Comisión Nacional de **Evaluación** y **Productividad**

Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS)

Comisión Nacional de **Evaluación** y **Productividad**

Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS)

Copyright © 2022. Todos los derechos de
Comisión Nacional de Productividad,
Amunátegui 232, of. 401, Santiago, Chile.
www.comisiondeproductividad.cl

Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud (APS)

Coordinador:
José Luis Contreras

Equipo técnico CNP:
Maximiliano Alarcón, Pablo Corvalán, José Ignacio Donoso, Rodrigo Miranda, Carla Tokman, Daniel Stipo, Andrea Valenzuela.

Equipo Consultores:
Andrea Barbiero, Josep Picas, Patricio Wolff, Valeria Lobos, Andrés Olivares, Raúl Aguilar, Henrieta Isufllari.

Agradecimientos:
Fundación Chile, Fundación Observatorio Fiscal, IPSUS de la Universidad San Sebastián, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, FONASA, MINSAL, DIPRES, MOP, Gobierno Digital.

Fotografía de portada
© V_L/Shutterstock.com

Fotografía interiores

© Lightspring, hxdbzxy, Tyler Olson, TippaPatt , Deemerwha studio, Maxx-Studio/Shutterstock.com

Diseño y diagramación
María Jesús Camus Ipinza
www.jes-u.cl

http://www.comisiondeproductividad.cl
El uso desautorizado de cualquier parte de esta publicación está prohibido.

Contenido

7 Acrónimos
13 Comisión Nacional de Productividad
14 Prefacio
16 Resumen Ejecutivo
17 Caracterización de la Atención Primaria de Salud en Chile.
19 El estudio
21 Principales hallazgos y recomendaciones del estudio

Capítulo 1
31 Introducción

Capítulo 2
47 Organización de recursos para la gestión de la Atención Primaria de Salud
47 Introducción
50 Apoyo a la gestión local mediante estrategias de atención y uso de TIC
50 Promoción de la estrategia Teletriage
56 Mejoras a la gestión de citas mediante la reincorporación del proyecto de mensajería de MINSAL
59 Mejora de la cobertura de APS mediante acciones de tamizaje en zonas con alta población flotante
63 Mejoras en el uso de información para la gestión de los establecimientos de APS mediante inclusión de practicantes de profesiones del área de las TIC
65 Apoyo a la gestión local mediante el desarrollo de competencias y herramientas para equipos multidisciplinarios
70 Promoción del trabajo en equipo en APS mediante mejoras en las competencias y la inclusión de herramientas especializadas
76 Determinación de IAAPS y Metas Sanitarias a nivel central
76 Mejoras en la elaboración del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS)
86 Mejoras en la determinación de las metas comunales asociadas al Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS)

88 Elaboración de metas sanitarias nacionales y de mejoramiento de la atención para la APS comunal
91 Mejoras en el establecimiento de metas sanitarias nacionales y de mejoramiento de la atención para la APS comunal por parte del Servicio de Salud
93 Revaluación del IAAPS y las MSMA e inclusión de indicador de hospitalizaciones evitables
96 Proceso de validación y ratificación de convenios PRAPS a nivel central
96 Mejoras en la determinación anual de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) por parte de MINSAL
99 Mejoras para la latencia en la firma de los convenios asociados a los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS)
102 Anexo Organización
102 Resumen de Hallazgos
110 Resumen de Recomendaciones
116 Anexo
116 Tablas y Figuras

Capítulo 3
129 Infraestructura TIC y Civil para una mejor gestión en la APS
129 Introducción
132 Institucionalidad y Estrategia TIC: hacia una mayor interoperabilidad
146 Infraestructura Civil: para un mejor acceso y resolutividad
165 Resumen de Hallazgos
170 Resumen de Recomendaciones
174 Anexo Tablas y Figuras
182 Figuras
185 Experiencia internacional
185 APP Internacional
187 Anexo Experiencia Nacional
187 APP Nacional
188 Concesión del Centro Metropolitano de Vehículos Retirados de Circulación
190 Concesiones de infraestructura hospitalaria

Capítulo 4
193 Financiamiento más eficiente para la APS
193 Introducción
195 Elaboración del per cápita basal: hacia una mayor transparencia
201 Incrementos al per cápita basal: hacia mejores ajustes y mayor transparencia
213 Elaboración del per cápita basal y uso de indexadores: hacia mejores fundamentos

215 Gestión financiera de las corporaciones municipales para la APS Municipal: hacia una mayor transparencia y rendición de cuentas
221 Resumen de Hallazgos
226 Resumen de Recomendaciones
230 Anexo de Tablas y Figuras
232 Figuras

Capítulo 5
237 **Comentarios finales**
254 Anexo Antecedentes históricos
254 Introducción
255 Los primeros pasos hacia un Sistema de Salud
259 Primer Código Sanitario de Chile, creación del Ministerio de Higiene Asistencia, Trabajo y Previsión Social y la Ley de Seguro Obrero
265 La Ley de Medicina Preventiva
268 Las Unidades Sanitarias
270 El Servicio Nacional de Salud y los Consultorios Externos
275 1973, Dictadura: Descentralización, Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y la APS
279 Retorno a la Democracia
280 Reforma a la Salud
283 Glosario

Acrónimos

ACG	Adjusted Clinical Group
ACSC	Acrónimo en inglés para Hospitalizaciones Evitables
AETSA	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud
AGL	Apoyo en la Gestión Local
ANAMED	Departamento Agencia Nacional de Medicamentos
APP	Asociación Pública Privada
APS	Atención Primaria en Salud
BCG	La BCG o bacilo de Calmette-Guérin es una vacuna contra la enfermedad de tuberculosis (TB).
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAAE	Centros de Atención Ambulatoria de Especialidades
CAIF	Centros de Atención a la Infancia y la Familia
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
CDC	Centro de Control y Prevención de Enfermedades
CDT	Centros de Diagnóstico Terapéutico
CECOSF	Centros Comunitarios de Salud Familiar
CENABAST	Central de Abastecimiento
CENS	Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud
CES	Centros de Salud
CESFAM	Centros de Salud Familