. No obstante, también se observó la necesidad de mejorar las estrategias de gestión de citas, ya que la estimación de ese entonces sugería que entre el 10% y el 20% de las citas programadas se perdían por no presentación. Esto último implicaba una ineficiencia equivalente al 6% del presupuesto de la APS. Cabe mencionar que el estudio sugirió potenciar el piloto de Teletriage, el cual hoy existe y se ha ampliado bajo el nombre de TeleSalud, aunque aún no es transversal y podría necesitar mayor apoyo. También se recomendó volver a utilizar la experiencia previa en gestión de citas, que permitió, en ese entonces, una reducción de hasta cinco puntos porcentuales en la no presentación.

Algunos datos sobre Estrategia de gestión y priorización de citas (Teletriage):

⁵ Comisión Nacional de evaluación y Productividad (2022). Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS). Disponible en: <https://cnep.cl/estudios-finalizados/eficiencia-en-gestion-de-atencion-primaria-de-la-salud/>

- ✓ Reduce costos al usuario y aumenta cobertura en grupo de 15-60 años en **13pp.**
- ✓ Ofrece mayor oportunidad en la atención al priorizar según necesidad clínica, con **7 de 10** pacientes siendo atendidos en los primeros 7 días
- ✓ Habilita la atención integral al permitir programar mejor las citas
- ✓ Asignación más eficiente de los recursos: **+64 MM** de minutos más para citas médicas (CNEP).

Además, la Herramienta de gestión de citas con múltiples canales (ya probada por MINSAL entre 2015-2018):

- ✓ Reduce TNP, aumenta adherencia y mejor uso de recursos.
- ✓ Permite la gestión masiva de citas: **8 MM** en el programa cardiovascular.
- ✓ Piloto mostró mejoras: **+5pp** en el porcentaje de citas programadas realizadas (79% a 84%).

► La propuesta busca escalar la estrategia mediante PRAPS y alojar la plataforma en Hospital Digital y complementar la estrategia *Teletriage* mediante un mayor número de canales de comunicación con el usuario.

En términos de TIC, si bien se ha avanzado en la interoperabilidad entre los distintos niveles de atención, aún queda mucho por hacer, comenzando por el Registro Clínico Electrónico. En Chile, desde 2008, se identificaron los primeros esfuerzos para la interoperabilidad, mientras que países como Canadá, España e Israel lograron implementar dicha estrategia en diez años o menos. Cabe señalar que, en 2021, durante una auditoría a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Contraloría General de la República detectó, entre otras irregularidades, pagos por sobre \$3.200 millones por cerca de 22 mil licencias, de las cuales menos del 1% fueron utilizadas.⁶ El estudio también identificó Servicios de Salud que han logrado implementar niveles de interoperabilidad más avanzados que el promedio de la red. El éxito de estas implementaciones se debe, entre otros factores, a la consistencia y permanencia de los equipos, junto con objetivos claros. En esta línea, el estudio realizó recomendaciones que apuntaban a generar una institucionalidad TIC para llevar a cabo los cambios necesarios para un mejor aprovechamiento de las tecnologías en la atención de las personas. Junto con ello, se promovió el uso de recursos humanos del área TIC en los establecimientos y la elaboración de una

⁶ Las cifras en particular están relacionadas a las licencias de biometría. Si bien, no tiene relación directa con la interoperabilidad o ficha clínica, sí tiene relación con la necesidad de generar una adecuada gobernanza de las tecnologías de la información en salud, que es el punto central de las recomendaciones en dicho ámbito, y razón por la cual se sugiere albergar dicha gobernanza en un ente técnico sanitario que ya regula otras dimensiones como los fármacos y dispositivos médicos. En este último caso sobre dispositivos médicos, incluso, siguiendo las definiciones internacionales, mucha de las tecnologías sanitarias estaría dentro de este grupo, por ejemplo, software.

plataforma para que el usuario pudiera llevar a cualquier consulta, sea primaria u hospitalaria, tanto pública como privada, la información histórica de sus atenciones.

Algunos datos sobre Institucionalidad TIC:

- ✓ MINSAL lleva **14 años** implementando interoperabilidad en salud, referentes les tomó **10**.⁷
- ✓ La interoperabilidad permite: **18%** menos errores en la atención **13%** menos de costo en atención y **5%** menos de costo al sistema.⁸
- ▶ La propuesta busca mediante ley incorporar atributos al Instituto de Salud Pública, proponiendo estrategia, normando y fiscalizando.⁹

Algunos datos sobre acceso¹⁰ del paciente a información de salud:

- ✓ Hay factibilidad de implementar una solución orientada a apoyar al usuario: *Repositorios de Datos Clínicos* (el SSMSO implementó VIAU y SSMaule el SISMaule).
- ▶ La propuesta- Domicilio Clínico Digital- busca centralizar en una plataforma información no estandarizada de atención al usuario, permitiendo su acceso (y autorización) mediante ClaveUnica.¹¹

En el caso de la infraestructura el estudio analizó las distancias entre la población y los establecimientos APS, así como los inscritos por establecimiento, mostrando que más de 5,4 millones de personas, o casi el 40% de los beneficiarios del sistema, podrían haber visto limitado su acceso, oportunidad, calidad y continuidad de la atención. Junto con lo anterior, las entrevistas también enfatizaron el bajo equipamiento clínico en los establecimientos, lo que dificulta llevar a cabo acciones resolutivas o derivaciones adecuadas.

Por otro lado, los plazos para ejecutar la construcción de un CESFAM son un 121% mayores a los estimados y los procesos de licitación presentan retrasos y dificultades para concretarse. Resolver muchos de estos problemas permitiría, entre otras cosas, reducir las hospitalizaciones evitables, liberando días-cama para la lista de espera quirúrgica. En esta línea, las recomendaciones apuntaron al desarrollo

⁷ Cifra estimada en base al inicio de la estrategia SIDRA en 2008 a la fecha de publicación del estudio en 2022. Se considera interoperabilidad a la situación donde, independiente del establecimiento donde es atendida la persona, se cuenta con la información clínica del paciente.

⁸ Ver Kaelber y Bates (2007) y Walker et al. (2005).

⁹ Dicha propuesta se elaboró previo a la ley de interoperabilidad.

¹⁰ Que no necesariamente es interoperabilidad, pero cumple con el mismo fin de entregar información al usuario o el equipo de atención.

¹¹ Esta propuesta fue pensada en paralelo a la implementación de interoperabilidad, la cual está orientada a resolver las necesidades de las personas.

de infraestructura APS mediante un modelo Alianza Pública Privada donde municipios (del Servicio de Salud) entregan mandato al Ministerio de Obras Públicas de llevar a cabo la concesión de sus establecimientos, donde no solo una mejor distribución de estos últimos permitiría mejorar el acceso, sino también la incorporación de equipamiento. Según estimación del estudio, la brecha en infraestructura era cercana a los mil millones de dólares.

Algunos datos sobre infraestructura:

- ✓ Hoy existe una brecha de acceso y capacidad resolutive de la APS.
 - ✓ Cobertura comunal entre **20-65%** (SINIM).
 - ✓ Hospitalizaciones Evitables **1 de 3** personas fallece; **11%** de los egresos hospitalarios en un año, equivalente al **20%** del total de días-cama y **US\$300 MM** de gasto.
 - ✓ Para **+2 MM** de personas el establecimiento más cercano es un PSR.
- Evaluar concesionar- estrategia de asociación público-privada (APP) infraestructura, equipamiento y mantenimiento de la APS.

Otros ámbitos abordados en el estudio estuvieron relacionados con el financiamiento y los indicadores que orientan la actividad, siendo un punto de dolor la escasa información pública sobre los procesos y justificación de los elementos.

Algunos datos sobre Metas Sanitarias e IAPPS:

- ✓ Entre 2005 y 2018 **9 de 10** comunas presentó nivel de cumplimiento superior a **80%** en IAAPS, mientras que resultados sanitarios vinculados al nivel primario empeoraron.
 - ✓ Buenas prácticas sugieren considerar atributos para los indicadores: Factibilidad, Validación, Importancia, Pertinencia, Aceptación.
- La propuesta busca implementar mayor transparencia y rendición de cuentas en elaboración de indicadores y metas con apoyo de mesa de trabajo.

En lo que respecta al financiamiento el estudio promovió la incorporación de herramientas tecnológicas para agrupar a los pacientes según su riesgo sanitario. Con ello, se puede identificar mejor los gastos efectivos de la atención, lo cual permitiría una discusión más adecuada del per cápita y, además, desde el punto de vista de la gestión, orientar de mejor manera los esfuerzos de cobertura. La incorporación de una herramienta de este tipo implicaba, en ese entonces, un costo anual cercano al millón de dólares para cubrir a todos los beneficiarios de FONASA. Cabe señalar que el estudio identificó como uno de los principales desafíos en el ámbito del financiamiento el valor hora del recurso humano, el cual representaba en promedio cerca del 58% del costo de atención. Mediante la información de

Transparencia Activa, se concluyó que entre los municipios existen brechas de (al menos) 50% en la remuneración de un mismo profesional (nivel y estamento). Estas brechas se explican en gran medida por la combinación de factores como la escasez de recursos humanos, el marco normativo y la capacidad financiera de cada municipio.

Algunos datos sobre financiamiento y per cápita:

- ✓ Desde hace **14 años** sugieren aplicar otros ajustes al *per cápita basal*, permitiendo proyectar mejor el uso de recursos a nivel local.
 - ✓ Sustituir Índice de Privación Promedio Municipal (IPP) por proporción de beneficiarios FONASA-A o proporción de personas en condición de pobreza en la comuna según CASEN.
 - ✓ Hace más de **20 años** sistemas referentes ocupan herramientas capaces de predecir riesgo sanitario y utilización de recursos.
 - ✓ A nivel nacional se han realizado pilotos que confirman la factibilidad de implementar dichas herramientas.
- Las propuestas buscan sustituir IPP como también transparentar y rendir cuenta sobre la decisión de utilizar dichas alternativas. Implementar de una estratificador de riesgo que permita asignar de manera más eficiente los recursos de la APS y apoyar una mejor gestión.

Si bien la política de APS Universal aún no existía cuando se desarrolló el estudio, existen importantes vínculos entre lo analizado y recomendado en el trabajo y las estrategias de la política. Tanto es así que, en publicación del propio MINSAL, se cita el estudio de la Comisión como insumo para la implementación de la política.

“Para asegurar avanzar en la cobertura y acceso a la APS se implementarán una serie de estrategias en base a la mejor experiencia nacional e internacional, las recomendaciones de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, y los lineamientos técnicos del Ministerio de salud, para reducir las brechas existentes en un mediano plazo y alcanzar la cobertura universal”

[Universalización de la Atención Primaria de Salud - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile \(minsal.cl\)](http://minsal.cl)

Entre las estrategias vinculadas a la política que se complementan o toman las sugerencias de la Comisión se encuentran: (1) Sistema de Agendamiento Virtual (TeleSalud), (2) Estrategia de tamizaje en lugares de trabajo, (3) Creación de un repositorio de datos clínicos, (4) Incorporación de nuevos indicadores de gestión y mejoramiento de las metas sanitarias, y (5) Plan de cierre de brechas de infraestructura, entre otras.

Estos hallazgos y recomendaciones siguen vigentes. En este contexto, el consejo de la CNEP propone la realización de una revisión y actualización de las recomendaciones del estudio que permita seguir constituyéndose en un insumo para la toma de decisiones que contribuya al uso más eficaz y eficiente de los recursos públicos.

Objetivos

Objetivo General:

Revisión y actualización de las recomendaciones del estudio “Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS)” de 2022 para informar el proceso de discusión presupuestaria del Proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2025”.

Objetivos Específicos:

1. Revisión de la situación actual de las recomendaciones: vigencia, avances y proyecciones.
2. Propuesta de priorización de las recomendaciones, y en los casos que procede, actualización de estas.

Este proyecto fue desarrollado durante un período de 7 semanas con el objetivo de contribuir al debate en el proceso de discusión del Proyecto de Ley de Presupuestos para el año 2025. En este contexto, la revisión de las recomendaciones y las medidas de ejecución se llevó a cabo considerando la disponibilidad, acceso, oportunidad y claridad de la información. Por lo tanto, esta evaluación busca, por un lado, medir el grado de avance y recopilar información sobre las acciones que se están desarrollando actualmente con el mismo objetivo, aunque mediante enfoques diferentes. Además, se actualizarán las recomendaciones cuando sea necesario y se propondrá una priorización de estas, alineando los esfuerzos para lograr un mayor impacto en un plazo más corto.

El estudio fue desarrollado por un consultor externo a la CNEP, con vasta experiencia en el sector salud, evaluación y sector público, con apoyo técnico y logístico de los profesionales del CNEP Jose Luis Contreras y Constanza Rosales.

Se agrade la disposición del equipo reforma APS-Universal, liderado por Bernardo Martorell, del Ministerio de Salud para la obtención de información y gestión de entrevistas, al igual que del equipo de la División de Atención Primaria. Además, del apoyo brindado por todos los entrevistados para el desarrollo del presente estudio.

I. Revisión de la Situación Actual de las Recomendaciones

Las recomendaciones efectuadas por la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) para mejorar la eficiencia de la atención primaria se agrupan en 36 medidas, asignadas a tres áreas clave: Organización de Recursos, Infraestructura y TICs, y Financiamiento. Estas medidas, en lugar de establecer metas cuantitativas o plazos específicos para su implementación, se centran en ofrecer una guía sobre cómo abordar acciones específicas, enfocándose más en el planteamiento de objetivos generales.

Considerando que la CNEP busca movilizar el cambio a través de estas recomendaciones, más que dictar el cómo debe realizarse, evitando encasillarse en un enfoque rígido. La evaluación del avance de estas medidas se torna complejo, ya que requiere ampliar el enfoque de evaluación.

Reconociendo la necesidad de un enfoque sistémico y de acción continua en la implementación de políticas públicas y de gestión, se ha optado por diseñar un marco analítico adecuado a la naturaleza de estas recomendaciones. Este marco permite realizar una evaluación global del avance basada en el objetivo general o de impacto de las recomendaciones. Para ello, se descomponen las recomendaciones en sub-medidas, lo que facilita una evaluación flexible y permite incluir avances relacionados con el objetivo general, aun cuando estos no se estén ejecutando exactamente como lo sugirió la CNEP en su informe de recomendaciones.

El método de evaluación utilizado se basa en la creación de un marco analítico, la vinculación de las recomendaciones con dicho marco, la identificación y recopilación de información secundaria disponible públicamente, el desarrollo de entrevistas con actores clave del sistema, y el análisis de la información proporcionada por el Ministerio de Salud.

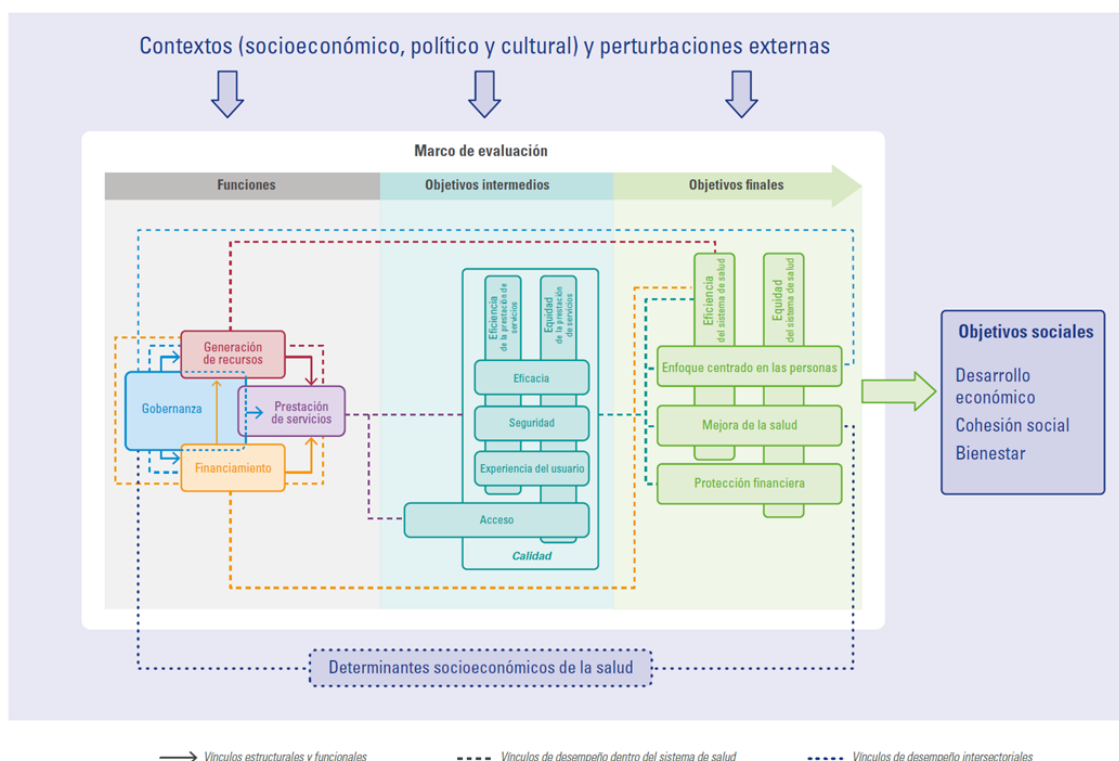
En específico se sostuvieron las siguientes reuniones/entrevistas que permitieron indagar en las acciones que se están llevando a cabo en la actualidad:

Asistentes	Institución	Asistentes CNEP	Tema
Bernardo Martorell, Ximena Barros, Alison Morales, Camilo Becerra, Dra. Aravena, Juan Ilabaca	Ministerio de Salud	José Luis Contreras, Constanza Rosales, Daniela Sugg	Reunión inicial
Bernardo Martorell, Ximena Barros, Vanessa Bravo	Ministerio de Salud	José Luis Contreras, Constanza Rosales, Daniela Sugg	APS-U
Irma Vargas, Ma de los Ángeles Bravo, Alison Morales, Nanet González	Ministerio de Salud	Constanza Rosales, Daniela Sugg	ECICEP
Camilo Becerra, Jorge Herrera, Pablo Pizarro, María José Letelier	Ministerio de Salud	José Luis Contreras, Constanza Rosales, Daniela Sugg	TIC/ Salud Digital
José Inostroza	Ministerio Hacienda	José Luis Contreras, Constanza Rosales, Daniela Sugg	Gobierno Digital
Verónica Achá	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	José Luis Contreras, Constanza Rosales, Daniela Sugg	GSL y Ventanillas Únicas
Dra. Aravena, Matías Tobar, Carlos Pozo	Ministerio de Salud	José Luis Contreras, Constanza Rosales, Daniela Sugg	Inversiones
María Loreto Rodríguez, Pablo Pizarro	Ministerio de Salud	José Luis Contreras, Constanza Rosales	TICs
José Pablo Gómez	Experto Ex-Jefe División Dirección de Presupuestos	José Luis Contreras y Daniela Sugg	APP-Concesiones

Marco Analítico

El marco de evaluación propuesto por la OPS en 2023 para los sistemas de salud se integra armónicamente con la teoría del cambio, proporcionando una estructura cohesiva y dinámica que abarca desde los insumos hasta el impacto social. Esta metodología permite una comprensión profunda de cómo los elementos fundamentales del sistema de salud impulsan cambios y resultados a largo plazo (Figura 1).

Figura 1: Marco Analítico de Evaluación de los Sistemas de Salud



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326787>.

En este enfoque, los **insumos**, que incluyen todas las **funciones esenciales** del sistema como la provisión de servicios y la financiación, son la base sobre la cual se construye todo el sistema de evaluación. Estos insumos son esenciales para iniciar cualquier proceso de cambio y establecen las condiciones necesarias para que se puedan desarrollar las intervenciones.

Los **productos**, o los objetivos intermedios, emergen directamente de la eficaz aplicación de los insumos. Representan logros concretos como la mejora de la accesibilidad y la eficacia de los servicios de salud, lo que a su vez contribuye a una

mayor satisfacción y cobertura dentro de la comunidad. Estos productos son indicativos de que los recursos están siendo utilizados de manera efectiva para alcanzar metas específicas.

Avanzando hacia los **resultados**, u objetivos finales, estos reflejan las mejoras tangibles en la salud de la población, como la reducción de enfermedades y la mejora de los indicadores de salud general. Estos cambios son el resultado directo de los productos y son esenciales para evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias.

Finalmente, el **impacto**, u objetivos sociales, mira más allá de los resultados inmediatos para considerar los efectos a largo plazo de los resultados en la sociedad. Esto incluye mejoras en la calidad de vida, mayores expectativas de vida y una reducción en la desigualdad de salud, que son los objetivos sociales finales de cualquier sistema de salud. Este nivel de impacto refleja el cambio social y de salud a gran escala que los sistemas de salud buscan lograr.

Entre los dominios de indicadores para insumos y procesos, el marco considera la gobernanza; el financiamiento; la infraestructura, información y tecnologías de la información; la fuerza laboral; y la cadena de suministros. En el caso de los productos, considera el acceso a intervenciones y disposición de servicios; y calidad y seguridad de las intervenciones. Para los resultados, los dominios considerados son la cobertura de intervenciones (la cobertura es una media completa, de acceso con calidad y efectividad de la intervención); y la prevalencia de comportamientos y factores de riesgo.

En el caso de los impactos, se considera el mejoramiento de los resultados en salud y la equidad; la protección de riesgos financieros; la capacidad de respuesta; y la eficiencia (OMS, 2009).

Considerando este marco general de análisis es que las recomendaciones son analizadas en perspectiva de que corresponde a un insumo, y por tanto alocadas en una función esencial del sistema de salud. Las cuales desencadenan un producto (objetivo intermedio). Todas las medidas impactan en un objetivo intermedio y en su conjunto al objetivo final.

Cada una de las recomendaciones es analizada bajo el prisma de las funciones de un sistema de salud, que son:

1. Prestación de Servicios:

Esta función se refiere a la entrega directa de servicios de salud a la población, tanto preventivos como curativos, de rehabilitación y paliativos. Incluye la atención en

todos los niveles (primario, secundario y terciario) y abarca tanto los servicios de salud públicos como privados.

2. Generación de Recursos:

Esta función incluye la creación y la gestión de los recursos necesarios para el funcionamiento efectivo del sistema de salud. Esto abarca desde la formación y capacitación de personal de salud, la producción y distribución de medicamentos y tecnologías médicas, hasta la infraestructura y los sistemas de información en salud.

3. Financiamiento:

El financiamiento es crucial para asegurar la sostenibilidad del sistema de salud. Esta función se refiere a la movilización de recursos financieros para cubrir los costos de los servicios de salud. Incluye la recaudación de fondos (a través de impuestos, seguros, pagos directos, etc.), el agrupamiento de esos fondos y la asignación y gestión eficiente de los recursos financieros.

4. Gobernanza:

Esta función se centra en la supervisión y regulación del sistema de salud. Implica la formulación de políticas, la implementación de regulaciones, la coordinación de los actores del sistema de salud y la supervisión del desempeño general del sistema. La gobernanza también incluye la rendición de cuentas y la participación de la comunidad en la toma de decisiones.

Cabe indicar que las recomendaciones en su narrativa original presentan componentes compuestos, abordando el qué lograr, cómo lograrlo o cómo financiarlo, por lo que para fines del análisis es necesario descomponerlos según corresponda. En ese sentido una recomendación puede estar abordando más de una función de los sistemas de salud y por lo tanto se apertura por función. Así, las **36 recomendaciones de la CNEP**¹² de 2022 se evaluarán en base a esta apertura, permitiendo la identificación de 56 **medidas**.

Por último, la medición del avance se basa en un medio simple de cuantificación, siguiendo la lógica de un indicador SMART - específicos, medibles, alcanzables, relevantes y acotados en el tiempo¹³.

¹² Desglose de las recomendaciones y su respectiva evaluación en las Fichas respectivas al final del presente documento.

¹³ [api.observa.minciencia.gob.cl/api/datosabiertos/download/?uuid=dcbe5b7a-53d2-47d8-9a33-c6d7cadcd40&filename=Documento Metodologico del Ciclo de Aprendizaje 2022.pdf](https://api.observa.minciencia.gob.cl/api/datosabiertos/download/?uuid=dcbe5b7a-53d2-47d8-9a33-c6d7cadcd40&filename=Documento%20Metodologico%20del%20Ciclo%20de%20Aprendizaje%202022.pdf)

Recomendaciones por Función del Sistema de Salud: Medidas por Función

La Tabla 1 presenta el resultado del análisis propuesto, que refleja el número de recomendaciones aperturada por función por área de análisis de ahora en adelante llamadas “medidas”. Con este enfoque se alcanza un total de 56 medidas que corresponde a las 36 recomendaciones de la CNEP 2022.

A modo de ejemplo, la recomendación 2.1 se apertura en 2 recomendaciones ya que una de ellas se dirige a lo que es prestación de servicios y otra al financiamiento. En la Tabla 1 se muestra la separación, identificando en rojo el atributo que se conecta con una función del sistema de salud en específico. ¹⁴

Tabla 1: Ejemplo Apertura Recomendación CNEP por Función del Sistema de Salud

N°	Organización de los Recursos para la Gestión de la APS	Función del Sistema de Salud
2.1	Solicitar al Ministerio de Salud incorporar el PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud los componentes de recursos humanos, capacitación y soporte de infraestructura y servicios TIC asociados a la estrategia Teletriage	Prestación de Servicios
2.1	Solicitar al Ministerio de Salud incorporar el PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud los componentes de recursos humanos, capacitación y soporte de infraestructura y servicios TIC asociados a la estrategia Teletriage	Financiamiento

Fuente: elaboración propia.

El resultado de la aplicación de un marco analítico a las recomendaciones es el que se describe en la Tabla 2. Esta nueva perspectiva del análisis permite señalar que las 56 medidas equivalente a las 36 recomendaciones, se relacionan en su mayoría a la Gobernanza del sistema (66%) y le sigue las de Financiamiento (18%).

¹⁴ Información y desglose completo de las recomendaciones por medida en Fichas al final del presente documento.

Tabla 2: Medidas (Recomendaciones por Función del Sistema de Salud) por Área (N°)

Función Principal del Sistema de Salud	Organización de los Recursos para la Gestión de la APS	Infraestructura TIC y Civil	Financiamiento Más Eficiente para la APS	Total
Financiamiento	7		3	10
Generación de Recursos	4			4
Gobernanza	17	12	8	37
Prestación de Servicios	4		1	5
Total	32	12	12	56
Total CNEP 2022	21	7	8	36

Fuente: elaboración propia.

Recomendaciones por Objetivo Intermedio del Sistema de Salud: Medidas por Objetivo

Las recomendaciones, considerando la función del sistema de salud a la cual se encuentra relacionada y cómo generan el cambio, apuntan en su gran mayoría a un objetivo intermedio de Acceso y le sigue aquellas que apuntan a la Eficiencia de la prestación de servicios.

Continuando con el caso de la recomendación 2.1, aun cuando se apertura en dos medidas, ambas apuntan al objetivo de acceso, pero su forma de impactar en ello es por medio de la prestación de servicios y de la generación de recursos- llamado para fines explicativos “generador del cambio” como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3: Ejemplo Apertura Recomendación CNEP por Función del Sistema de Salud y Objetivo

N°	Organización de los Recursos para la Gestión de la APS	Función del Sistema de Salud	Generador del Cambio	Objetivo
2.1	Solicitar al Ministerio de Salud incorporar el PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud los componentes de recursos humanos, capacitación y soporte de infraestructura y servicios TIC asociados a la estrategia Teletriage	Prestación de Servicios	Prestación de Servicios	Acceso
2.1	Solicitar al Ministerio de Salud incorporar el PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud los componentes de recursos humanos, capacitación y soporte de infraestructura y servicios TIC asociados a la estrategia Teletriage	Financiamiento	Generación de Recursos	Acceso

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 4 muestra la relación entre las medidas y el objetivo intermedio que quieren lograr, concluyendo que un 57% de ellas apuntan directamente a la eficiencia de la prestación de servicios, y le siguen las de acceso con un 14%.

Tabla 4: Medidas y Objetivo Intermedio del Sistema de Salud

Área y Función	Acceso	Eficacia	Eficiencia de la Prestación de Servicios	Experiencia Usuario	Seguridad
Organización de los Recursos para la Gestión de la APS					
Financiamiento	3		4		
Generación de Recursos	1	2	1		
Gobernanza	1	3	12	1	
Prestación de Servicios	3	1			
Infraestructura TIC y Civil					
Gobernanza			5	2	5
Financiamiento Más Eficiente para la APS					
Financiamiento			3		
Gobernanza			7	1	
Prestación de Servicios		1			
Total	8	7	32	4	5

II. Evaluación de Avance de Cumplimiento de las Recomendaciones

Se establece una forma de evaluar por niveles que quiere decir distintos enfoques. El primero, para cada una de las recomendaciones asociada a la función del sistema de salud, esto quiere decir que se evalúa el abordaje de 56 medidas. Segundo por nivel de función esencial del sistema de salud, considerando el total de 10 medidas para Financiamiento, 36 de Gobernanza, 5 para Generación de Recursos y 5 de Prestación de Servicios. Tercero por recomendación, donde una recomendación puede estar compuesta por más de una medida, por ejemplo, ese es el caso de la 2.1 que está compuesta por dos medidas. Por último, un cuarto nivel de evaluación es el Global considerando el conjunto de recomendaciones para obtener una valoración global del avance.

Perspectivas de la Evaluación

La evaluación de la implementación de las recomendaciones requiere considerar que se trata de una medición de cumplimiento o no cumplimiento, esto porque las recomendaciones no están construidas bajo el prisma de medición del objetivo al cual contribuyen.

En este caso se ha optado a ampliar la medición al considerar el abordaje de la medida en particular, permitiendo flexibilizar la interpretación y considerar de esta forma las acciones que ha tomado el Ministerio de Salud, u otro Ministerio consultado, que abordan el objetivo intermedio, pero de una forma diferente a la planteado.

De esta forma, se genera el siguiente conjunto de opciones de categorización "Abordaje": {Sí, Medio; No} para cada recomendación (i) de la función del sistema de salud (j).

Esta categorización inicial surge de la interpretación y recolección de información prevista en las entrevistas y medios observables de verificación (consultados por el equipo evaluador). En este sentido se considera si la medida generada por el Ministerio apunta al mismo objetivo y similar proceso de cambio a través de las funciones del sistema de salud.

Luego, y dado que la categorización de abordaje es subjetiva, se logra su objetividad por medio de un corrector basado en los medios de verificación. La clasificación de

los medios de implementación de una política pública o medida en las categorías de normativa (NT), procesos (PR) y recursos (RS) es una forma válida y común de estructurar los elementos necesarios para poner en marcha una política.¹⁵

1. Normativa (NT)

- Definición: Se refiere a las leyes, reglamentos, y normativas que establecen el marco legal y regulatorio necesario para implementar la política. Incluye tanto la legislación formal como los reglamentos específicos que guían la implementación.

2. Procesos (PR)

- Definición: Hace referencia a los procedimientos, metodologías, y pasos administrativos necesarios para ejecutar la política. Incluye la coordinación interinstitucional, la planificación estratégica, la ejecución operativa, y los mecanismos de monitoreo y evaluación.

3. Recursos (RS)

- Definición: Se refiere a los recursos necesarios para implementar la política, que pueden ser financieros, humanos, tecnológicos, y materiales. Incluye el presupuesto asignado, el personal capacitado, la infraestructura, y las tecnologías disponibles.

Así, se ha considerado como válido siempre y cuando se cuente con al menos 1 medio de verificación, independiente de su naturaleza.

Medición de Avance

Cada Medida (R_{i,j}) obtiene un primer puntaje según su categoría de Abordaje. Donde, "Abordaje" = {Sí=1; Medio=0.5; No=0}. Donde se define que lo aborda cuanto existe evidencia suficiente que muestre acciones realizadas o en ejecución de cobertura ampliada. No lo aborda cuando solo existe evidencia de planes por realizar o ningún hallazgo sobre la materia y un punto medio o medio avance es que existe cierto grado de ejecución de acciones que podrían ser desde un piloto a acciones de baja escala.

Luego, lo anterior es ponderado por la existencia de un medio de verificación {NT; PR; RS}, cada opción puede tomar el valor de 1 o 0. Así, Medio de Verificación

¹⁵ Howlett, M., & Ramesh, M. (2003). "Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems."

(MV)=MAX {NT; PR; RS}. Se establece el siguiente esquema de evaluación por niveles de acuerdo con lo ejemplificado en la Tabla 5.

Tabla 5: Evaluación Por Niveles de las Medidas y Recomendaciones

Nivel	Explicación	Medición	Puntaje Máximo
Nivel 1	Para cada recomendación (i) según su función (j), Medida= Ri,j	$P_{i,j} = \text{Abordaje} \times MV \times 100\%$	100%
Nivel 2	Considera todas las Medidas de una determinada Función (j)	$\frac{\sum_{i=1}^n P_{i,j}}{n} \forall j$	100%
Nivel 3	Considera el conjunto de Medidas que pertenecen a una Recomendación (i)	$\frac{\sum_{j=1}^K P_{i,j}}{K} \forall i$	100%
Nivel 4	Medida global de avance de las Ri,j	$\frac{\sum_{i,j=1}^{n,k} P_{i,j}}{56}$	100%

Fuente: elaboración propia.

Resultado de la Evaluación

A continuación, se presenta el resultado de la evaluación del avance en la implementación de las recomendaciones de la CNEP¹⁶.

Evaluación Nivel 1: 56 Medidas - Recomendación por Función del Sistema de Salud

Al considerar la evaluación para cada Ri,j (Total=56) se obtiene que un 52% de las medidas no han sido abordadas, un 36% de ellas tienen un avance parcial y un 13% se encuentran acogidas por el MINSAL. La Tabla 6 muestra el resultado del avance de las medidas por las tres áreas definidas por la CNEP: Organización de los

¹⁶ El resultado de la evaluación más información sobre los juicios de evaluación y otra información relevante se encuentra contenida en las Fichas elaboradas para cada Recomendación.

Recursos para la Gestión de la APS; Infraestructura TIC y Civil; y Financiamiento Más Eficiente para la APS.

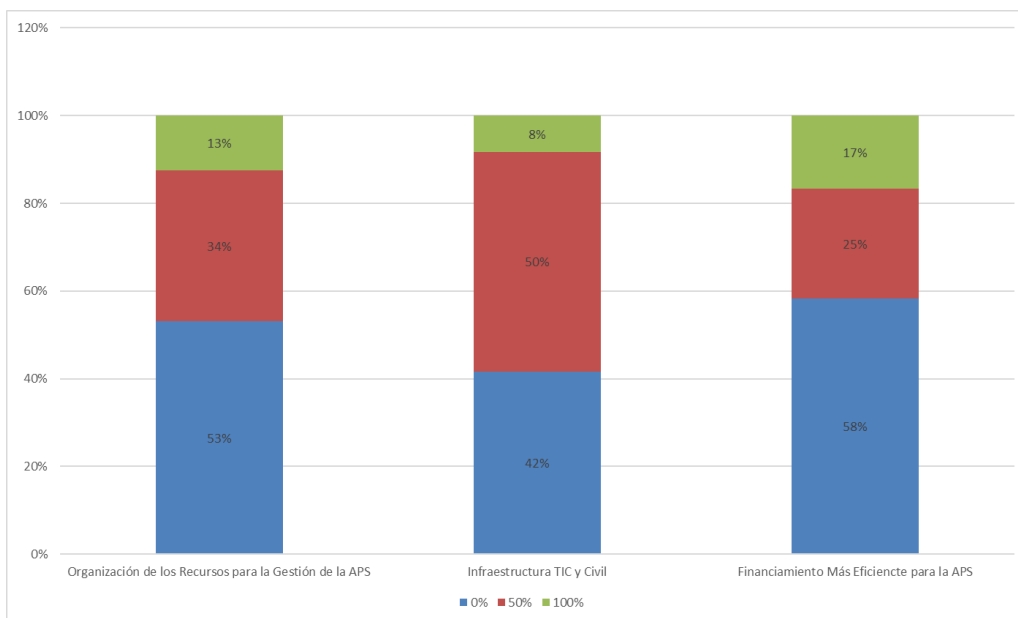
Tabla 6: Resultado por cada Medida por Área

Área	0%	50%	100%
Organización de los Recursos para la Gestión de la APS	30%	20%	7%
Infraestructura TIC y Civil	9%	11%	2%
Financiamiento Más Eficiente para la APS	13%	5%	4%
Total	52%	36%	13%

Fuente: elaboración propia.

Al analizar por área de las recomendaciones de la CNEP se aprecia que en la que existe mayor avance en términos relativos es en “Infraestructura TIC y Civil”, con 50% de las medidas con un avance medio y un 8% con avance completo, y el con menor avance “Financiamiento Más Eficiente para la APS”, que presenta un 58% de las medidas sin avance (Figura 2).

Figura 2: Avance de las Medidas por Área



Nota: Cada categoría equivale al 100%

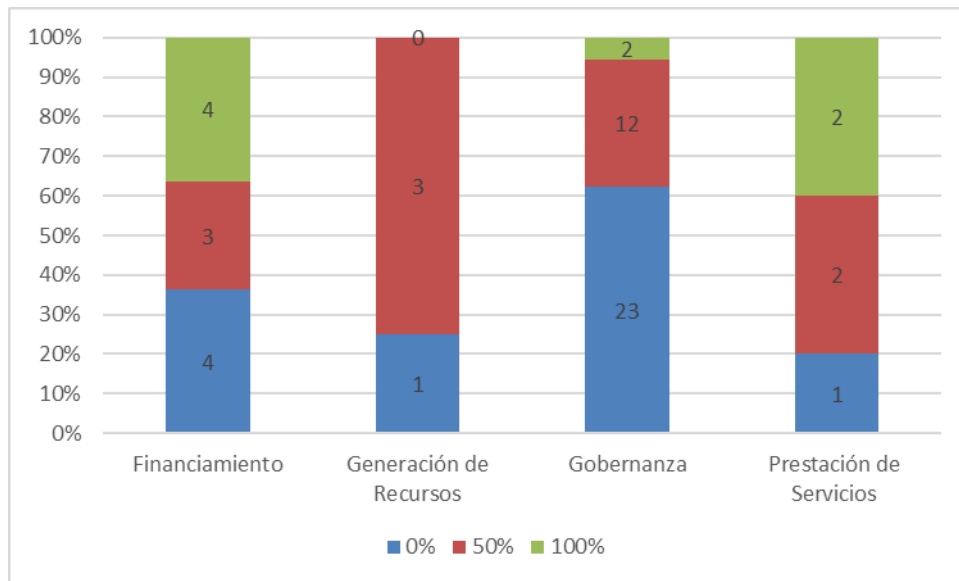
Fuente: elaboración propia.

Evaluación Nivel 2: Medidas Por Función del Sistema de Salud

El análisis por Función j (Financiamiento, Generación de Recursos, Gobernanza y Prestación de Servicios) considera a todas las medidas asociadas a ella. Al contemplar esta perspectiva las funciones de Gobernanza y Financiamiento las que tienen un menor grado de avance (+/-50% de las medidas no abordadas) y un mayor grado de avance parcial las medidas que apuntan a la Generación de Recursos.

La Figura 3 muestra el número de medias por función según su avance, destacándose en prestación de servicios que 4 de 5 presentan avance mientras que en Gobernanza 23 de 37 no presentan avances.

Figura 3: Avance de las Recomendaciones por Función del Sistema de Salud.



Fuente: elaboración propia.

Evaluación Nivel 3: Por Recomendación

Por recomendación se logra observar mayor variabilidad en las mediciones de avance, explicado por la composición de las recomendaciones en base a sus medidas. La Tabla 7 muestra el avance por recomendación (N°= 36), dos de ellas se consideran abordadas (avance 100%), 16 de ellas sin avance (0%), y el resto de ellas con grados de avance en promedio de un 50%.

Tabla 7: Avance por Recomendación

N° Recomendación	N° Medidas	Puntaje	Avance
2.1	2	2	100%
2.2	1	1	100%
4.5	5	3.5	70%
2.3	3	2	67%
2.15	1	0.5	50%
2.16	1	0.5	50%
2.17	1	0.5	50%
2.18	1	0.5	50%
2.20	1	0.5	50%
2.4	2	1	50%
2.5	2	1	50%
3.1	5	2.5	50%
3.2	1	0.5	50%
3.3	1	0.5	50%
3.4	1	0.5	50%
4.1	1	0.5	50%
4.3	1	0.5	50%
2.6	3	1	33%
2.9	2	0.5	25%
2.8	3	0.5	17%
2.10	1	0	0%
2.11	1	0	0%
2.12	1	0	0%
2.13	1	0	0%
2.14	1	0	0%
2.19	1	0	0%
2.21	1	0	0%
2.7	2	0	0%
3.5	2	0	0%
3.6	1	0	0%
3.7	1	0	0%
4.2	1	0	0%
4.4	1	0	0%
4.6	1	0	0%
4.7	1	0	0%
4.8	1	0	0%

Fuente: elaboración propia.

Evaluación Nivel 4: Evaluación Global

Se ha considerado a modo de evaluación general considerar el promedio simple de los avances por recomendación ($R_{i,j}$). Así, se obtiene un **avance global de 36%**.

Tabla 8: Cumplimiento Global de las Recomendaciones

Cumplimiento Global	Puntaje Total	Puntaje Alcanzado	Evaluación Global
	56	20	36%

Fuente: elaboración propia.

La evaluación del avance de las recomendaciones mirada desde la perspectiva de medidas enriquece el análisis y permite dirigir mejor los esfuerzos de los ministerios involucrados.

El Ministerio de Salud en estos dos años, desde la publicación de las recomendaciones, ha trabajado en materias claves como son Telsesalud y favorecer el acceso, por medio de la medida de APS-Universal. Es necesario para avanzar con mayor celeridad definir una estrategia global sobre el abordaje de las medidas y acciones en la APS, teniendo claridad del impacto que tienen, y con ello priorizar las acciones.

Cabe destacar los esfuerzos y acciones impulsadas desde el equipo Reforma para APS-Universal, quienes han impulsado diversas acciones que apuntan a las recomendaciones efectuadas por la CNEP. Ahora bien, se debe tener en consideración que la continuidad de las acciones dependerá de si se logra incorporar en la institucionalidad vigente del Ministerio de Salud esta nueva perspectiva de abordaje.

Así, se considera un habilitante del cambio tener las condiciones institucionales y normativas para así generar una hoja de ruta establece que no dependa de las voluntades y personas transitoriamente a cargo.

El siguiente capítulo presenta una propuesta de adecuación de algunas recomendaciones y priorización de estas, con miras a apoyar las decisiones y la focalización de los recursos humanos y financieros.

III. Priorización y Adecuación de las Recomendaciones

La estrategia de la APS ha sido catalogada como la columna vertebral de los sistemas de salud en la región¹⁷; un sistema de salud basado en la APS avanza en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, al mismo tiempo que enfrenta las desigualdades en salud y permite ampliar la cobertura a poblaciones rezagadas. En este contexto, la APS ha sido definida como la puerta de entrada o puerta principal de la población al sistema de salud y, por tanto, un área prioritaria tanto para enfrentar los impactos de la pandemia como para la necesaria transformación del sector salud en los próximos años.

Tal como ya ha sido destacado la APS es una estrategia clave para avanzar hacia la cobertura universal y combatir la desigualdad. Complementariamente, invertir en la APS puede involucrar resultados positivos en distintas dimensiones, por ejemplo:

- Una mayor rentabilidad económica y social, entre otros factores, pues la estrategia comprende la atención a las personas en el continuo de los cuidados, desde la promoción y prevención hasta el tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación y, por tanto, atender y resolver los problemas sanitarios que corresponden al primer nivel de atención antes de que lleguen a otros niveles más complejos y costosos.
- Avanzar en acceso y cobertura universal, ya que la APS es la base para alcanzar una cobertura universal efectiva en salud; las economías de escala que requieren los grandes hospitales, mayoritariamente urbanos, no son una alternativa viable de replicar en los distintos territorios y la única opción para una importante proporción de la población es el primer nivel fortalecido por la APS.
- Invertir en programas de prevención efectivos, con lo que se optimizarían las atenciones para detectar los problemas a tiempo, incrementando la expectativa de vida y concentrándose en intervenciones menos costosas, a la vez que se realizan actividades de promoción de la salud con un enfoque de determinantes sociales de la salud.
- Acceder a zonas extremas y aisladas; la APS puede tener la flexibilidad para ampliar la cobertura y proveer de atenciones en zonas lejanas y de difícil acceso. La pandemia dejó en evidencia y aumentó las brechas en las oportunidades que tiene la población para acceder a la salud, por lo que invertir en APS es una oportunidad para reducir la desigualdad en salud en

¹⁷ <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>

la región. Cabe mencionar que dichos resultados pueden ser positivamente potenciados a través de la salud digital, toda vez que se garantice la infraestructura para la conectividad necesaria y no se acrecienten las brechas digitales.

La OMS en resolución del año 2021 titulada “Desarrollar el potencial de la atención primaria de salud: lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19 e implicaciones para las futuras orientaciones en la Región Europea de la OMS”¹⁸ establece una visión para alcanzar el potencial de la atención primaria de salud e implementar los compromisos asumidos en el Programa de trabajo europeo 2020-2025: Acción unida para una mejor salud en Europa¹⁹.

Este documento analiza el papel fundamental de la atención primaria de salud durante la pandemia, sistematiza las lecciones aprendidas en los sistemas de salud de los países europeos durante la crisis del COVID-19, y propone acciones necesarias para transformar el modelo de servicios de Atención Primaria de Salud. Aunque estas recomendaciones surgen de la experiencia y realidad de los países europeos, son coherentes y aplicables al contexto chileno. Por ello, se consideran para crear un marco conceptual que permita priorizar y reformular algunas de las recomendaciones de la CNEP.

Las Estrategias para Fortalecer la APS

1. Contextualizar y adaptar el modelo de atención

Las necesidades de la población varían en las distintas comunidades. No existe una solución única para diseñar la prestación de servicios de atención primaria de salud. La contextualización y la adaptación requieren reflejar las necesidades de bienestar de la población mediante la adaptación de herramientas de gestión de la salud de la población de última generación, el diseño anticipado de los servicios y los enfoques de establecimiento de prioridades, y una atención orientada a objetivos y adaptada a las necesidades de cada individuo.

2. Fortalecer los enfoques multidisciplinarios

La pandemia ha magnificado la interconexión de la salud y las nociones más amplias de bienestar. Los servicios de atención primaria de la salud que sean significativos deben abordar no solo las necesidades de salud física, sino

¹⁸ Regional Committee for Europe, 71st session. (2021). Seventy-first Regional Committee for Europe: virtual session, 13–15 September 2021: realizing the potential of primary health care: lessons learned from the COVID-19 pandemic and implications for future directions in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe.

¹⁹ Primary health care: making our commitments happen. Realizing the potential of primary health care: lessons learned from the COVID-19 pandemic and implications for future directions in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

también sus determinantes previos, especialmente las mentales y sociales. Los equipos de atención primaria de la salud integrados y multidisciplinarios están mejor posicionados para brindar soluciones holísticas a los desafíos de salud y bienestar del siglo XXI. Las prioridades más inmediatas son fortalecer la colaboración entre la salud pública y los servicios de atención primaria de la salud a nivel comunitario, ampliar los servicios de salud mental en la atención primaria de la salud e integrarlos más estrechamente con la atención social.

3. Invertir en la preparación para emergencias en los entornos de atención primaria de salud

Los servicios de atención primaria de salud hicieron una contribución relevante a la respuesta a la pandemia al contribuir a la vigilancia, las pruebas, el diagnóstico, el rastreo de contactos, la gestión de casos y la rehabilitación. La rápida expansión de las funciones y la carga de trabajo ha llevado la prestación de atención primaria de salud hasta sus límites. Repensar la preparación para emergencias y el papel y la capacidad de respuesta de la atención primaria de salud es importante para tomar decisiones de inversión adecuadas para la resiliencia futura.

4. Alinear múltiples plataformas de prestación de servicios

Durante la pandemia, las modalidades de prestación de servicios de atención primaria de salud se han diversificado. Las consultas presenciales en los centros se han complementado con la prestación de servicios a domicilio a través de equipos móviles y la prestación de servicios por teléfono o por medios digitales. Estas modalidades alternativas acercan los servicios a las personas y brindan la oportunidad de superar las brechas de acceso. Para optimizar los servicios para diferentes poblaciones y diferentes condiciones de salud, se requiere una cuidadosa fijación de prioridades, con una inversión paralela en la alfabetización en salud digital de la población y las competencias en salud digital de los trabajadores de la salud.

5. Aplicar un enfoque en Red

Las redes pueden sustentar una gama más amplia de servicios con mayor continuidad en todo el espectro de atención que los centros independientes. Esto es especialmente relevante para responder a las necesidades sanitarias y sociales estrechamente vinculadas de una población que envejece. Fomentar el desarrollo organizacional, aplicar buenas prácticas en la gestión del cambio y mejorar las habilidades de los gerentes de atención de salud para permitir la transición de un centro único a operaciones en red más complejas.

6. Ampliar la capacidad para identificar y llegar a las personas vulnerables

La pandemia puso de manifiesto la capacidad y las herramientas de los proveedores de atención primaria de salud para identificar y llegar a las personas vulnerables con servicios oportunos. La era digital ofrece grandes oportunidades para fortalecer esta capacidad en el ámbito de la práctica. Sin embargo, la pandemia demostró que es necesario pasar de las definiciones de vulnerabilidad

centradas en la enfermedad a definiciones holísticas que incluyan tanto los determinantes de la salud como los determinantes sociales.

Estrategias habilitadoras para transformar el modelo de servicios de APS

1. Revisar los arreglos de gobernanza

A nivel nacional y subnacional para asegurar que estén bien definidos; explorar la posibilidad y los beneficios potenciales de establecer grupos de trabajo multidisciplinarios de atención primaria de salud con un mandato claro y activar a los gobiernos locales y las comunidades para dar prioridad a la acción en materia de salud.

2. Trabajar en alianzas en una acción conjunta en favor de la solidaridad

Diversas organizaciones de la sociedad civil pueden ayudar a equilibrar los intereses y pueden participar en la promoción de políticas, el establecimiento de prioridades, el diseño participativo de la prestación de servicios, el seguimiento y la prestación de servicios que van más allá del alcance de los mecanismos tradicionales de prestación de servicios de salud. Las alianzas generan confianza y aumentan la rendición de cuentas de los gobiernos al público.

3. Invertir en salud y dar prioridad a los servicios de salud pública y de atención primaria de salud

Esto garantizará la disponibilidad gratuita de servicios integrales de atención primaria de salud y ampliará la cobertura de los costos de los medicamentos ambulatorios para afecciones sensibles a la atención primaria de salud, que son la principal causa de los pagos catastróficos y empobrecedores de los hogares.

4. Abordar la crítica falta de personal en el sector salud y la asistencia social

Centrándose en atraer, proteger y retener a los trabajadores de la salud y la asistencia social mediante la mejora de las políticas del mercado laboral; la realización de una planificación a largo plazo del personal sanitario y de las necesidades de competencias en función de las prioridades sanitarias; el replanteamiento de los incentivos financieros y no financieros; la provisión de entornos de trabajo atractivos y seguros; y la oferta de apoyo y seguimiento de la salud y el bienestar de los trabajadores sanitarios.

5. Repensar la formación de los trabajadores sanitarios

En todos los niveles para apoyar la preparación para las realidades de la práctica de la atención primaria de salud multidisciplinaria centrándose en las competencias clínicas y no clínicas, incluidas las necesidades de los pacientes, la continuidad, la coordinación de la atención, el trabajo en equipo y la comunicación interpersonal.

6. Invertir en el desarrollo y la renovación de la infraestructura

Para garantizar que los centros de atención primaria de salud proporcionen un entorno digno en el que buscar atención, un lugar de trabajo atractivo y un

espacio eficaz para la participación de equipos multidisciplinares, para la prestación de servicios biomédicos y psicosociales.

7. Acelerar la adopción de soluciones digitales

Y sistemas de datos integrados fáciles de usar para consultas remotas para cerrar las brechas de acceso, para registros de salud interprofesionales que respalden el trabajo en equipo multidisciplinario, para la evaluación de riesgos de salud de la población para identificar y llegar a las personas vulnerables y para herramientas de autodiagnóstico y gestión para involucrar y activar a las personas.

8. Crear incentivos financieros más fuertes

Para los servicios que se prestarán en los entornos de atención primaria de salud y recompensar económicamente la prestación de servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección temprana, gestión de enfermedades y afecciones en equipo y rehabilitación para afecciones que se pueden tratar en la atención primaria de salud, al tiempo que se reducen simultáneamente los incentivos para acceder a dichos servicios en los niveles de especialistas y/o hospitalarios.

9. Desarrollar un sistema de seguimiento, evaluación de referencias y gestión del desempeño de la atención primaria de salud

Para crear sistemas de aprendizaje en consonancia con los marcos de políticas y estrategias nacionales mediante el fortalecimiento de los mecanismos de recopilación de datos, el establecimiento de paneles de control y evaluaciones de desempeño, y la creación de circuitos de retroalimentación para que los hallazgos puedan convertirse en acciones.

10. Invertir en prestigio y mejorar la confianza

Los equipos de atención primaria de salud ofrecen más servicios que nunca en todos los países de la Región Europea de la OMS. Invertir en el prestigio de los servicios de atención primaria de salud permitirá a los sistemas de salud mantenerse al día con las crecientes demandas de una población que envejece. Mejorar la confianza de la población mediante la demostración de resultados y la consideración de sus opiniones creará un apoyo popular para continuar la transformación y aumentar los recursos de la atención primaria de salud.

La OMS en colaboración con la UNICEF desarrollaron en 2022 un marco conceptual para medir la atención primaria.²⁰ El cual brinda orientación para evaluar, hacer el seguimiento y monitorear el desempeño de la APS a fin de acelerar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal y los ODS relacionados con la salud. Los

²⁰ Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022. License:CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

indicadores y el marco analítico de seguimiento y evaluación se basan en los 14 pilares del Marco operativo para la atención primaria de salud²¹. El resultado es un menú de indicadores que los países pueden utilizar y priorizar en función del contexto nacional y de las necesidades sanitarias.

El marco de monitoreo de la APS respalda la teoría del cambio de la APS y proporciona un marco lógico basado en resultados para monitorear el desempeño y el progreso en la APS. Se organiza en tres componentes clave y 14 palancas de acción para la APS en una cadena de resultados, o cascada, para una medición y monitoreo efectivos de la APS. El marco está organizado en las siguientes dimensiones:

- i. Por dominio de la cadena de resultados: estructuras, insumos, procesos, productos, resultados e impacto.
- ii. Por dominio de la APS para apoyar la orientación de los sistemas de salud hacia la APS: determinantes del sistema de salud, prestación integrada de servicios (incluidas las funciones de salud pública y los servicios de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) y objetivos del sistema de salud (por ejemplo, mejor cobertura de servicios y estado de salud), con un desglose adicional en subdominios.
- iii. Por dimensiones de seguimiento de la APS: capacidades de la APS, desempeño de la APS e impacto.

El marco ilustra la relación lógica entre los dominios, mostrando una vía causal o dirección de influencia que vincula las estructuras, los insumos y los procesos de la APS (presentados en el Marco operativo para la APS a través de las 14 palancas) con los resultados deseados (productos, resultados e impacto). Por ejemplo, el marco demuestra cómo las inversiones en capacidades del sistema de salud orientadas a la APS en estructuras e insumos (como gobernanza, personal sanitario y financiación) pueden conducir a un mejor desempeño de los procesos y productos de la APS (como un mejor diseño, organización, acceso, utilización y calidad de los servicios de salud integrados). Estos procesos y resultados mejorados pueden, a su vez, tener un efecto en mejores resultados (como la cobertura de servicios y la protección financiera) y un impacto general en el estado de salud. En consonancia con la afirmación de que la APS es un enfoque para fortalecer los sistemas de salud a fin de acelerar el progreso hacia la cobertura sanitaria universal y los ODS

²¹ World Health Organization and United Nations Children's Fund. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>, accessed 17 August 2021).

relacionados con la salud, los indicadores de resultados e impacto se han alineado plenamente con los indicadores de los ODS relacionados con la salud existentes.

El marco también destaca cómo un sistema de salud orientado a la APS demuestra equidad, calidad y resiliencia, y cómo se pueden evaluar estas áreas a lo largo de toda la cadena de resultados. En la Figura a continuación la Teoría y en Tabla 9 las palancas de acción.

Figura 4: Teoría del Cambio en la APS



Fuente: Pino, A. Resultados de la encuesta realizada en febrero-marzo 2023 Comisión de Salud, Asociación Chilena de Municipalidades 12 de Abril de 2023. Termómetro de la Salud, Evaluación de la Atención Primaria de Salud en Chile. ACHM, 2023

Tabla 9: Las 14 palancas de acción para el monitoreo de la APS

Mecanismos Estratégicos Básicos	Descripción
1. Compromiso y liderazgos políticos	El compromiso y el liderazgo políticos que sitúan la APS en el centro de las iniciativas para lograr la cobertura sanitaria universal y reconocer la importante contribución de la APS a los ODS.
2. Marco de gobernanza y políticas	Estructuras de gobernanza, marcos de políticas y reglamentación en pro de la APS que establecen alianzas sectoriales e intersectoriales, y promueven el liderazgo comunitario y la rendición de cuentas mutua.
3. Financiación y asignación de recursos	Financiación adecuada para la APS, que se moviliza y asigna con el objetivo de promover la equidad en el acceso, proporcionar una plataforma y un entorno de incentivos para prestar una atención y servicios de alta calidad y minimizar las dificultades financieras.
4. Participación de la comunidad y otras partes interesadas	Participación de las comunidades y otras partes interesadas de todos los sectores para definir los problemas y las soluciones y dar prioridad a las acciones mediante un diálogo sobre políticas.
Mecanismos Operacionales	
5. Modelos de Atención	Promueven una APS de calidad centrada en la persona y funciones esenciales de salud pública, integrados a lo largo del curso de la vida.
6. Personal de la atención primaria de salud	Adecuación del número de profesionales, el nivel de competencias y la distribución de atención primaria multidisciplinares y dedicados; el personal debe incluir agentes de salud de establecimientos, de la comunidad y para la promoción con el apoyo de una supervisión efectiva de la gestión y de una remuneración adecuada.
7. Infraestructura física / Humanización de la Infraestructura	Instalaciones de salud seguras y accesibles que incluyen agua, saneamiento y evacuación y reciclado de desechos, conexiones de telecomunicaciones y un suministro de energía eléctrica fiables, sistemas de transporte que puedan trasladar a los pacientes para que sean atendidos por otros dispositivos.
8. Medicamentos y otros productos sanitarios	Disponibilidad y asequibilidad de medicamentos y otros productos sanitarios adecuados, seguros, efectivos y de gran calidad obtenidos mediante procesos transparentes para mejorar la salud.
9. Colaboración con prestadores del sector privado	Alianza sólida entre los sectores público y privado para la prestación de servicios de salud integrados.
10. Sistemas de compra y de pago	Sistemas de compra y de pago que fomenten una reorientación de los modelos de atención para la prestación de servicios de salud integrados y centrados en la atención primaria y la salud pública.

11. Tecnologías digitales para la salud	Utilización de las tecnologías digitales para la salud a fin de facilitar el acceso a la atención y la prestación de servicios, mejorar la eficacia y la eficiencia, y fomentar la rendición de cuentas.
12. Sistemas para mejorar la calidad de la atención	Sistemas locales, subnacionales y nacionales para evaluar y mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud integrados.
13. Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud	Investigación y gestión de los conocimientos, en particular la divulgación de las enseñanzas extraídas, así como el uso de los conocimientos para acelerar la ampliación de estrategias eficaces y, de este modo, fortalecer los sistemas orientados a la APS.
14. Seguimiento y evaluación	Vigilancia y evaluación por medio de sistemas de información sanitaria, generan datos fiables y apoyan el uso de información para mejorar la adopción de decisiones y el aprendizaje de los agentes locales, nacionales y mundiales.

Propuesta de Adecuación y Priorización

Considerando el análisis de evaluación de avance de las 36 recomendaciones más los marcos analíticos expuestos se propone la adecuación de 14 recomendaciones (38%). El cambio se sustenta principalmente por la base de la evidencia disponible, el avance logrado en algunas acciones, flexibilizar el mecanismo elegido para lograr el objetivo definido y adecuar la institución responsable del cambio sugerido en base a las funciones y atribuciones existentes en la normativa del sector público-gobierno central. **La propuesta de adecuación presenta en Tabla 10.**

Tabla 10: Propuesta de Adecuación Recomendaciones

Recomendación	CNEP 2022	Actualización 2024	Justificación
2.1	Solicitar al Ministerio de Salud incorporar en el PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud los componentes de recursos humanos, capacitación y soporte de infraestructura y servicios TIC asociados a la estrategia Teletriage	Que el Ministerio de Salud defina con el Fondo Nacional de Salud un mecanismo de financiamiento para los componentes de recursos humanos, capacitación y soporte de infraestructura y servicios TIC asociados a la estrategia Teletriage. Solicitar al Ministerio de Hacienda a través de la Dirección de Presupuestos la evaluación de la estrategia TeleSalud.	Se busca posicionar el rol de FONASA, como el asegurador de las prestaciones sanitarias, independiente de si ellas son realizadas en la red central o en la APP y ampliar el horizonte de los mecanismos de financiamiento, buscando que el diseño logre el objetivo y a la vez permita la compra estratégica. Sumado a que existen esfuerzos desde el Minsal de generar equipos de trabajo en 2023 y 2024 en estas materias. Hoy se encuentra en evaluación PRAPS por la dirección de presupuestos por lo tanto es pertinente generar la apertura a otros mecanismos. Además, se busca evaluar la implementación para así contar de evidencia para cambios de financiamiento o ampliación.
2.2	Solicitar al Ministerio de Salud albergar dentro de Hospital Digital la plataforma de Teletriage para prestar mantenimiento y soporte a nivel nacional.	Solicitar al Ministerio de Salud albergar dentro de Hospital Digital la plataforma de TeleSalud para prestar mantenimiento y soporte a nivel nacional.	Modificado de acuerdo con nombre vigente
2.3	Solicitar al Ministerio de Salud reincorporar y escalar el proyecto de gestión de citas en coordinación con la	Solicitar al Ministerio de Salud reincorporar y escalar el proyecto de gestión de citas ²²	Modificado de acuerdo con nombre vigentes y ajustes por mecanismo de financiamiento en

²² Tomar en consideración lo que se encuentra en desarrollo por APS Universal, donde gestión de citas corresponde a un modelo que incluye la organización de procesos como la confirmación y anulación de citas, georreferenciación para el envío de mensajes sobre el centro de salud, información de citas y

	<p>implementación de la estrategia Teletriage, con el objetivo de promover una mayor adherencia de los usuarios. Para ello, se recomienda evaluar una solución tecnológica mediante un proveedor y/o desarrollo propio. Financiarlo, al menos inicialmente, mediante el PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud, para luego transitar hacia su incorporación dentro de Hospital Digital.</p>	<p>articulado con la estrategia TeleSalud, con el objetivo de promover una mayor adherencia de los usuarios. Para ello, se recomienda evaluar una solución tecnológica mediante un proveedor y/o desarrollo propio. Financiarlo, al menos inicialmente, mediante el PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud, para luego transitar hacia su escalabilidad con un mecanismo de financiamiento acorde con su naturaleza</p>	<p>base a la cobertura que alcance la iniciativa. En ese sentido, si es una estrategia que abarca más del 50% de las comunas debería tener un mecanismo de financiamiento permanente, formal, con mayor responsabilidad desde el Gobierno Central-Minsal, trazable e individualizable presupuestariamente por FONASA y DIPRES</p>
2.4	<p>Solicitar al Ministerio de Salud incluir en el PRAPS Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud un nuevo componente para la contratación de personal sanitario y financiamiento de insumos requeridos para llevar a cabo un proceso masivo de tamizaje con equipos móviles (exámenes estándares y registro de contacto) según aquellas intervenciones costo eficientes, como las establecidas por OMS, a la población beneficiaria de FONASA que se encuentre en lugares de trabajo. Dicho componente debe ir orientado inicialmente a comunas que presenten una alta población flotante entre lunes y viernes.</p>	<p>Solicitar al Ministerio de Salud diseñar un modelo de "atención extra muro" de cargo de la Atención Primaria.²³ Que permita definir acciones de tamizaje de acuerdo con la evidencia disponible y su relación de costo-efectividad o utilidad, y que entre las acciones sanitarias generar tamizaje con equipos móviles (exámenes estándares y registro de contacto) facilitando el acceso a la población beneficiaria de FONASA que se encuentre en lugares de trabajo. A ello, sumar que el diseño sea considerado en la evaluación ex ante realizada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia</p>	<p>Se ajusta de acuerdo con la realidad del avance actual de las medidas. Aun cuando se ha avanzado por APS-Universal, no cuenta con diseño estructurado que permita comprender los insumos, productos y objetivo de las iniciativas. Sumando a que falta un análisis fundado de la evidencia y efectividad de las medidas de tamizaje. Además, se vela porque el diseño cumpla con el proceso de ex ante para garantizar coherencia y objetividad en el diseño.</p>

recomendaciones sobre estilos de vida saludable. Cabe señalar que la propuesta original aludía a un Programa de Reforzamiento de la APS (PRAPS) que financió Minsal entre 2015 y 2018 sobre mensajería para la gestión de citas del programa de cardiovascular. Ello implicó el seguimiento de 8 millones de personas durante ese tiempo y la reducción de la “no presentación” a la cita.

²³ Originalmente la recomendación está pensada para la parte de la población que presenta la menor cobertura de atención, personas entre 18 y 65 años, sobre todo hombres.

2.5	Solicitar al Ministerio de Salud incorporar personal TIC en el componente de recurso humano del PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud, con el objetivo de apoyar una mejor gestión en los establecimientos APS mediante un mejor uso de la información digital. Para tales efectos se sugiere promover la vinculación con estudiantes en práctica de carreras afines.	Que el Ministerio de Salud defina con el Fondo Nacional de Salud un mecanismo de financiamiento lógico, estratégico y formal en las líneas presupuestarias, que faculte incorporar personal TIC en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud, con el objetivo de apoyar una mejor gestión en los establecimientos APS mediante un mejor uso de la información digital. Para tales efectos se sugiere promover la vinculación con estudiantes en práctica de carreras afines.	Se busca posicionar el rol de FONASA, como el asegurador de las prestaciones sanitarias, y ampliar el horizonte de mecanismos de financiamiento, buscando que el diseño logre el objetivo y a la vez permita la compra estratégica. Se busca mecanismos más adecuados para generar financiamiento al nivel local velando por el cumplimiento de objetivos y la generación de incentivos a la eficiencia.
2.6	Solicitar al Ministerio de Salud evaluar el estado actual de las competencias de promoción y prevención según los lineamientos del Consenso de Galway, junto con la evaluación del uso de metodologías para llevar a cabo las intervenciones. Ello, para luego determinar qué alternativas sobre desarrollo de estas competencias disponer a nivel nacional e incorporar un nuevo componente, numeral 5, al PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria sobre capacitación para el desarrollo de competencias y estrategias para la promoción y prevención en atención integral	Solicitar al Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación y Ministerio del Trabajo evaluar el estado actual de las competencias de promoción y prevención según los lineamientos del Consenso de Galway, junto con la evaluación del uso de metodologías para llevar a cabo las intervenciones. Ello, para luego determinar qué alternativas sobre desarrollo de estas competencias disponer a nivel nacional y buscar alternativas de ejecución y financiamiento. Por ejemplo, considerar temática en mallas curriculares de educación superior o si son capacitaciones para personal en funciones desarrollarlas a través de SENCE.	Aperturar temáticas de índole transversal a otros ministerios vinculados y en base a su rol identificar la fuente de ejecución y financiamiento. Por ahora se consideran factible tanto Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo-SENCE. Las acciones que permiten la mejora de la APS abarcan no solo al MINSAL sino que a otros organismos del Estado. El enfoque de esta recomendación está en evaluación de competencias y que ello quede plasmado como hoja de ruta para el desarrollo de personas.
2.7	Solicitar al Ministerio de Salud agregar a la encuesta de percepción del trato a los usuarios de los establecimientos de los	Solicitar al Ministerio de Salud diseñar un sistema de incentivos monetarios y no monetarios que promueva el desarrollo de	Se modifica en base de que un instrumento se define en base al diseño de la medida y objetivo a lograr. Requiere en caso

	<p>Servicios de Salud y Salud Municipal un aspecto relacionado con la opinión del paciente acerca de la explicación dada por el funcionario sobre la promoción y prevención de salud. Ello, a modo de fomentar que los profesionales realicen acciones en este marco.</p>	<p>acciones en los equipos de salud local de promoción y prevención de salud. Se puede explorar el desarrollo de incentivos del tipo programa de mejoramiento de la gestión ajustados a la realidad municipal y para ello el Minsal deberá trabajar la propuesta con la Dirección de Presupuestos, y en otras corresponderá generar desde una propuesta de adecuación del código sanitario como de incluir en las metas locales indicadores asociados de forma exclusiva esta actividad</p>	<p>de tener efecto financiero ser concordado con la Dirección de Presupuestos. Se pueden buscar mecanismos que sean neutros fiscalmente, pero inteligentes en términos de incentivos. En vista de que se quiere potenciar el rol de promoción y prevención ello debe quedar definido en las funciones, roles y atribuciones del personal sanitario lo que requerirá precisar algunos ámbitos en el código sanitario.</p>
2.8	<p>Solicitar al Ministerio de Salud evaluar el estado actual de las competencias para el trabajo en equipo y determinar qué alternativas sobre desarrollo de estas competencias disponer a nivel nacional, para luego incorporar un nuevo componente, numeral 4, al PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria sobre capacitación para el desarrollo de competencias para el trabajo en equipos multidisciplinarios de atención integral.</p>	<p>Solicitar al Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación y Ministerio del Trabajo evaluar el estado actual de las competencias para el trabajo en equipo multidisciplinario y determinar qué alternativas sobre desarrollo de estas competencias disponer a nivel nacional. Ello, para luego determinar qué alternativas sobre desarrollo de estas competencias disponer a nivel nacional y buscar alternativas de ejecución y financiamiento. Por ejemplo, considerar temática en mallas curriculares o si son capacitaciones para personal en funciones desarrollarlas a través de SENCE.</p>	<p>Aperturar temáticas de índole transversal a otros ministerios vinculados y en base a su rol identificar la fuente de ejecución y financiamiento. Las acciones que permiten la mejora de la APS abarcan no solo al MINSAL sino que a otros organismos del Estado, por lo que se deben explorar sinergias y favorecer el uso de las ventajas competitivas.</p>
2.9	<p>Solicitar al Ministerio de Salud evaluar y determinar qué alternativas sobre herramientas de coordinación de equipos disponer a nivel</p>	<p>Solicitar al Ministerio de Salud evaluar y determinar qué alternativas sobre herramientas de coordinación de equipos</p>	<p>Se busca posicionar el rol de FONASA, como el asegurador de las prestaciones sanitarias, siendo un actor clave en</p>

	nacional, para luego incorporar en el componente 3 del PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria capacitación para el uso de herramientas que promuevan una mejor coordinación de los equipos de atención integral.	disponer a nivel nacional, para luego en conjunto con Fonasa diseñar un mecanismo de financiamiento para la Atención Primaria que faculte la capacitación para el uso de herramientas que promuevan una mejor coordinación de los equipos de atención integral.	la definición de los recursos para la APS. Además, de ampliar el horizonte de mecanismos de financiamiento, buscando que el diseño logre el objetivo y a la vez permita la compra estratégica (siendo posible que el mecanismo sea PRAPS u otro).
2.16	Solicitar al Ministerio de Salud reevaluar la pertinencia de los actuales indicadores y metas nacionales del IAAPS con el apoyo de la comisión asesora o mesa de trabajo sugerida en la Recomendación 2.11.	Solicitar al Ministerio de Salud evaluar con Externos (por ejemplo comisión asesora o mesa de trabajo sugerida en la Recomendación 2.11) el sistema de metas e indicadores sanitarios (actuales indicadores y metas nacionales del IAAPS) con miras a su actualización, simplificación y priorización de impacto.	Reformulado con miras a ampliar la gama de opciones y acorde con las modificaciones a las recomendaciones
2.17	Solicitar al Ministerio de Salud reevaluar la pertinencia ²⁴ de los actuales indicadores y metas del artículo 4, número 1, de la Ley 19.813, Metas Sanitarias Nacionales y de Mejoramiento de la Atención, con el apoyo de la mesa de trabajo que recibe la propuesta del Ministerio de Salud (División de Atención Primaria).	Solicitar al Ministerio de Salud evaluar a través de terceros Externos por ejemplo comisión asesora o mesa de trabajo u otro organismos del Estado que presente facultades de evaluación, la pertinencia de los actuales indicadores y metas del artículo 4, número 1, de la Ley 19.813, Metas Sanitarias Nacionales y de Mejoramiento de la Atención, con el apoyo de la mesa de trabajo que recibe la propuesta del Ministerio de Salud (División de Atención Primaria).	Reformulado con miras a evaluar el estado actual de los indicadores y que dicha evaluación sea imparcial. Esto permitiría ampliar la gama de opciones y acorde con las modificaciones a las recomendaciones
2.21	Solicitar al Ministerio Secretaría General de la	Solicitar al Ministerio de Hacienda continuar sus	Se ajusta institucionalidad de

²⁴ En el contexto del estudio también se señaló la necesidad que evaluaciones de este tipo también sea compartida y validada por los involucrados en las acciones.

	<p>Presidencia (División Gobierno Digital) continuar sus esfuerzos para coordinar la implementación de la Estrategia de Gobierno Digital. El Ministerio Secretaría General de la Presidencia debe seguir celebrando convenios de colaboración con los servicios de salud y las municipalidades para apoyarlos y asesorarlos en el uso de las plataformas doc.digital y firma.gob. Adicionalmente debe celebrar convenios de colaboración con el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales) y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo), para coordinar de forma más efectiva el apoyo y la asesoría a los Servicios de Salud y las municipalidades en el uso de las plataformas doc.digital y firma.gob.</p>	<p>esfuerzos para coordinar la implementación de la Estrategia de Gobierno Digital. El Ministerio de Hacienda deberá celebrar convenios de colaboración con los servicios de salud y las municipalidades para apoyarlos y asesorarlos en el uso de las plataformas doc.digital y firma.gob. Adicionalmente debe celebrar convenios de colaboración con el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales) y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo), para coordinar de forma más efectiva el apoyo y la asesoría a los Servicios de Salud y las municipalidades en el uso de las plataformas doc.digital y firma.gob.</p>	<p>acuerdo con estado vigente de los roles.</p>
3.1	<p>Otorgar al Instituto de Salud Pública de Chile “Dr. Eugenio Suárez Herreros” funciones en materia de tecnologías de la información y comunicación en el sector salud y crear un Departamento TIC en salud, dependiente de la Dirección del Instituto. Para esto, la Presidencia de la República debe modificar, a través de un proyecto de ley (mensaje), al menos, el artículo 57, párrafo final y el artículo 59, ambos del Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud. Al departamento debe corresponder, al menos, lo siguiente: ● Proponer al Ministerio de Salud una estrategia en materia de interoperabilidad en el sector salud y coordinar su implementación. ● Dictar</p>	<p>Solicitar al Ministerio de Hacienda evaluar el diseño o modificación de una institución del Gobierno Central que tenga funciones en materia de tecnologías de la información y comunicación en el sector salud. A la institución le debe corresponder, al menos, lo siguiente: ● Proponer al Ministerio de Salud una estrategia en materia de interoperabilidad en el sector salud y coordinar su implementación. ● Dictar normas técnicas en materia de tecnologías de información y comunicación-interoperabilidad en el sector salud, actualizarlas</p>	<p>Se ajusta considerando que materias de cambios institucionales son de responsabilidad del Ministerio de Hacienda. Sumando que debe ser coordinado no solo para salud, sino que para todo el Estado.</p>

	<p>normas técnicas en materia de tecnologías de información y comunicación- interoperabilidad en el sector salud, actualizarlas y velar por su cumplimiento. ● Ejercer actividades relativas al control de calidad de tecnologías de información y comunicación en el sector salud. ● Registrar y autorizar a proveedores de tecnologías de información y comunicación en el sector salud.</p>	<p>y velar por su cumplimiento. ● Ejercer actividades relativas al control de calidad de tecnologías de información y comunicación en el sector salud. ● Registrar y autorizar a proveedores de tecnologías de información y comunicación en el sector salud.</p>	
3.5	<p>Solicitar al Ministerio de Salud y al Ministerio de Obras Públicas evaluar si la infraestructura de nivel primario y secundario puede ser sometida a la Ley de Concesiones de Obras Públicas. Para ello se debe considerar, al menos: ● El desarrollo o diseño y construcción de infraestructura civil para los niveles primario y secundario de salud. ● El mantenimiento de la infraestructura, instalaciones, equipamiento industrial y mobiliario asociado a la infraestructura. ● La provisión e instalación de equipos médicos, mobiliario clínico y no clínico. ● La administración y mantenimiento de equipos médico, mobiliario clínico y no clínico. ● La adquisición y reposición de equipos médico, mobiliario clínico y no clínico. Para evaluar esto, los ministerios deben comunicarse y coordinarse, al menos, con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud, la Dirección General de Concesiones de Obras Públicas, los Gobiernos Regionales y las municipalidades y/o asociaciones municipales.</p>	<p>Solicitar al Ministerio de Hacienda y de Obras Públicas evaluar el diseño de contratos de largo plazo y de alianza público privada (por ejemplo, a Ley de Concesiones de Obras Públicas) sobre la infraestructura de nivel primario y secundario. Para ello se debe considerar, al menos: ● El desarrollo o diseño y construcción de infraestructura civil para los niveles primario y secundario de salud. ● El mantenimiento de la infraestructura, instalaciones, equipamiento industrial y mobiliario asociado a la infraestructura. ● La provisión e instalación de equipos médicos, mobiliario clínico y no clínico. ● La administración y mantenimiento de equipos médico, mobiliario clínico y no clínico. ● La adquisición y reposición de equipos médico, mobiliario clínico y no clínico.</p>	<p>Se ajusta institucionalidad de acuerdo con estado vigente de los roles.</p>

Respecto a la priorización de las recomendaciones se genera una reflexión considerando los siguientes criterios: 1) Adecuación {Sí, No}; y 2) Recomendación Directa con 14 Palancas de APS {Sí, No}.

Luego se analiza con una escala de valor los atributos:

- ✓ Avance {Alto, Medio, Bajo, Nulo}. Presentando un valor de 0 cuando es alto y de 4 cuando es nulo.
- ✓ Resultado Esperado {Corto Plazo, Mediano Plazo}. El corto plazo presenta un valor de 1 y mediano plazo de cero. Siendo corto plazo acciones que pueden ser concretadas en menos de 1 año y mediano aquellas de mayor a 1 año
- ✓ y Costo Financiero Esperado {Alto, Medio, Bajo}. Presenta un valor de 0 cuando es alto y 3 cuando en Bajo. Se estima en base a las estimaciones realizadas por la misma comisión las estimaciones de sus propuestas, siendo contemplado que acciones que tengan un costo esperado de cero a menos de 20 millones de pesos anuales son de costo bajo, entre 20 y 200 millones mediado, y sobre 200 millones alto.

Los de mayor puntaje obtenido serán clasificados en prioridad alta, aquellas recomendaciones que como mínimo obtengan 6 punto), prioridad media los que se obtienen 3 a 4 puntos y prioridad baja. el resto.

Las recomendaciones sin adecuación, y por tanto que mantienen su vigencia, son 22 de 36. De ellas 9 no tienen directa relación con las 14 Palancas de APS y son definidas de forma directa a Prioridad “**Baja**”.

Las recomendaciones con adecuación son 14, de ellas 4 no presentan una conexión directa con las 14 palancas de la APS por lo que son clasificadas a prioridad “**Baja**”.

Cabe señalar, que la asociación de las 36 recomendaciones a Palancas se traduce en una parte a identificar si apuntan a un eje estratégico u operacional, y luego a especificar la Palanca. La Tabla 11 muestra el resultado de la asociación, donde 10 recomendaciones se consideran operacionales y 26 estratégicas. Además, 16 de las 36 son asociadas a Marco de gobernanza y políticas, y le siguen 5 enfocadas a sistemas de compra y pago, lo que refuerza las conclusiones efectuadas al desarrollar el análisis por función del sistema de salud.

Tabla 11: Conexión Palanca APS con las 36 Recomendaciones CNEP

Palanca APS	Estratégico	Operacional	Total general
Compromiso y liderazgos políticos	1		1
Financiación y asignación de recursos	4		4
Infraestructura física / Humanización de la Infraestructura	1	2	3
Marco de gobernanza y políticas	16		16
Modelos de Atención		2	2
Participación de la comunidad y otras partes interesadas	3		3
Sistemas de compra y de pago	1	4	5
Tecnologías digitales para la salud		2	2
Total general	26	10	36

Las 23 recomendaciones restantes son analizadas con los atributos de avance, resultado esperado y costo financiero en base a la escala de puntajes creado.

De esta forma se obtiene 13 recomendaciones en prioridad “**Alta**”, 8 en prioridad “**Media**” y 2 en “**Baja**”. La Tabla 12 muestra los resultados obtenidos para cada recomendación.

Tabla 12: Priorización Recomendaciones CNEP (puntaje obtenido)

Recomendación	Priorización		
	Alta	Media	Baja
Sin Adecuación			
2.10	8		
2.13	8		
2.18	8		
2.20	6		
3.2		5	
3.3		5	
3.4		5	
4.1	6		
4.2	8		
4.3		5	
4.4	7		
4.5		4	
4.6	7		
Con Adecuación			
2.1		4	
2.16	8		
2.17	8		
2.2			3
2.21		4	
2.3		5	
2.4	6		
2.5			3
3.1	6		
3.5	8		
Sin Conexión Directa 14 Palancas APS			
2.11			X
2.12			X
2.14			X
2.15			X
2.19			X
2.6			X
2.7			X
2.8			X
2.9			X
3.6			X
3.7			X
4.7			X
4.8			X

Con el presente análisis se quiere que los esfuerzos se enfoquen principalmente a avanzar en las recomendaciones de gobernanza, ya que son la base habilitante para cualquier cambio.

Las recomendaciones vigentes y ajustadas son nuevamente vinculadas a la una función esencial y objetivo intermedio. La Tabla 13 y 14 muestra el resultado del análisis. Considerando las recomendaciones priorizadas en categoría alta se concluye que de las 13 un 92% apuntan a Gobernanza y 84.6% al objetivo de Eficiencia en la prestación de servicios. Por su parte en las priorizadas en categoría media 50% corresponden a Gobernanza y 50% al objetivo de Eficiencia en la prestación de servicios.

Tabla 13: Recomendaciones Priorizadas por Función del Sistema de Salud

Función	Alta	Media	Total
Financiamiento		2	2
Gobernanza	12	4	16
Prestación de Servicios	1	2	3
Total	13	8	21

Tabla 14: Recomendaciones Priorizadas por Objetivo Intermedio

Objetivo Intermedio	Alta	Media	Total
Acceso	1	2	3
Eficiencia en la prestación de servicios	11	4	15
Experiencia Usuario		2	2
Seguridad	1		1
Total	13	8	21

IV. Reflexión

El avance en el financiamiento de la Atención Primaria de Salud (APS) está estrechamente ligado a la necesidad de vincular los recursos con objetivos claros y resultados concretos. La falta de estructuración en las iniciativas actuales dificulta su análisis y escalabilidad, lo que resalta la importancia de un diseño más eficiente y causal. Es prioritario revisar los mecanismos de financiamiento per cápita y PRAPS, después de más de una década sin ajustes, incorporando elementos de riesgo sanitario que promuevan una gestión orientada a resultados. Adicionalmente, los instrumentos de metas y la infraestructura requieren modernización, mientras que la interoperabilidad de datos y el fortalecimiento de la gobernanza tecnológica emergen como oportunidades clave para mejorar la eficiencia del sistema. Es posible avanzar en muchas de estas áreas dentro del marco regulatorio existente, mediante acuerdos sectoriales o glosas presupuestarias, lo que permitiría un enfoque presupuestario más basado en resultados.

Recomendaciones:

1. **Revisión y actualización de mecanismos de financiamiento:** Se recomienda realizar un análisis profundo de los costos e indexadores de los mecanismos de financiamiento de la APS, con el fin de alinearlos con los desafíos actuales del sistema de salud y con una perspectiva de riesgo sanitario, para promover una mayor eficiencia en el uso de los recursos.
2. **Fortalecimiento del diseño de medidas:** Se debe priorizar el diseño de iniciativas bajo una lógica de causalidad y con mayor conexión entre las distintas medidas en ejecución, para mejorar su análisis, evaluación y escalabilidad. Es crucial el apoyo del Sistema de Evaluación y Monitoreo de Programas para este propósito.
3. **Modernización de instrumentos de metas:** Transformar los instrumentos de metas de la APS en herramientas más transparentes y eficientes, con mecanismos de revisión por pares y adecuación de las metas a las realidades actuales, fomentaría un mejor desempeño y resultados más concretos en salud.
4. **Innovación en la infraestructura:** Explorar nuevas formas de desarrollo de infraestructura para la APS, como la Asociación Público-Privada, aprovechando la experiencia de los Ministerios de Obras Públicas y Hacienda, podría mejorar la equidad y sostenibilidad en la ejecución de proyectos.

5. **Fortalecimiento de la gobernanza de datos:** Impulsar un plan de gobernanza de datos robusto con metas claras y acciones definidas, reforzando la institucionalidad TIC en el Ministerio de Salud en coherencia con la gobernanza TIC del Estado, para garantizar una mayor eficiencia en la toma de decisiones y en la atención a los ciudadanos.
6. **Implementación de acuerdos sectoriales o glosas presupuestarias:** Aprovechar el marco regulatorio vigente para avanzar en áreas como el diseño y evaluación de medidas, mediante acuerdos sectoriales o glosas en la ley de presupuestos, orientando el financiamiento hacia un modelo más basado en resultados.

Los hallazgos y recomendaciones efectuadas por la CNEP en 2022 han sido un impulso clave para promover el cambio en la APS. Estas recomendaciones resaltan la importancia de modernizar y alinear los mecanismos de financiamiento y gestión de la APS con los objetivos sanitarios, priorizando la evaluación constante y la toma de decisiones basadas en datos. Sin embargo, es fundamental recordar que los cambios en la APS no son responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud. Se requiere un esfuerzo coordinado entre diferentes organismos del Estado para lograr una transformación integral y sostenible.

Además, los avances impulsados por el equipo de Reforma APS Universal, en poco más de dos años, han sido un motor importante para generar cambios concretos. Estas acciones han buscado mejorar la accesibilidad y comprensión del sistema de APS, logrando avances significativos hacia un modelo de atención más eficiente y centrado en las necesidades de la población. La clave para seguir avanzando radica en continuar evaluando y tomando decisiones basadas en evidencia, alineando los esfuerzos de todos los actores involucrados.

V. Fichas Recomendaciones

<i>Prioridad</i> Alta, Media o Baja		<i>Capítulo del estudio “Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS)” CNEP 2022</i>	
N° Recomendación			
Recomendación efectuada por la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) para mejorar la eficiencia de la atención primaria.			
<i>Función</i> Función de un sistema de salud	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> Porcentaje de cumplimiento para cada recomendación según su función		<i>Medio Verificador</i> Verificación de avance de la recomendación
<i>Objetivo</i> Objetivo final (OPS)			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Juicio que relaciona la recomendación y la verificación, por la cual se asigna el porcentaje de cumplimiento de la medida.			
<i>Extras Minsal</i>			
Información extra que aporte al entendimiento de la medida, su cumplimiento u otro elemento que se considere relevante.			
<i>N° Medidas</i> Cantidad de medidas por recomendación		<i>Avance Nivel 3</i> Porcentaje de cumplimiento por recomendación	

Recomendación

Medida i

Recomendación

<i>Prioridad</i> Media		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.1²⁵			
Solicitar al Ministerio de Salud incorporar el PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud los componentes de recursos humanos, capacitación y soporte de infraestructura y servicios TIC asociados a la estrategia Teletriage			
<i>Función</i> Prestación de Servicios	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 100%	<i>Medio Verificador</i> https://telesalud.gob.cl/	
<i>Objetivo</i> Acceso			
<i>Juicio Evaluador</i>			
La medida está siendo abordada actualmente en 270 establecimientos. No hay evaluación de su implementación y de los resultados alcanzados. Esta medida es coordinada desde salud digital. ²⁶			
Solicitar al Ministerio de Salud incorporar el PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud los componentes de recursos humanos, capacitación y soporte de infraestructura y servicios TIC asociados a la estrategia Teletriage			
<i>Función</i> Financiamiento	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 100%	<i>Medio Verificador</i> Resolución Exenta 1532 de 2024, Ministerio de Salud, Aprueba programa Universalización Atención Primaria	
<i>Objetivo</i> Acceso			
<i>Juicio Evaluador</i>			
A la fecha existe financiamiento para la compra de equipamiento y la habilitación de espacios. Solo las comunas que forman parte de APS-U han recibido financiamiento para otros elementos de la estrategia. . Cabe destacar que el aporte no es solo de nivel central, sino que también municipal, para la APS, pero no se cuenta con información completa sobre el financiamiento.			
<i>Extras MINSAL</i>			
<i>Telesalud en Chile (Teletriage en las Américas), tiene un plan de implementación progresiva en los establecimientos de Atención Primaria, que a la fecha lleva 270 establecimientos a nivel país que han incluido la estrategia. A ello se suma que las comunas pioneras de APS-U, han implementado como un componente la gestión remota de la demanda a través de telesalud.</i>			
<i>Respecto del financiamiento de la estrategia Telesalud (Teletriage en las Américas) y los elementos mencionados se establece que tanto en 2023 como en 2024 se han</i>			

²⁵ Recomendación 2.1 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

²⁶ Si bien, existe información sobre el seguimiento de esta actividad, son estadísticas simples más que de análisis sanitario.

entregado recursos de AGL para el financiamiento de la misma en el ítem de soporte de infraestructura, lo que incluye el equipamiento y habilitación de espacio. En lo que se refiere a capacitaciones, estas se realizan a través del Campus Virtual de Salud Pública de OPS entregando un certificado con nota al final de la misma, el cual esta validado para la carrera funcionaria. Referente a los servicios TIC estos se encuentran financiados por Salud Digital dentro de su financiamiento para nube. Por último, debido a la naturaleza del PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local (AGL) se establece que no es posible financiar la contratación de recursos humanos, por lo que este ítems queda a discreción de los municipios en caso de requerir personal para operar la plataforma. Sin embargo, a la fecha cada establecimiento ha implementado realiza un proceso de reconversión de personal permitiéndoles operar la plataforma sin necesidad de contrataciones en la mayoría de los casos.

Nº Medidas

Avance Nivel 3

2

100%

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.2²⁷			
Solicitar al Ministerio de Salud acoger Hospital Digital la plataforma de Teletriage para prestar mantenimiento y soporte a nivel nacional.			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 100%	<i>Medio Verificador</i> https://portalsaluddigital.minsal.cl/	
<i>Objetivo</i> Acceso			
			<i>Juicio Evaluador</i>
La medida es gestionada desde el nivel central desde Salud Digital			
			<i>Extras MINSAL</i>
<i>Actualmente, el soporte de TeleSalud (Teletriage) se encuentra instalado en el departamento de salud digital, por lo que se encuentra implementado del modo de la recomendación</i>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 100%	

²⁷ Recomendación 2.2 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

<i>Prioridad</i> Media		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.3²⁸			
<p>Solicitar al Ministerio de Salud reincorporar y escalar el proyecto de gestión de citas en coordinación con la implementación de la estrategia Teletriage, con el objetivo de promover una mayor adherencia de los usuarios. Para ello, se recomienda evaluar una solución tecnológica mediante un proveedor y/o desarrollo propio. Financiarlo, al menos inicialmente, mediante el PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud, para luego transitar hacia su incorporación dentro de Hospital Digital.</p>			
<i>Función</i> Prestación de Servicios	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> https://telesalud.gob.cl/	
<i>Objetivo</i> Acceso			
<i>Juicio Evaluador</i>			
En parte gestión de citas es parte TeleSalud. También se está desarrollando por parte del Ministerio y la Universidad de Valparaíso			
<p>Solicitar al Ministerio de Salud reincorporar y escalar el proyecto de gestión de citas en coordinación con la implementación de la estrategia Teletriage, con el objetivo de promover una mayor adherencia de los usuarios. Para ello, se recomienda evaluar una solución tecnológica mediante un proveedor y/o desarrollo propio. Financiarlo, al menos inicialmente, mediante el PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud, para luego transitar hacia su incorporación dentro de Hospital Digital.</p>			
<i>Función</i> Generación de Recursos	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> https://telesalud.gob.cl/	
<i>Objetivo</i> Acceso			
<i>Juicio Evaluador</i>			
En parte gestión de citas es parte de Telesalud, que ya está desarrollado. Se puede potenciar, mejorar, medir, entre otras. Existe baja evidencia desarrollada que permite comprender la iniciativa y hacerla escalable			
<p>Solicitar al Ministerio de Salud reincorporar y escalar el proyecto de gestión de citas en coordinación con la implementación de la estrategia Teletriage, con el objetivo de promover una mayor adherencia de los usuarios. Para ello, se recomienda evaluar una solución tecnológica mediante un proveedor y/o desarrollo propio. Financiarlo, al menos inicialmente, mediante el PRAPS de Apoyo a la Gestión a</p>			

²⁸ recomendación 2.3 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud, para luego transitar hacia su incorporación dentro de Hospital Digital.		
<i>Función</i> Financiamiento	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 100%	<i>Medio Verificador</i> https://www.dipres.gob.cl/597/articles-325333_doc_pdf.pdf
<i>Objetivo</i> Acceso		
		<i>Juicio Evaluador</i> Los recursos vienen desde lo que destina Subsecretaría de Redes a Salud digital-hospital cada año mediante ley de presupuestos, sumado a los aportes que se destinan desde el gobierno central a APS para estos fines.
		<i>Extras MINSAL</i> <i>En la actualidad se está revisando por la comisión reforma y la Universidad de Valparaíso un proyecto de gestión de citas con base poblacional y georreferenciación de población a cargo que permita confirmar citas y aplicar cuidados poblacionales, para avanzar en la estrategia.</i>
<i>Nº Medidas</i> 3		<i>Avance Nivel 3</i> 67%

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.4²⁹			
<p>Solicitar al Ministerio de Salud incluir PRAPS Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud un nuevo componente para la contratación de personal sanitario y financiamiento de insumos requeridos para llevar a cabo un proceso masivo de tamizaje con equipos móviles (exámenes estándares y registro de contacto) según aquellas intervenciones costo eficientes, como las establecidas por OMS, a la población beneficiaria de FONASA que se encuentre en lugares de trabajo. Dicho componente debe ir orientado inicialmente a comunas que presenten una alta población flotante entre lunes y viernes.</p>			
<i>Función</i> Prestación de Servicios	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2023/PRG2023_2_133594.pdf Resolución Exenta 1532 de 2024, Ministerio de Salud, Aprueba programa Universalización Atención Primaria Evaluación de la implementación APS Universal. CEPAL 2024. https://providencia.cl/provi/explora/noticias/salud/se-dio-inicio-a-programa-para-la-deteccion-del-virus-del-papiloma-humano	
<i>Objetivo</i> Acceso			
<i>Juicio Evaluador</i>			
<p>Existen avances sobre estrategias extra-muro, pero que no están aún analizadas por el nivel central. Falta información sistemática y ordenada sobre la materia. No obstante, lo anterior, existen avances, iniciativas desde APS universal, desde la relación público-privado, y desde los esfuerzos que se realizan entre el servicio de salud y atención primaria.</p>			

²⁹ recomendación 2.4 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

<p>Solicitar al Ministerio de Salud incluir PRAPS Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud un nuevo componente para la contratación de personal sanitario y financiamiento de insumos requeridos para llevar a cabo un proceso masivo de tamizaje con equipos móviles (exámenes estándares y registro de contacto) según aquellas intervenciones costo eficientes, como las establecidas por OMS, a la población beneficiaria de FONASA que se encuentre en lugares de trabajo</p>		
<p>Dicho componente debe ir orientado inicialmente a comunas que presenten una alta población flotante entre lunes y viernes.</p>		
<p><i>Función</i> Financiamiento</p>	<p><i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%</p>	<p><i>Medio Verificador</i></p>
<p><i>Objetivo</i> Acceso</p>		
<p style="text-align: right;"><i>Juicio Evaluador</i></p> <p>Las iniciativas se están desarrollando con aportes desde gobierno central, local e iniciativas privadas. Falta un orden, catastro de las iniciativas y el financiamiento</p>		
<p style="text-align: right;"><i>Extras Minsal</i></p> <p><i>En la actualidad, desde el Ministerio de Salud se ha incorporado una línea para atenciones extramurales por medio del programa APS-U, el cual pretende mejorar el acceso a prestaciones de salud por medio de dispositivos con altos estándares de calidad para la pesquisa temprana como por ejemplo toma de PAP y EMPAM, los cuales serán entregado a 7 comunas del país (Carros de arrastre móviles). Sumado a lo anterior se inició un estudio de sistematización de experiencias de atenciones extramurales en APS, con fines de evaluar cual es la mejor o mejores soluciones para la problemática del acceso a la salud en la población del país. Además, se encuentra en implementación un proyecto de Autotoma del Virus Papiloma Humano con PCR, la que según la evidencia viene a reemplazar en efectividad y costo efectividad al PAP tradicional. Otro elemento de avanza es la línea de tamizaje en salud mental, incorporado dentro del rediseño de salud mental en APS. Además, por medio del programa de cuidados preventivos y de tratamiento en APS, se instalaron 4 carros móviles para toma de PAP y control ginecológico preventivo.</i></p>		
<p><i>Nº Medidas</i> 2</p>		<p><i>Avance Nivel 3</i> 50%</p>

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.5³⁰			
Solicitar al Ministerio de Salud incorporar personal TIC en el componente de recurso humano del PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud, con el objetivo de apoyar una mejor gestión en los establecimientos APS mediante un mejor uso de la información digital. Para tales efectos se sugiere promover la vinculación con estudiantes en práctica de carreras afines.			
<i>Función</i> Generación de Recursos	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i>	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
El objeto central de la recomendación es contar con el recurso humano que permita localmente avanzar en la digitalización, disponibilidad de información, y generar mayor inteligencia de datos a nivel local. Existen diversas iniciativas que se entrecruzan con ello, pero no se dispone de un plan o estrategia global que permita visibilizar la meta y las fases para cumplirlo. Parte de la medida se cubre con la medida de TeleSalud, apoyo desde las comunas pioneras APS-U y esfuerzos de gestión de datos territoriales, como por ejemplo en coordinación con el MDSyF (plataforma ve ventana única GSL)			
Solicitar al Ministerio de Salud incorporar personal TIC en el componente de recurso humano del PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud , con el objetivo de apoyar una mejor gestión en los establecimientos APS mediante un mejor uso de la información digital. Para tales efectos se sugiere promover la vinculación con estudiantes en práctica de carreras afines.			
<i>Función</i> Financiamiento	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i>	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Existen iniciativas cuyo financiamiento existe, pero no está agregado, y por tanto no permite su análisis			

³⁰ recomendación 2.5 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

El ministerio por medio de la ley de interoperabilidad, da un paso en esta línea para disminuir los tiempos de registro de los profesionales sanitarios al momento de la atención. Por ejemplo, se ha implementado un protocolo de gestión de lista de espera interoperable.

Además, MAIS se encuentra trabajando en un plan de integración de datos de la ficha clínica electrónica de APS, que entrega información clave del estado de salud de los pacientes sin necesidad de abrir diferentes bases de datos, lo que optimiza el proceso de atención y reduce el tiempo administrativo de los clínicos.

Actualmente desde APS Universal desde el segundo año de implementación hay un profesional 44 hrs destinado a la gestión local en atención primaria municipal para el desarrollo de telesalud (Departamento de Salud Digital)

Se encuentra en fase de estudio una propuesta de encuestas comunitarias de salud, que se ha piloteado en la Comuna de La Pintana con apoyo de la Universidad del Desarrollo. Su sistematización y futura expansión está en evaluación con equipos de Encuestas de Epidemiología del Ministerio.

Se desarrolló un Sistema de Información Territorial en Salud (SITS) combinando múltiples capas de información geográfica para entregar a las comunas información para la toma de decisiones, incluyendo diagnósticos comunales de salud automáticos, brechas territoriales de cobertura, ubicación de casos GES en lista de espera, información socioeconómica, riesgos de emergencias y desastres, entre otras.

Actualmente desde la reforma, se ha implementado una ventanilla única denominada GSL salud, que permite la interoperabilidad entre bases de información sanitaria y social, para una mejor atención de los usuarios.

Nº Medidas

2

Avance Nivel 3

50%

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.6³¹			
Solicitar al Ministerio de Salud evaluar el estado actual de las competencias de promoción y prevención según los lineamientos del Consenso de Galway, junto con la evaluación del uso de metodologías para llevar a cabo las intervenciones. Ello, para luego determinar qué alternativas sobre desarrollo de estas competencias disponer a nivel nacional e incorporar un nuevo componente, numeral 5, al PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria sobre capacitación para el desarrollo de competencias y estrategias para la promoción y prevención en atención integral.			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficacia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
De acuerdo con el trabajo que realiza DIVAP con la red asistencial existe una planificación de materias por las que se capacita continuamente, pero no existe evidencia de un diagnóstico y evaluación de las competencias. El trabajo por realizar de evaluación de competencias profesionales no solo recae en MINSAL, sino que también requiere una complementariedad con MINEDUC y Ministerio del Trabajo. Se requiere que exista documentación de los análisis para generar una hoja de ruta y direccionamiento de los esfuerzos que hoy ya se realizan.			
Solicitar al Ministerio de Salud evaluar el estado actual de las competencias de promoción y prevención según los lineamientos del Consenso de Galway, junto con la evaluación del uso de metodologías para llevar a cabo las intervenciones. Ello, para luego determinar qué alternativas sobre desarrollo de estas competencias disponer a nivel nacional e incorporar un nuevo componente, numeral 5, al PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria sobre capacitación para el desarrollo de competencias y estrategias para la promoción y prevención en atención integral.			
<i>Función</i> Generación de Recursos	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> Entrevista equipo DIVAP- ECICEP	
<i>Objetivo</i> Eficacia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
La DIVAP realiza capacitaciones mensuales a la red. Se requiere un análisis de estas y una evaluación de su pertinencia, efectividad, entre otros La interrogante que surge es			

³¹ Recomendación 2.6 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" (Ver tabla 10), la cual no incluye PRAPS, sino que busca otras alternativas de financiamiento.

si es la unidad institucional más adecuada para realizar evaluación de competencias y capacitación de equipos.

Solicitar al Ministerio de Salud evaluar el estado actual de las competencias de promoción y prevención según los lineamientos del Consenso de Galway, junto con la evaluación del uso de metodologías para llevar a cabo las intervenciones. Ello, para luego determinar qué alternativas sobre desarrollo de estas competencias disponer a nivel nacional e **incorporar un nuevo componente, numeral 5, al PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud** Familiar y Comunitaria en Atención Primaria sobre capacitación para el desarrollo de competencias y estrategias para la promoción y prevención en atención integral.

<i>Función</i> Financiamiento	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible
<i>Objetivo</i> Eficiencia		

Juicio Evaluador

A priori no existen recursos específicos para ello y son los mismos funcionarios de la DIVAP y esfuerzos territoriales que lo realizan.

Extras MINSAL

Hay acuerdo sobre la necesidad de contar con competencias básicas que deben poseer el personal de salud en materia de la promoción de la salud y de la educación para la salud. Para ello, entre otras cosas, El MAIS, en la actualidad incorpora la formación de competencias desde la estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas (ECICEP), en las líneas de abordaje integral promocionales y preventivos, para el cuidado de la población. Por tanto, se valora la recomendación como un ámbito fortalecer dentro de este lineamiento. Además, una línea de desarrollo dentro del proyecto Reforma, dentro del eje de Condiciones de Vida Saludable con Equidad, es la formación de competencias para el abordaje de los determinantes sociales, la intersectorialidad, la promoción y educación en salud. Esta línea de trabajo se encuentra en fase inicial en 7 comunas pilotos, con apoyo de una Iniciativa Especial de la OPS, para su posterior expansión a las comunas pioneras de APS-Universal.

La formación en competencias de promoción y prevención ya está contemplada a través de los programas PAC y ECICEP. Con un mayor financiamiento, sería posible ampliar la cobertura de los equipos en estas áreas. Sería útil considerar este enfoque en lugar de crear un nuevo componente, para optimizar los recursos existentes.

<i>Nº Medidas</i> 3	<i>Avance Nivel 3</i> 33%
------------------------	-------------------------------------

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.7³²			
Solicitar al Ministerio de Salud agregar a la encuesta de percepción del trato a los usuarios de los establecimientos de los Servicios de Salud y Salud Municipal un aspecto relacionado con la opinión del paciente acerca de la explicación dada por el funcionario sobre la promoción y prevención de salud. Ello, a modo de fomentar que los profesionales realicen acciones en este marco.			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficacia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
La recomendación busca tener un instrumento que incentive y refuerce el rol educativo que tiene el personal sanitario con la población. Se concuerda con MINSAL que el instrumento citado no es el más adecuado para ello, más aún no es viable de utilizarlo en este sentido La evaluación de la recomendación se mantiene ya que se ha flexibilizado su forma de abordaje, pero aun con ello no existe evidencia de avance en dicha materia.			
Solicitar al Ministerio de Salud agregar a la encuesta de percepción del trato a los usuarios de los establecimientos de los Servicios de Salud y Salud Municipal un aspecto relacionado con la opinión del paciente acerca de la explicación dada por el funcionario sobre la promoción y prevención de salud. Ello, a modo de fomentar que los profesionales realicen acciones en este marco.			
<i>Función</i> Prestación de Servicios	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficacia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
No hay hallazgos sobre la materia			
<i>Extras Minsal</i>			
<i>Si bien, esta recomendación tiene como objetivo fomentar que los profesionales de la salud realicen acciones en el ámbito de la promoción y la prevención; la encuesta de trato usuario es una evaluación de la percepción de trato usuario, por ende, su objetivo principal no es evaluar la experiencia de los usuarios sobre ámbitos específicos de prevención y promoción. Sin embargo, un aspecto que se encuentra incorporado a</i>			

³² Recomendación 2.7 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" (Ver tabla 10). En esta adecuación se sugiere desarrollar un sistema de incentivos para la promoción y prevención.

este instrumento en el proceso actual, es la perspectiva de género, para contar con la posibilidad de analizar los resultados para los grupos específicos de mayor vulnerabilidad. Para el proceso 2024 de la encuesta de trato usuario este año se levantará a solicitud de DIPRES una metodología para evaluar en próximas encuesta la satisfacción usuaria.

<i>Nº Medidas</i>	<i>Avance Nivel 3</i>
2	0%

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.8³³			
Solicitar al Ministerio de Salud evaluar el estado actual de las competencias para el trabajo en equipo y determinar qué alternativas sobre desarrollo de estas competencias disponer a nivel nacional, para luego incorporar un nuevo componente, numeral 4, al PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria sobre capacitación para el desarrollo de competencias para el trabajo en equipos multidisciplinarios de atención integral.			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficacia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
No existe evidencia de una evaluación de competencias. Un aspecto es realizar capacitaciones y otra es que se cuente con una evaluación de habilidades y competencias que requieren los equipos del siglo XXI.			
Solicitar al Ministerio de Salud evaluar el estado actual de las competencias para el trabajo en equipo y determinar qué alternativas sobre desarrollo de estas competencias disponer a nivel nacional, para luego incorporar un nuevo componente, numeral 4, al PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria sobre capacitación para el desarrollo de competencias para el trabajo en equipos multidisciplinarios de atención integral.			
<i>Función</i> Generación de Recursos	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficacia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Existe iniciativas de desarrollo de competencias de liderazgo, Escuela de Liderazgo, pero no existe medio de verificación. ³⁴			
Solicitar al Ministerio de Salud evaluar el estado actual de las competencias para el trabajo en equipo y determinar qué alternativas sobre desarrollo de estas competencias disponer a nivel nacional, para luego incorporar un nuevo componente, numeral 4, al PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria			

³³ comendación 2.8 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

³⁴ No obstante, en repositorio se encontró información antigua, específicamente, el documento "Marco Operativo: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en Contexto de Multimorbilidad" considera incorporar la temática de "Herramientas para el trabajo en equipo a distancia" dentro de la formación continua. No obstante no fue considerado para el cálculo considerando su desactualización.

en Atención Primaria sobre capacitación para el desarrollo de competencias para el trabajo en equipos multidisciplinares de atención integral.		
<i>Función</i> Financiamiento	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible
<i>Objetivo</i> Eficiencia		
No se evidencia financiamiento específico para estas actividades.		<i>Juicio Evaluador</i>
<p><i>Extras Minsal</i></p> <p><i>El proyecto de APS-Universal considera el desarrollo de una Escuela de Liderazgo. estamos planteando que equipos integrados nos permitirán avanzar en cuidados integrales. Por otro lado, se encuentra en formulación una Academia Directiva en salud por parte de la Subsecretaría de Redes.</i></p> <p><i>Queda pendiente coordinar entre DIVAP, DIGEDEP y ETESA el desarrollo de un estudio de evaluación de competencias que nos permita determinar el estado actual para el trabajo en equipo, especialmente dado que éstas competencias ya están contemplada a través de los programas PAC y ECICEP. Con un mayor financiamiento, sería posible ampliar la cobertura de los equipos en estas áreas. Sería útil considerar este enfoque en lugar de crear un nuevo componente, para optimizar los recursos existentes.</i></p>		
<i>Nº Medidas</i> 3		<i>Avance Nivel 3</i> 17%

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.9³⁵			
Solicitar al Ministerio de Salud evaluar y determinar qué alternativas sobre herramientas de coordinación de equipos disponer a nivel nacional , para luego incorporar el componente 3 del PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria capacitación para el uso de herramientas que promuevan una mejor coordinación de los equipos de atención integral			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficacia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Se ha indicado que existe un modelo de navegadores en salud, implementándose desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales. No se cuenta con medio de verificación.			
Solicitar al Ministerio de Salud evaluar y determinar qué alternativas sobre herramientas de coordinación de equipos disponer a nivel nacional, para luego incorporar el componente 3 del PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria capacitación para el uso de herramientas que promuevan una mejor coordinación de los equipos de atención integral			
<i>Función</i> Financiamiento	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
No se evidencia financiamiento específico para estas actividades.			
<i>Extras Minsal</i>			
<p><i>La implementación de la estrategia ECICEP integra también esta línea de abordaje en sus 3 módulos (básico, intermedio y avanzado).</i></p> <p><i>Desde APS Universal se fortalecen estas línea programáticas agregando la gestión del cambio como parte relevante del proceso.</i></p> <p><i>Además, desde la Gobernanza la coordinación e integración se aborda desde los equipos gestores constituidos en todos los niveles (Minsal, Servicios de Salud, comunas, establecimientos)</i></p> <p><i>Un equipo de DIVAP y DIGERA se encuentra implementando el modelo de Navegadores en Salud para la coordinación de cuidados entre los niveles asistenciales para fortalecer los cuidados integrales.</i></p>			

³⁵ comendación 2.9 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

Además, actualmente se realizan capacitaciones de modelo de salud familiar y comunitaria en atención primaria como parte de los PAC de los departamentos de salud de las municipalidades,

<i>Nº Medidas</i>	<i>Avance Nivel 3</i>
2	25%

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.10			
Solicitar al Ministerio de Salud modificar artículo 3 del Reglamento General de la Ley 19.378 y añadir lo siguiente: “La determinación del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud asociado al aporte estatal debe explicitar sus fundamentos. En este sentido, debe especificar, al menos, evidencia y pertinencia de indicadores y metas nacionales. La información que sustente el índice debe mantenerse a disposición del público de manera permanente, al menos, a través del sitio web del Ministerio de Salud y actualizarse, al menos, una vez al año.”			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i>	
<i>Objetivo</i> Eficiencia		https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1195858%26idVersion%3D2023-09-14 https://estadistica.ssmso.cl/download/ot-iaaps-2024-2/	
		<i>Juicio Evaluador</i>	
No hay evidencia de avance en la materia. No obstante, lo anterior, existe desde los Servicios de Salud información disponible, por ejemplo, Normas Orientadoras de las IAAPS que son elaboradas por DIVAP. En ese sentido la disponibilidad y profundizar la información disponible desde el nivel central no tiene impedimentos.			
		<i>Extras Minsal</i>	
<i>Se acoge para avanzar en esta línea desde la mejora en diseño de procesos, acogiendo la recomendación, sin necesidad de realizar cambios normativos. Se propenderá a la transparencia de la información, a través de un sitio WEB de APS gestionado entre DIVAP y equipo APS-U reforma.</i>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.11			
<p>Solicitar al Ministerio de Salud modificar artículo 3 del Reglamento General de la Ley 19.378 y añadir lo siguiente: “El Ministerio de Salud puede consultar la opinión a una comisión asesora o mesa de trabajo para formular el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud. Esta debe integrarse, al menos, por representantes del Ministerio de Salud, Servicios de Salud, entidades administradoras de salud municipal y por funcionarios de estas últimas, y expertos en la materia. Consultada la opinión a la comisión asesora o mesa de trabajo, esta debe sesionar, al menos, una vez al año, levantar acta de sus sesiones y emitir informes fundados de sus propuestas. Las actas e informes deben mantenerse a disposición permanente del público, al menos, en el sitio web del Ministerio de Salud.”</p>			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> https://www.minsal.cl/consejo-asesor-aps-universal/	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
<p>En el contexto de la salud universal, y reforma, el 2023 se sostuvieron mesas de trabajo para temas específicos que permitieron analizar y dar recomendaciones. En ese sentido la recomendación no es ajena al funcionamiento general del ministerio, en vista de que convoca a expertos para que contribuyan en ciertas materias. Ahora bien, estas acciones no concuerdan con el objetivo de la recomendación que es que sea un proceso regular de revisión.</p>			
<i>Extras Minsal</i>			
<p><i>Se plantea avanzar en esta línea desde el diseño de procesos que acojan la recomendación, pero no en la modificación legal aún. La experiencia del Consejo Asesor de APS-Universal ha sido un buen modelo para proyectar en el futuro que podría asumir este tipo de atribuciones.</i></p>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.12			
La Presidencia de la República debe modificar, a través de un proyecto de ley (mensaje), al menos, el párrafo 1° del artículo 5 del Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud y añadir lo siguiente (destacado): Para el cumplimiento de las funciones señaladas en el número 1, letra b y en el número 8 del artículo anterior, el Ministro de Salud deberá convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar.”			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Se concuerda que el Minsal ya cuenta con la atribución para convocar ³⁶ diferentes comités consultivos. La propuesta del CNEP va en miras a generar un proceso, replicable y consultivo a través del tiempo, de lo cual no existe evidencia de avance.			
<i>Extras Minsal</i>			
No se requiere modificar el DFL, ya que el Minsal actualmente convoca Consejos Asesores para diversas materias. Ejemplo de esto, es el Consejo Asesor de APS Universal.			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

³⁶ Puede convocar, pero no necesariamente está llamado a hacerlo.

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.13			
Solicitar al Ministerio de Salud modificar artículo 3 del Reglamento General de la Ley 19.378 añadiendo lo siguiente: “La determinación de las metas comunales del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud asociado al aporte estatal debe explicitar sus fundamentos. En este sentido, debe especificar, al menos, evidencia y pertinencia. La información que sustente las metas comunales debe mantenerse a disposición del público de manera permanente, al menos, a través del sitio web del Servicio de Salud respectivo y actualizarse, al menos, una vez al año.”			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
No hay evidencia de avance en la materia			<i>Juicio Evaluador</i>
<i>Extras Minsal</i> De acuerdo. Se podrá incorporar el Reglamento del Estatuto, lo que no requiere modificación legal, unido a otras modificaciones que están pendientes.			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.14			
Solicitar al Ministerio de Salud modificar artículo 6 del Reglamento General de la Ley 19.813 añadiendo lo siguiente: “La determinación de las metas Nacionales Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención debe explicitar sus fundamentos. En este sentido, debe especificar, al menos, evidencia y pertinencia de indicadores y metas nacionales. La información que sustente estas metas debe mantenerse a disposición del público de manera permanente, al menos, a través del sitio web del Ministerio de Salud y actualizarse, al menos, una vez al año. Si para determinar estas metas el Ministerio de Salud consulta la opinión a una comisión asesora o mesa de trabajo, las actas e informes de esta también deben mantenerse a disposición permanente del público, al menos, a través del sitio web del Ministerio de Salud.”			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> RESOLUCION EXENTA_831_24_sp: Modifica otra resolución exenta del 2021 que establece ejes estratégicos y temas priorizados asociados a los objetivos sanitarios de la década 2021-2030 Resolución exenta 95_24_sp : Crea el comité revisor de objetivos sanitarios 2021-2030 https://inteligenciasanitaria.saludchiloe.cl/estadistica/manuales/Versiones%20REM/Medios%20de%20Verificacion_Indicadores/IAAPS/2024/OT%20IAAPS%202024%20v1.0.pdf	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Desde DIVAP se generan normas técnicas. No existe un lugar en la web Minsal para encontrar la información. Se encontró cierta documentación en búsqueda libre por Google.			
<i>Extras Minsal</i>			
Se acoge para avanzar en esta línea desde la mejora en diseño de procesos, acogiendo la recomendación, sin necesidad de realizar cambios normativos. Se propenderá a la transparencia de la información, a través de un sitio WEB de APS gestionado entre DIVAP y equipo APS-U reforma.			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.15			
<p>Solicitar al Ministerio de Salud modificar artículo 7 del Reglamento de la Ley 19.813 y añadir lo siguiente: “La determinación de las metas e indicadores de actividad a nivel local debe explicitar sus fundamentos. En este sentido, debe especificar, al menos, evidencia y pertinencia de indicadores y metas comunales. La información que sustente las metas e indicadores debe mantenerse a disposición del público de manera permanente, al menos, a través del sitio web del servicio de salud respectivo y actualizarse, al menos, una vez al año.” De igual forma, solicitar al Ministerio de Salud modificar el artículo 9 del Reglamento de la Ley 19.813 y añadir lo siguiente: “Las actas e informes del Consejo Consultivo deben mantenerse a disposición del público de manera permanente, al menos, a través del sitio web del servicio de salud respectivo.”</p>			
<i>Función</i> Gobernanza		<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> https://bcn.cl/2m8lz
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Se debe tener en consideración la responsabilidad en el ejercicio de metas que recae en los Servicios de Salud, por tanto, existe heterogeneidad en su abordaje según SS requiriendo entonces contar de normas globales y mayor transparencia y trazabilidad.			
<i>Extras Minsal</i>			
Se acoge para avanzar en esta línea desde la mejora en diseño de procesos, acogiendo la recomendación, sin necesidad de realizar cambios normativos. Se propenderá a la transparencia de la información, a través de un sitio WEB de APS gestionado entre DIVAP y equipo APS-U reforma.			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 50%	

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.16³⁷			
Solicitar al Ministerio de Salud reevaluar la pertinencia de los actuales indicadores y metas nacionales del IAAPS con el apoyo de la comisión asesora o mesa de trabajo sugerida en la Recomendación 2.11			
<i>Función</i> Gobernanza		<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	
<i>Objetivo</i> Eficiencia		<i>Medio Verificador</i> https://estadistica.ssmso.cl/	
<i>Juicio Evaluador</i>			
El proceso de revisión es anual liderado por DIVAP. El punto es que no son procesos abiertos, transparentes activamente, y que resulten en un documento técnico argumentativo. Los documentos de normas técnicas, que explican en parte el proceso, se encuentran disponibles en algunos servicios de salud, pero no a nivel central.			
<i>Extras Minsal</i>			
<i>Anualmente, tanto las metas como los indicadores asociados a IAAPS y metas sanitarias son revisados por el equipo de DIVAP. Esta revisión incluye análisis de los desempeños obtenidos históricamente y los énfasis epidemiológico y sanitarios del país. Dado este proceso es que se ha podido modificar metas e indicadores en ambos instrumentos. Si se analizan desde su creación hasta la actualidad, es posible observar dicha evolución. Se puede realizar análisis de pertinencia para mejorar el estándar de las metas.</i>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 50%	

³⁷ comendación 2.16 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.17³⁸			
Solicitar al Ministerio de Salud reevaluar la pertinencia de los actuales indicadores y metas del artículo 4, número 1, de la Ley 19.813, Metas Sanitarias Nacionales y de Mejoramiento de la Atención, con el apoyo de la mesa de trabajo que recibe la propuesta del Ministerio de Salud (División de Atención Primaria).			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> https://estadistica.ssmsso.cl/	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
El proceso de revisión es anual liderado por DIVAP. El punto es que no son procesos abiertos, transparentes activamente, y que resulten en un documento técnico argumentativo.			
<i>Extras Minsal</i>			
<i>Anualmente, tanto las metas como los indicadores asociados a IAAPS y metas sanitarias son revisados por el equipo de DIVAP. Esta revisión incluye análisis de los desempeños obtenidos históricamente y los énfasis epidemiológico y sanitarios del país. Dado este proceso es que se ha podido modificar metas e indicadores en ambos instrumentos. Si se analizan desde su creación hasta la actualidad, es posible observar dicha evolución. Se puede realizar análisis de pertinencia para mejorar el estándar de las metas.</i>			
<i>Nº Medidas</i> 1	<i>Avance Nivel 3</i> 50%		

³⁸ recomendación 2.17 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.18			
Solicitar al Ministerio de Salud incorporar como indicador al Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud y/o a las metas Sanitarias Nacionales y de Mejoramiento de la Atención, el indicador tasa de hospitalizaciones evitables de los inscritos de la comuna, donde el numerador es el número de hospitalizaciones evitables de la comuna y el denominador el número de inscritos de la comuna.			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Se indica que el indicador está en proceso de construcción. No se cuenta con medio de verificación.			
<i>Extras Minsal</i>			
<i>Este aspecto está siendo estudiado por Comisión Reforma y DIVAP. En primera instancia, se están explorando los datos que permitirán comprender cómo hoy se está comportando el fenómeno para luego evaluar su incorporación en IAAPS. Se espera tener este indicador en régimen para el año 2025.</i>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 50%	

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.19			
<p>Solicitar al Ministerio de Salud que modifique el artículo 11 del Reglamento General de la Ley 19.378, para que añada lo siguiente: “Las normas técnicas, planes y programas deben explicitar sus fundamentos. En este sentido, deben especificar, al menos, su evidencia y pertinencia. La información que sustente las normas técnicas, planes y programas, debe mantenerse a disposición del público de manera permanente, al menos, a través del sitio web del Ministerio de Salud y actualizarse, al menos, una vez al año”.</p>			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
<p>Desde el Minsal o MDSyF no se cuenta con un catálogo de todos los programas existentes (evaluados y no evaluados por MDSyF), ni su diseño, ejecución y financiamiento. Tampoco se entregó información, informes, documentos, que permitan dar cuenta de las normas técnicas de los programas existentes. Se entiende que existen planes, normas, instructivos, en base a lo señalado en las entrevistas, pero dichos antecedentes no fueron proporcionados para la presente evaluación y en vista de no contar con el medio de verificación la evaluación resulta en un avance de 0%. En ese sentido, es necesario avanzar en la gestión documental de DIVAP y que disponibilice mediante web al público general.</p>			
<i>Extras Minsal</i>			
<p>Hoy todos los planes y programas cuentan con documentos, manuales y orientaciones técnicas que conllevan un sustento teórico y práctico, basado en revisión de evidencia nacional e internacional que, a su vez, justifican el cuerpo de acciones sanitarias a realizar en los territorios y dispositivos de salud. Estos, desde ya, se encuentran disponibles a todo público mediante la web de MINSAL y se podrá mejor exponer en un futuro sitio web dedicado a la APS Nacional.</p>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.20			
De acuerdo con el artículo 4, número 2, del Decreto con Fuerza de Ley número 1 de 2006 del Ministerio de Salud, solicitar a este ministerio dictar una norma general que refuerce la estandarización de los convenios que deben suscribir los Servicios de Salud y las municipalidades para implementar los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud. La norma general debe establecer un modelo de convenio igual para todos los Servicios de Salud y las municipalidades			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> Resolución APS-Universal	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Un ejemplo de estandarización es el PRAPS de APS-U, por tanto es una alternativa viable técnicamente y que requiere coordinación			
<i>Extras Minsal</i>			
<i>Se está trabajando en mejorar el proceso por el cual las municipalidades suscriben los convenios PRAPS, de modo de hacerlos más expeditos, más rápidos, menos burocráticos y así asegurar una transferencia de recursos de manera oportuna. Se está evaluando junto a jurídica avanzar en decretos que incorporen transferencia de programas, con fines de agilizar la éstas y disminuir el trabajo administrativo. Ej. Decreto APS-U.</i>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 50%	

<i>Prioridad</i> Media		<i>Organización de los Recursos para la Gestión de la APS</i>	
Recomendación 2.21³⁹			
<p>Solicitar al Ministerio Secretaría General de la Presidencia (División Gobierno Digital) continuar sus esfuerzos para coordinar la implementación de la Estrategia de Gobierno Digital. El Ministerio Secretaría General de la Presidencia debe seguir celebrando convenios de colaboración con los servicios de salud y las municipalidades para apoyarlos y asesorarlos en el uso de las plataformas doc.digital y firma.gob. Adicionalmente debe celebrar convenios de colaboración con el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales) y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo), para coordinar de forma más efectiva el apoyo y la asesoría a los Servicios de Salud y las municipalidades en el uso de las plataformas doc.digital y firma.gob.</p>			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
No hay convenios de colaboración entre ministerios u otro tipo de señales que permitan identificar un trabajo coordinado.			
<i>Extras Minsal</i>			
<p><i>Este tipo de recomendaciones, que dependen de la voluntad y movilización de otros ministerios, son difíciles de evaluar dentro del ámbito de acción de MINSAL.</i></p> <p><i>Es importante señalar que el Ministerio ya cuenta con Coordinadores de Transformación Digital (CTD) designados en ambas subsecretarías. En el caso de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los CTD tienen la tarea de catalizar avances en procedimientos administrativos, comunicaciones oficiales y otras actividades requeridas por la Ley de Transformación Digital del Estado.</i></p> <p><i>Cabe destacar que los Servicios de Salud, según lo estipulado por la ley, son organizaciones independientes y cuentan con su propio Coordinador de Transformación Digital.</i></p>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

³⁹ comendación 2.21 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Infraestructura TIC y Civil</i>
Recomendación 3.1⁴⁰		
<p>Otorgar al Instituto de Salud Pública de Chile “Dr. Eugenio Suárez Herrerros” funciones en materia de tecnologías de la información y comunicación en el sector salud y crear un Departamento TIC en salud, dependiente de la Dirección del Instituto. Para esto, la Presidencia de la República debe modificar, a través de un proyecto de ley (mensaje), al menos, el artículo 57, párrafo final y el artículo 59, ambos del Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud. Al departamento debe corresponder, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proponer al Ministerio de Salud una estrategia en materia de interoperabilidad en el sector salud y coordinar su implementación. ● Ejercer actividades relativas al control de calidad de tecnologías de información y comunicación en el sector salud. ● Registrar y autorizar a proveedores de tecnologías de información y comunicación en el sector salud ● Dictar normas técnicas en materia de tecnologías de información y comunicación-interoperabilidad en el sector salud, actualizarlas y velar por su cumplimiento. 		
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> 1) TICS Minsal: https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Presentacion-estructura-minsal.pdf 2) Ley de Interoperabilidad de Fichas Clínicas. 21.668 3) Cuenta pública 2024 Ministerio de Salud: https://s3.amazonaws.com/gobcl-prod/public_files/Campañas/Cuenta-pública-2024/Cuentas-ministeriales/13._Salud_2024.pdf
<i>Objetivo</i> Seguridad		
<p style="text-align: right;"><i>Juicio Evaluador</i></p> <p>Lo que busca la recomendación de la CNEP es darle institucionalidad a materias de TICs que permita su desarrollo con perspectiva de mediano plazo y que no depende de esfuerzos individuales. El día de hoy TICS es parte del Gabinete Ministerial, lo que en términos de estructura organizacional es débil y no segura su continuidad. La recomendación específica en el rol del ISP, tanto Minsal como el evaluador no están de acuerdo con ella, ya que son materias que sobrepasan la autoridad sanitaria y la jerarquía institucional, y dice relación con inteligencia de datos lo cual aún a nivel central no se encuentra institucionalizado.⁴¹</p>		

⁴⁰ Recomendación 3.1 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

⁴¹ Señalar que la propuesta se elaboró previo a la Ley 21.668.

<p>Otorgar al Instituto de Salud Pública de Chile “Dr. Eugenio Suárez Herreros” funciones en materia de tecnologías de la información y comunicación en el sector salud y crear un Departamento TIC en salud, dependiente de la Dirección del Instituto. Para esto, la Presidencia de la República debe modificar, a través de un proyecto de ley (mensaje), al menos, el artículo 57, párrafo final y el artículo 59, ambos del Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud. Al departamento debe corresponder, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proponer al Ministerio de Salud una estrategia en materia de interoperabilidad en el sector salud y coordinar su implementación. ● Ejercer actividades relativas al control de calidad de tecnologías de información y comunicación en el sector salud. ● Registrar y autorizar a proveedores de tecnologías de información y comunicación en el sector salud ● Dictar normas técnicas en materia de tecnologías de información y comunicación-interoperabilidad en el sector salud, actualizarlas y velar por su cumplimiento. 		
<p><i>Función</i> Gobernanza</p>	<p><i>Cumplimiento Nivel 1</i> 100%</p>	<p><i>Medio Verificador</i> TICS Minsal: https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Presentacion-estructura-minsal.pdf</p>
<p><i>Objetivo</i> Seguridad</p>		
<p style="text-align: right;"><i>Juicio Evaluador</i></p> <p>Existe un plan de trabajo de interoperabilidad asociado a la ley de ficha clínica y a pilotos en la red que tiene una planificación de avance por servicio de salud. El piloto se trata de interoperabilidad de primera consulta no GES.</p>		
<p>Otorgar al Instituto de Salud Pública de Chile “Dr. Eugenio Suárez Herreros” funciones en materia de tecnologías de la información y comunicación en el sector salud y crear un Departamento TIC en salud, dependiente de la Dirección del Instituto. Para esto, la Presidencia de la República debe modificar, a través de un proyecto de ley (mensaje), al menos, el artículo 57, párrafo final y el artículo 59, ambos del Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud. Al departamento debe corresponder, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proponer al Ministerio de Salud una estrategia en materia de interoperabilidad en el sector salud y coordinar su implementación. ● Ejercer actividades relativas al control de calidad de tecnologías de información y comunicación en el sector salud. ● Registrar y autorizar a proveedores de tecnologías de información y comunicación en el sector salud ● Dictar normas técnicas en materia de tecnologías de información y comunicación-interoperabilidad en el sector salud, actualizarlas y velar por su cumplimiento. 		
<p><i>Función</i> Gobernanza</p>	<p><i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%</p>	<p><i>Medio Verificador</i> No disponible</p>
<p><i>Objetivo</i> Seguridad</p>		

Juicio Evaluador

El control de calidad hoy radica en cumplimiento de criterios ISO, como de cualquier proveedor de insumos. Esta precariedad de normativa, regulación y gobernanza es generalizada, y no es una situación exclusiva del sector salud. Hoy desde el sector salud no existe una norma general sobre datos e interoperabilidad más allá de la ficha clínica. Ahora bien, aplican al sector salud el resto de las normativas existentes sobre protección de datos, sistemas informáticos, entre otros.

Otorgar al Instituto de Salud Pública de Chile “Dr. Eugenio Suárez Herreros” funciones en materia de tecnologías de la información y comunicación en el sector salud y crear un Departamento TIC en salud, dependiente de la Dirección del Instituto. Para esto, la Presidencia de la República debe modificar, a través de un proyecto de ley (mensaje), al menos, el artículo 57, párrafo final y el artículo 59, ambos del Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud. Al departamento debe corresponder, al menos, lo siguiente:

- Proponer al Ministerio de Salud una estrategia en materia de interoperabilidad en el sector salud y coordinar su implementación.
- Ejercer actividades relativas al control de calidad de tecnologías de información y comunicación en el sector salud.
- Registrar y autorizar a proveedores de tecnologías de información y comunicación en el sector salud
- Dictar normas técnicas en materia de tecnologías de información y comunicación-interoperabilidad en el sector salud, actualizarlas y velar por su cumplimiento.

<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> Normativa ISP
<i>Objetivo</i> Seguridad		

Juicio Evaluador

El registro de dispositivos es una tecnología, que actualmente debe ser normada por el ISP. Son las otras materias dentro del universo tecnología que no están cubiertas.

Otorgar al Instituto de Salud Pública de Chile “Dr. Eugenio Suárez Herreros” funciones en materia de tecnologías de la información y comunicación en el sector salud y crear un Departamento TIC en salud, dependiente de la Dirección del Instituto. Para esto, la Presidencia de la República debe modificar, a través de un proyecto de ley (mensaje), al menos, el artículo 57, párrafo final y el artículo 59, ambos del Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud. Al departamento debe corresponder, al menos, lo siguiente:

- Proponer al Ministerio de Salud una estrategia en materia de interoperabilidad en el sector salud y coordinar su implementación.
- Ejercer actividades relativas al control de calidad de tecnologías de información y comunicación en el sector salud.
- Registrar y autorizar a proveedores de tecnologías de información y comunicación en el sector salud
- Dictar normas técnicas en materia de tecnologías de información y comunicación-interoperabilidad en el sector salud, actualizarlas y velar por su cumplimiento.

<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> Entrevista Equipo TICs Minsal
<i>Objetivo</i> Seguridad		
<p style="text-align: right;"><i>Juicio Evaluador</i></p> <p>No hay que confundir la recomendación de interoperabilidad con interoperabilidad de la ficha clínica, que es lo que actualmente se legisló y requiere definición de reglamento. Las normas técnicas las encuentra desarrollando TICS MINSAL pero ello no garantiza un plan de mediano plazo. El estándar de interoperabilidad que se ha optado es la internacional HIR 7 Fire.</p> <p>Se entiende que el trabajo desarrollado y en curso implicó desarrollo de normas técnicas y existe una planificación del trabajo en Minsal, por lo anterior se flexibiliza el criterio de verificación considerando como válida la entrevista con el equipo TICs Minsal.</p>		
<p style="text-align: right;"><i>Extras Minsal</i></p> <p><i>Durante 2022 y 2023 se tramitó, aprobó y promulgó la ley 21.668 de Interoperabilidad de Fichas Clínicas, la que ha definido en el ministerio de salud la rectoría de fijar una normativa para avanzar en la materia planteada. Además, se ha avanzado en un proyecto piloto de interoperabilidad de tiempos de espera, el que ha mostrado resultados exitosos y se encuentra en proceso de expansión a todo el país. a norma de interoperabilidad será emitida por MINSAL en un plazo de 18 meses desde la promulgación de la ley. El estándar de interoperabilidad sintáctico que MINSAL ha definido es HL7 FHIR, y también existen estándares de interoperabilidad semántica, como CIE-10 o SNOMED CT. Es importante distinguir entre los diferentes tipos de interoperabilidad: organizacional, sintáctica, semántica y técnica.</i></p> <p><i>Se discrepa de la idea de instalar la gobernanza TIC en el ISP. El equipo Reforma ha elaborado una propuesta de Gobernanza Sectorial TIC la que se encuentra en evaluación.</i></p> <p><i>Además, se está avanzando en la interoperabilidad con otros Ministerios, en particular, con el Ministerio de Desarrollo Social, en el proyecto GSL.</i></p> <p><i>Existen normativas asociadas al registro clínico, ciberseguridad y acreditación. Por lo tanto, es importante considerarlas.</i></p>		
<i>Nº Medidas</i> 5	<i>Avance Nivel 3</i> 50%	

<i>Prioridad</i> Media		<i>Infraestructura TIC y Civil</i>	
Recomendación 3.2			
Creado el Departamento TIC en Salud, se sugiere que la estrategia que se adopte en esta materia sea de largo plazo y se sujete a los principios generales relativos a medios electrónicos de la Ley de Transformación Digital del Estado: Neutralidad Tecnológica, Actualización y Cooperación. La estrategia debe tener una mirada interdisciplinaria e interministerial y considerar, al menos, la opinión del Ministerio de Salud, Ministerio Secretaría General de la Presidencia (División de Gobierno Digital), Servicios de Salud, municipalidades, universidades y representantes del sector privado de salud.			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> Entrevista equipo TICS SALUD	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
El trabajo llevado a cabo por TICS Minsal va en la línea del trabajo colaborativo con los servicios de salud y establecimientos, haciendo posible la implementación del piloto. No obstante, no está teniendo mayor vinculación con modernización del estado y gobierno digital. En este caso se flexibiliza el criterio de verificación ya que corresponde a una forma de trabajo expresada por el equipo TICS			
<i>Extras Minsal</i>			
<p><i>Durante 2022 y 2023 se tramitó, aprobó y promulgó un proyecto de Interoperabilidad en Salud, la que ha fijado una plataforma normativa para avanzar en la materia planteada. Además, se ha avanzado en un piloto de interoperabilidad, el que ha mostrado resultados exitosos y se encuentra en proceso de expansión a todo el país. Se discrepa de la idea de instalar la gobernanza TIC en el ISP. El equipo Reforma ha elaborado una propuesta de Gobernanza Sectorial TIC la que se encuentra en evaluación.</i></p> <p><i>Además, se está avanzando en la interoperabilidad con otros Ministerios, en particular, con el Ministerio de Desarrollo Social, en el proyecto GSL.</i></p>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 50%	

<i>Prioridad</i> Media		<i>Infraestructura TIC y Civil</i>	
Recomendación 3.3			
De acuerdo con el artículo 4, número 5, del Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud, este debe requerir información clínica de registros de atención, exámenes, diagnósticos y otros, en formato no unificado, a establecimientos públicos y privados, para ponerla a disposición de pacientes y tratantes en una plataforma digital o Domicilio Clínico Digital. Por su carácter sensible, el Ministerio de Salud debe tomar las medidas técnicas y administrativas para proteger esta información. El acceso a la plataforma debe efectuarse mediante Clave Única. El Ministerio de Salud debe considerar, al menos, los casos de éxito del SSMSO (VIAU) y del SSMAule (SISMAULE) y actuar en coordinación con el Ministerio Secretaría General de la Presidencia (División Gobierno Digital), para implementar esta recomendación.			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> https://publicacionesgsl.cl/	
<i>Objetivo</i> Experiencia Usuario			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Se han detectado varias iniciativas que dicen mayor relación a la información que puede disponer el gestor, por ejemplo, en un futuro próximo una ficha clínica única o una ficha clínica interoperable. También a nivel municipal y en coordinación con el MDSyF se ha logrado abrir en GSL un módulo de salud, que está en proceso (iniciando con las comunas pioneras en reforma), que permite al gestor municipal tener información sanitaria y social.			
<i>Extras Minsal</i>			
<i>En el año 2023, se desarrolló el portal paciente, donde los usuarios ingresan con su clave única y tienen acceso a su tiempo de espera de interconsultas y a sus solicitudes de atención realizadas por TeleSalud y se está trabajando en la viabilidad de aumentar la disponibilidad de información a los usuarios de salud. Se está licitando una APP donde se dispondrán de manera incremental mayores datos para cada usuario: vacunas, lista espera, citas, etc.</i>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 50%	

<i>Prioridad</i> Media		<i>Infraestructura TIC y Civil</i>	
Recomendación 3.4			
<p>En línea con la Recomendación 3.3, el Ministerio de Salud debe comenzar la implementación del Domicilio Clínico Digital disponiendo la información más frecuentemente gestionada por los establecimientos de la red de salud pública, por ejemplo: resumen de alta de la consulta, laboratorio, imagenología, etc. Luego, debe ampliar la adopción hacia servicios menos frecuentes y hacia la red de salud privada, esto último priorizando los establecimientos intensivos en el uso de Modalidad Libre Elección. Para su correcta coordinación e implementación con los establecimientos, es necesario que el Ministerio de Salud establezca un calendario de hitos y entregables para este proyecto</p>			
<i>Función</i> Gobernanza		<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> Páginas web y entrevistas Minsal
<i>Objetivo</i> Experiencia Usuario			
<i>Juicio Evaluador</i>			
<p>Existen plataformas diferentes como para ver lista de espera, vacunas, etc., pero todas ellas son parciales, con distintos links y no se dispone de un solo portal. Es un avance, pero requiere definir una estrategia general y el cómo se conecta y dispone la información a cada persona</p>			
<i>Extra Minsal</i>			
<p><i>El objetivo de la Estrategia de Interoperabilidad es garantizar que la información de salud esté disponible tanto para los pacientes como para su equipo de salud, donde y cuando se requiera. Para este fin, se ha implementado la Plataforma de Interoperabilidad de MINSAL, que incluye servicios de registro centralizados y procesos clínicos interoperables. Actualmente, se está trabajando en hacer esta información accesible a través del portal del paciente y de una aplicación móvil.</i></p>			
<i>N° Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 50%	

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Infraestructura TIC y Civil</i>
Recomendación 3.5⁴²		
<p>Solicitar al Ministerio de Salud y al Ministerio de Obras Públicas evaluar si la infraestructura de nivel primario y secundario puede ser sometida a la Ley de Concesiones de Obras Públicas. Para ello se debe considerar, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El desarrollo o diseño y construcción de infraestructura civil para los niveles primario y secundario de salud. ● El mantenimiento de la infraestructura, instalaciones, equipamiento industrial y mobiliario asociado a la infraestructura. <p>Para evaluar esto, los ministerios deben comunicarse y coordinarse, al menos, con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud, la Dirección General de Concesiones de Obras Públicas, los Gobiernos Regionales y las municipalidades y/o asociaciones municipales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La provisión e instalación de equipos médicos, mobiliario clínico y no clínico. ● La administración y mantenimiento de equipos médico, mobiliario clínico y no clínico. ● La adquisición y reposición de equipos médico, mobiliario clínico y no clínico 		
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> https://www.saludtarapaca.gob.cl/mantenimiento-infraestructura/
<i>Objetivo</i> Eficiencia		
<i>Juicio Evaluador</i>		
<p>No se cuenta con un levantamiento de brechas y plan de renovación para la APS al cual se haya podido acceder. Pero existe el programa mantenimiento infraestructura APS (PMI), que se utiliza para mejorar la infraestructura en APS desde el nivel central. Este mecanismo es definido por convenio y luego mediante resolución exenta que permite la transferencia de recursos desde el servicio de salud al municipio.</p>		
<p>Solicitar al Ministerio de Salud y al Ministerio de Obras Públicas evaluar si la infraestructura de nivel primario y secundario puede ser sometida a la Ley de Concesiones de Obras Públicas. Para ello se debe considerar, al menos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El desarrollo o diseño y construcción de infraestructura civil para los niveles primario y secundario de salud. ● El mantenimiento de la infraestructura, instalaciones, equipamiento industrial y mobiliario asociado a la infraestructura. <p>Para evaluar esto, los ministerios deben comunicarse y coordinarse, al menos, con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud, la Dirección General de Concesiones de Obras Públicas, los Gobiernos Regionales y las municipalidades y/o asociaciones municipales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La provisión e instalación de equipos médicos, mobiliario clínico y no clínico. 		

⁴² comendación 3.5 cuenta con propuesta de modificación en la sección "Propuesta de Adecuación y Priorización" Ver tabla 10

<ul style="list-style-type: none"> ● La administración y mantenimiento de equipos médico, mobiliario clínico y no clínico. ● La adquisición y reposición de equipos médico, mobiliario clínico y no clínico 		
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible
<i>Objetivo</i> Eficiencia		
No existe avance en esta materia con medios de verificación.		<i>Juicio Evaluador</i>
<p style="text-align: right;"><i>Extras Minsal</i></p> <p><i>Además, se encuentra en desarrollo un modelo de evaluación de claves de la gestión administrativa en APS.</i></p> <p><i>Cabe señalar que dentro de la estrategia de equidad incorporada en el eje 3 de la reforma, se ha diseñado un proceso de gobernanza por medio de la constitución de mesas de equidad regional, liderada por el SEREMI de salud, donde se convoca a todos los otros actores del territorio para articular prioridades.</i></p>		
<i>Nº Medidas</i> 2		<i>Avance Nivel 3</i> 0%

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Infraestructura TIC y Civil</i>	
Recomendación 3.6			
<p>Evaluado favorablemente el sometimiento de lo propuesto en la Recomendación 3.5, para el nivel primario de salud deben suscribirse los Convenios de Mandato que se requieran. La infraestructura debe ser agrupada en un mismo Convenio de Mandato y posterior concesión. Esta agrupación debe tomar como referencia, al menos, el territorio del Servicio de Salud en que se emplazará la infraestructura. Los Convenios de Mandato deben firmarse por, al menos, el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el Servicio de Salud respectivo y las municipalidades con competencia en el lugar en que se emplazará la infraestructura; y el Ministerio de Obras Públicas y la Dirección General de Concesiones de Obras Públicas.</p> <p>Las municipalidades con competencia en el lugar en que se emplazará la infraestructura pueden constituir asociaciones municipales para facilitar y/o lograr el mejor aprovechamiento de este proceso.</p>			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
No existe avance en esta materia que cuente con medio de verificación.			
<i>Extras Minsal</i>			
<p><i>Se encuentra en desarrollo un sistema de mantención de los Recursos Físicos de la APS, ya que se comparte el diagnóstico de faltas en la mantención de la infraestructura y equipamiento que afecta la continuidad de los cuidados. Además, se encuentra en desarrollo un modelo de evaluación de claves de la gestión administrativa en APS. La concesión en APS, no se ha evaluado como una vía para mejorar la infraestructura y mantenimiento de los dispositivos de APS.</i></p> <p><i>Cabe señalar que dentro de la estrategia de equidad incorporada en el eje 3 de la reforma, se ha diseñado un proceso de gobernanza por medio de la constitución de mesas de equidad regional, liderada por el SEREMI de salud, donde se convoca a todos los otros actores del territorio para articular prioridades.</i></p>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Infraestructura TIC y Civil</i>	
Recomendación 3.7			
Evaluado favorablemente el sometimiento de lo propuesto en la Recomendación 3.5, para el nivel secundario de salud deben suscribirse los Convenios de Mandato que se requieran. La infraestructura debe ser agrupada en un mismo Convenio de Mandato y posterior concesión. Esta agrupación debe tomar como referencia, al menos, el territorio del Servicio de Salud en que se emplazará la infraestructura. Los Convenios de Mandato deben firmarse por, al menos, el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el Servicio de Salud con competencia en el lugar en que se emplazará la infraestructura, el Ministerio de Obras Públicas y la Dirección General de Concesiones de Obras Públicas			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
No existe avance en esta materia que cuente con medio de verificación.			
<i>Extras Minsal</i>			
<p><i>Se encuentra en desarrollo un sistema de mantención de los Recursos Físicos de la APS, ya que se comparte el diagnóstico de faltas en la mantención de la infraestructura y equipamiento que afecta la continuidad de los cuidados. Además, se encuentra en desarrollo un modelo de evaluación de claves de la gestión administrativa en APS.</i></p> <p><i>La concesión en APS, no se ha evaluado como una vía para mejorar la infraestructura y mantenimiento de los dispositivos de APS.</i></p> <p><i>Cabe señalar que dentro de la estrategia de equidad incorporada en el eje 3 de la reforma, se ha diseñado un proceso de gobernanza por medio de la constitución de mesas de equidad regional, liderada por el SEREMI de salud, donde se convoca a todos los otros actores del territorio para articular prioridades.</i></p>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Financiamiento Más Eficiente para la APS</i>	
Recomendación 4.1			
<p>Solicitar al Ministerio de Salud modificar artículo 3 del Reglamento General de la Ley 19.378, para añadir el siguiente párrafo (destacado): “La determinación del aporte per cápita basal asociado al aporte estatal debe explicitar sus fundamentos. En este sentido, debe especificar una metodología con, al menos, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lista oficial de prestaciones que conceden el derecho a recibir el aporte per cápita basal, detallando los estándares y supuestos utilizados para las acciones de salud, con sus prevalencias, coberturas, personal a cargo, concentración y rendimientos de cada una de ellas y; ● Lista oficial de precios de cada uno de los recursos contemplados para la estimación del aporte per cápita basal. <p>La información o documentos que sustente la elaboración del aporte per cápita basal debe mantenerse a disposición permanente del público, al menos, a través del sitio web del Ministerio de Salud, y actualizarse, al menos, una vez al año.”</p>			
<i>Función</i> Gobernanza		<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	
<i>Objetivo</i> Eficiencia		<i>Medio Verificador</i> https://bcn.cl/3jm58 https://www.minsal.cl/consejo-asesor-aps-universal/	
<i>Juicio Evaluador</i>			
<p>La normativa vigente (decreto anual) del per cápita en su desarrollo explica de forma general los ajustes para la asignación. Sumado a lo anterior en 2023, en el contexto de las mesas técnicas para la reforma a la salud se realizó un trabajo de análisis del financiamiento y recomendaciones en ese tenor. Se ha indicado por parte del MINSAL que se avanzará en mayor transparencia sobre los objetos que financia el per cápita y que se pretende generar el ejercicio de costeo. En síntesis, se está trabajando de acuerdo con la normativa y se ha ido estableciendo un plan de trabajo para desarrollar entre 1 a 2 años.</p>			
<i>Extras Minsal</i>			
<p><i>Actualmente, el Ministerio de Salud, mediante la Comisión de Reforma, está en proceso de licitación de un estudio de microcosteo del Plan de Salud Familiar para definir el precio del valor per cápita basal. En ese sentido, el microcosteo involucra la actualización del cálculo per cápita basado en costos asistenciales directos e indirectos involucrados en la operación de APS. Asimismo, para el decreto per cápita 2025 se detallarán las prestaciones que el Plan de Salud Familiar financia, con mayor detalle de lo que hoy está incluido. Finalmente, es un compromiso de la ministra de salud publicar en la página web de MINSAL, es avanzar en la transparencia de los costos asociados a las prestaciones del Plan de Salud Familiar de manera progresiva.</i></p>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 50%	

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Financiamiento Más Eficiente para la APS</i>	
Recomendación 4.2			
Solicitar al Ministerio de Salud modificar artículo 3 del Reglamento General de la Ley 19.378 para añadir el siguiente párrafo (destacado): “La incidencia y proporción de los criterios indicados en las letras a)3 y b)4, primera parte, del artículo precedente, en el aporte per cápita basal asociado al aporte estatal, deben explicitar sus fundamentos. En este sentido, deben especificar, al menos, su evidencia y pertinencia respecto a otras alternativas evaluadas. La fundamentación e información que sustenten la incidencia y proporción deben mantenerse a disposición del público de forma permanente, al menos, a través del sitio web del Ministerio de Salud, y actualizarse, al menos, una vez al año.”			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Lo que busca la medida de la CNEP es forzar la transparencia activa del sistema de financiamiento y que sea por ley, para fines de generar una política continua en el tiempo independiente de los equipos de trabajo que se encuentren en un determinado momento del tiempo. Hasta la fecha no se ha avanzado en mayor reportabilidad sobre el financiamiento en APS.			
<i>Extras Minsal</i>			
<i>Sobre este punto, tal como se mencionó anteriormente, la Comisión Reforma está encaminando procesos para poder contar con un per cápita transparente, basado en evidencia y fundamentos empíricos, disponibles al público. Por el momento, eso es lo que se tiene como compromiso por parte de la ministra de salud. En cuanto a cambiar el reglamento de la 19.378, es algo a considerar una vez que se tengan los resultados de los estudios y de la nueva metodología a aplicar al per cápita basal. Ahora bien, lo que constantemente ha sido recomendado, es que cada cambio de reglamento no incurra en mayor presión de gasto a Hacienda.</i>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

<i>Prioridad</i> Media		<i>Financiamiento Más Eficiente para la APS</i>	
Recomendación 4.3			
<p>Solicitar al Ministerio de Salud sustituir el actual indexador Índice de Privación Promedio Municipal (IPP), por alguna de las siguientes alternativas que evidencian una mayor pertinencia para incrementar el per cápita basal por nivel socioeconómico de la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La proporción de la población beneficiaria FONASA-A de la comuna, o; ● La proporción de la población en condición de pobreza de la comuna según última encuesta CASEN 			
<i>Función</i> Financiamiento		<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 50%	<i>Medio Verificador</i> https://www.minsal.cl/consejo-asesor-aps-universal/
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
<p>El análisis del per cápita y financiamiento de la APS fue realizado en 2023 por una mesa de trabajo entorno a la reforma de la APS. La recomendación de la CNEP busca asociar de forma más directa la necesidad de recursos son pobreza, buscando un mejor indicador. Hasta la fecha no hay cambios efectivos, pero sí se ha señalado que se está analizando por FONASA</p>			
<i>Extras Minsal</i>			
<p><i>Actualmente, el Ministerio de Salud, mediante la Comisión de Reforma, está trabajando en una mesa de trabajo referida al financiamiento de la atención primaria. Esta tiene como objetivo acordar mejoras a realizar en lo relativo a los procesos involucrados en el financiamiento de APS. Se ha priorizado la revisión del Per cápita e indexadores. Esto implica tomar decisiones en lo relativo a la recomendación de considerar la proporción de FONASA A. En dicho escenario, FONASA ha simulado escenarios presupuestarios en los que se suaviza el efecto hacia las comunas, así es que es algo que permite realizarse con alta factibilidad para 2026.</i></p>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 50%	

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Financiamiento Más Eficiente para la APS</i>	
Recomendación 4.4			
<p>Solicitar al Ministerio de Salud modificar artículo 2 del Reglamento General de la Ley 19.378, para añadir, después de la primera parte de su último párrafo, lo siguiente (destacado):</p> <p>“El Ministerio de Salud fijará su monto para cada entidad administradora con base en la incidencia de estos criterios, ponderados según se haya establecido para el período de que se trate. En el criterio indicado en la letra a) del párrafo precedente, puede incluirse la morbilidad de la población a cargo de la entidad administradora respectiva. Las Entidades Administradoras podrán...”.</p>			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
<p>Lo que busca la recomendación del CNEP es asignar recursos por riesgo de la población, siendo una medida de ello morbilidad. El objetivo es dejar de forma explícita el uso de morbilidad. Hasta la fecha no hay cambios en los indicadores e indexadores del per cápita que permitan su consideración. Se comprende que es una materia de potestad de Minsal y Hacienda, por lo que se requiere el trabajo conjunto y alineación de objetivos.</p>			
<i>Extras Minsal</i>			
<p><i>Cabe señalar que el artículo 2 del Reglamento de la 19.378 indica, en la letra a), que la entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente, del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud correspondientes, un aporte estatal cuyo monto se determinará sobre la base de los siguientes criterios a) población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas. Justamente, el último elemento "características epidemiológicas" incluye morbilidad de la población a cargo (básicamente es a lo que se refiere), por lo que se cumple la condición recomendada.</i></p> <p><i>Es importante mencionar que no es necesario realizar un cambio en el reglamento, ya que la normativa vigente ya considera los criterios epidemiológicos y sanitarios de la población al momento de transferir recursos. La falta de avance en el cambio del indexador de morbilidad no está relacionada con la normativa, sino con la presión de gastos que esto generaría, lo que podría enfrentar objeciones por parte de DIPRES. Aunque se comprende el espíritu de la recomendación de CNEP, el desafío real radica en la disposición necesaria para avanzar en esta área.</i></p>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

Recomendación 4.5

Potenciar el uso de agrupadores clínicos que permitan estratificar por riesgo a la población a cargo y utilizar la carga de morbilidad de la población como indexador mediante:

- La modificación por parte de MINSAL del COMGES5 2021 No. 22, sobre el fortalecimiento de la salud digital y de los sistemas de registro clínico electrónico de salud, a modo de dar mayor certeza a la entrega mensual por parte de los Servicios de Salud a MINSAL del Conjunto Básico Mínimo de Datos (CMBD), con el fin de limpiar, consolidar y estandarizar la información necesaria para aplicar agrupadores de riesgo. O bien, la elaboración por parte de MINSAL de un nuevo COMGES para los efectos mencionados anteriormente
- La celebración de convenios de cooperación entre universidades y/o centros de investigación con MINSAL, los Servicios de Salud y las municipalidades de sus territorios para: (i.) implementar las acciones necesarias para la adopción del agrupador clínico adquirido y, posteriormente, (ii.) desarrollar ajustes al agrupador o elaborar un nuevo agrupador clínico nacional, el cual, una vez validado, pueda considerar mejor la epidemiología de la población y;
- El financiamiento por parte de MINSAL de una licencia a nivel nacional de un agrupador por riesgo ya validado.

<i>Función</i>	<i>Cumplimiento Nivel</i>	<i>Medio Verificador</i>
Prestación de Servicios	1 100%	https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf
<i>Objetivo</i>		
Eficacia		

Juicio Evaluador

Conforme a la estrategia de ECICEP ya se cuenta con una estratificación por riesgo de la población de acuerdo con el número de problemas de salud que tienen. Esto permite diseñar y dirigir políticas y medidas, aun cuando no tenga una conexión directa con financiamiento

Potenciar el uso de agrupadores clínicos que permitan estratificar por riesgo a la población a cargo y utilizar la carga de morbilidad de la población como indexador mediante:

- La modificación por parte de MINSAL del COMGES5 2021 No. 22, sobre el fortalecimiento de la salud digital y de los sistemas de registro clínico electrónico de salud, a modo de dar mayor certeza a la entrega mensual por parte de los Servicios de Salud a MINSAL del Conjunto Básico Mínimo de Datos (CMBD), con el fin de limpiar, consolidar y estandarizar la información necesaria para aplicar agrupadores de riesgo. O bien, la elaboración por parte de MINSAL de un nuevo COMGES para los efectos mencionados anteriormente
- La celebración de convenios de cooperación entre universidades y/o centros de investigación con MINSAL, los Servicios de Salud y las municipalidades de sus

<p>territorios para: (i.) implementar las acciones necesarias para la adopción del agrupador clínico adquirido y, posteriormente, (ii.) desarrollar ajustes al agrupador o elaborar un nuevo agrupador clínico nacional, el cual, una vez validado, pueda considerar mejor la epidemiología de la población y;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El financiamiento por parte de MINSAL de una licencia a nivel nacional de un agrupador por riesgo ya validado. 		
<p><i>Función</i> Financiamiento</p>	<p><i>Cumplimiento Nivel</i> 1</p>	<p><i>Medio Verificador</i> No Aplica</p>
<p><i>Objetivo</i> Eficiencia</p>	<p>0%</p>	
<p style="text-align: right;"><i>Juicio Evaluador</i></p> <p>No están las condiciones de arquitectura de datos y gobernanza para instalar un sistema de pago asociado a riesgo de la población. (Juicio Minsal y compartido por evaluadores) Para instalar un nuevo sistema de pago se requieren modificaciones estructurales de TICS y de conexión entre APS y nivel central</p>		
<p>Potenciar el uso de agrupadores clínicos que permitan estratificar por riesgo a la población a cargo y utilizar la carga de morbilidad de la población como indexador mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La modificación por parte de MINSAL del COMGES5 2021 No. 22, sobre el fortalecimiento de la salud digital y de los sistemas de registro clínico electrónico de salud, a modo de dar mayor certeza a la entrega mensual por parte de los Servicios de Salud a MINSAL del Conjunto Básico Mínimo de Datos (CMBD), con el fin de limpiar, consolidar y estandarizar la información necesaria para aplicar agrupadores de riesgo. O bien, la elaboración por parte de MINSAL de un nuevo COMGES para los efectos mencionados anteriormente ● La celebración de convenios de cooperación entre universidades y/o centros de investigación con MINSAL, los Servicios de Salud y las municipalidades de sus territorios para: (i.) implementar las acciones necesarias para la adopción del agrupador clínico adquirido y, posteriormente, (ii.) desarrollar ajustes al agrupador o elaborar un nuevo agrupador clínico nacional, el cual, una vez validado, pueda considerar mejor la epidemiología de la población y; ● El financiamiento por parte de MINSAL de una licencia a nivel nacional de un agrupador por riesgo ya validado. 		
<p><i>Función</i> Gobernanza</p>	<p><i>Cumplimiento Nivel</i> 1</p>	<p><i>Medio Verificador</i> Entrevista con Equipos Minsal</p>
<p><i>Objetivo</i> Seguridad</p>	<p>50%</p>	
<p style="text-align: right;"><i>Juicio Evaluador</i></p> <p>Se esta avanzado en el desarrollo de un conjunto de datos entre TICS, DEIS y DIVAP, pero aún no llega al resultado de un registro clínico. En este caso, el medio de verificaciones es flexibilizado porque corresponde a un trabajo interno desarrollándose por Minsal</p>		

Potenciar el uso de agrupadores clínicos que permitan estratificar por riesgo a la población a cargo y utilizar la carga de morbilidad de la población como indexador mediante:

- La modificación por parte de MINSAL del COMGES5 2021 No. 22, sobre el fortalecimiento de la salud digital y de los sistemas de registro clínico electrónico de salud, a modo de dar mayor certeza a la entrega mensual por parte de los Servicios de Salud a MINSAL del Conjunto Básico Mínimo de Datos (CMBD), con el fin de limpiar, consolidar y estandarizar la información necesaria para aplicar agrupadores de riesgo. O bien, la elaboración por parte de MINSAL de un nuevo COMGES para los efectos mencionados anteriormente

- **La celebración de convenios de cooperación** entre universidades y/o centros de investigación con MINSAL, los Servicios de Salud y las municipalidades de sus territorios para: (i.) implementar las acciones necesarias para la adopción del agrupador clínico adquirido y, posteriormente, (ii.) desarrollar ajustes al agrupador o elaborar un nuevo agrupador clínico nacional, el cual, una vez validado, pueda considerar mejor la epidemiología de la población y;

- El financiamiento por parte de MINSAL de una licencia a nivel nacional de un agrupador por riesgo ya validado.

<i>Función</i>	<i>Cumplimiento Nivel 1</i>	<i>Medio Verificador</i>
Gobernanza	0%	No disponible
Eficiencia		

Juicio Evaluador

Se indica trabajo colaborativo con universidades y organismos internacionales, pero no se cuentan con medios de verificación

Potenciar el uso de agrupadores clínicos que permitan estratificar por riesgo a la población a cargo y utilizar la carga de morbilidad de la población como indexador mediante:

- La modificación por parte de MINSAL del COMGES5 2021 No. 22, sobre el fortalecimiento de la salud digital y de los sistemas de registro clínico electrónico de salud, a modo de dar mayor certeza a la entrega mensual por parte de los Servicios de Salud a MINSAL del Conjunto Básico Mínimo de Datos (CMBD), con el fin de limpiar, consolidar y estandarizar la información necesaria para aplicar agrupadores de riesgo. O bien, la elaboración por parte de MINSAL de un nuevo COMGES para los efectos mencionados anteriormente

- La celebración de convenios de cooperación entre universidades y/o centros de investigación con MINSAL, los Servicios de Salud y las municipalidades de sus territorios para: (i.) implementar las acciones necesarias para la adopción del agrupador clínico adquirido y, posteriormente, (ii.) desarrollar ajustes al agrupador o elaborar un nuevo agrupador clínico nacional, el cual, una vez validado, pueda considerar mejor la epidemiología de la población y;

- **El financiamiento por parte de MINSAL de una licencia a nivel nacional de un agrupador por riesgo ya validado.**

<i>Función</i>	<i>Cumplimiento Nivel 1</i>	<i>Medio Verificador</i>
----------------	-----------------------------	--------------------------

Financiamiento	100%	Documento Técnico de DIVAP sobre registro de ECICEP y contratos
Objetivo Eficiencia		
<i>Juicio Evaluador</i>		
Existe una modificación con los actuales proveedores para poder incluir el ECICEP		
<i>Extras Minsal</i>		
<p><i>En esta recomendación es necesario hacer una distinción. El uso de agrupadores clínicos para estratificar pudiera tener dos usos: como mecanismo de pago basado en riesgo de salud o como indexador. En la propuesta de CNEP queda la idea de que pudiera ser más bien como indexador. Igualmente, FONASA ha emprendido diversos estudios entre 2020 y 2024, consistentes en probar diferentes agrupadores clínicos del mercado. Y la conclusión más relevante de estos ha sido que no se cuenta con una gobernanza de datos que garantice una óptima calidad de datos para el uso de agrupadores. En consecuencia, hasta el momento, no es recomendable usar esta información para la toma de decisiones financieras. Sin perjuicio de aquello, lo primero que se hace necesario trabajar es en una línea de una política gobernanza de datos para atención primaria, trabajo que ha estado realizando DEIS, en primera instancia, para datos reportados.</i></p>		
Nº Medidas		<i>Avance Nivel 3</i>
5		70%

<i>Prioridad</i> Alta		<i>Financiamiento Más Eficiente para la APS</i>	
Recomendación 4.6			
<p>Solicitar al Ministerio de Salud modificar artículo 3 del Reglamento General de la Ley 19.378, para añadir el siguiente párrafo (destacado): “El Ministerio de Salud, con apoyo de un panel técnico multidisciplinario compuesto por representantes del nivel central, Servicios de Salud, municipalidades y expertos puede reevaluar al menos cada tres años lo siguiente: ● La incidencia y proporción aplicados al aporte per cápita basal a causa de los criterios señalados en el artículo precedente y; ● La metodología, prestaciones y supuestos asociados al costo del aporte per cápita basal.”</p>			
<i>Función</i> Gobernanza		<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No disponible
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
<p>La recomendación del CNEP es que el valor y conformación del per cápita siga un proceso ad hoc de evaluación de tecnologías sanitarias, que implica procesos establecidos, replicabilidad, fundamentos, juicio de expertos, entre otros. Hasta la fecha no se ha avanzado en apertura la discusión concreta hacia el per cápita</p>			
<i>Extras Minsal</i>			
<p><i>Tal como se mencionó anteriormente actualmente, el Ministerio de Salud, mediante la Comisión de Reforma, está en proceso de licitación de un estudio de microcosteo del Plan de Salud Familiar para definir el precio del valor per cápita basal y una metodología para realizar el cálculo permanentemente. La idea detrás de esto es poder emular un procedimiento objetivable como los estudios de verificación de costos (EVC) que desarrolla MINSAL para actualizar los valores de las canastas GES. Por lo que, desde ese entendido, sería recomendable desarrollar con mayor precisión la ventaja de contar con un panel técnico multidisciplinario frente a un mecanismo metodológico objetivo (de hecho, GES no lo tiene).</i></p>			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Financiamiento Más Eficiente para la APS</i>	
Recomendación 4.7			
La Presidencia de la República debe derogar, a través de un proyecto de ley (mensaje), al menos, el artículo 14 del Decreto con Fuerza de Ley 1-3.063 de 1980 del Ministerio del Interior.			
<i>Función</i> Gobernanza	<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	<i>Medio Verificador</i> No Aplica	
<i>Objetivo</i> Eficiencia			
<i>Juicio Evaluador</i>			
Corresponde a materias de resorte legal del Ministerio del Interior, que si no existe una solicitud de parte de la cartera que ejecuta la acciones no existirán cambios en la materia, Existe escaso análisis y levantamiento sobre la forma de organización de la atención primaria, y no es una materia que en la actualidad se encuentre en la agenda pública.			
<i>Nº Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	

<i>Prioridad</i> Baja		<i>Financiamiento Más Eficiente para la APS</i>	
Recomendación 4.8			
<p>La Presidencia de la República debe modificar, a través de un proyecto de ley (mensaje), al menos, el artículo 1 de la Ley 19.886, para añadir un nuevo párrafo final que indique lo siguiente: “Asimismo, esta ley será aplicable a las corporaciones municipales constituidas en virtud del artículo 12, párrafo 1°, del Decreto con Fuerza de Ley 1-3.063 de 1980 del Ministerio del Interior, para administrar y operar servicios de las áreas de educación, salud o atención de menores”. Para esto, la Presidencia de la República debe continuar la tramitación del proyecto de ley (mensaje) que moderniza la Ley N° 19.886 y otras leyes, para mejorar la calidad del gasto público, aumentar los estándares de probidad y transparencia, e introducir principios de economía circular en las compras del Estado, boletín 14137-05.</p>			
<i>Función</i> Gobernanza		<i>Cumplimiento Nivel 1</i> 0%	
<i>Objetivo</i> Eficiencia		<i>Medio Verificador</i> No Aplica	
<i>Juicio Evaluador</i>			
<p>Corresponde a materias de resorte legal del Ministerio del Interior, que si no existe una solicitud de parte de la cartera que ejecuta la acciones no existirán cambios en la materia, Existe escaso análisis y levantamiento sobre la forma de organización de la atención primaria, y no es una materia que en la actualidad se encuentre en la agenda pública.</p>			
<i>N° Medidas</i> 1		<i>Avance Nivel 3</i> 0%	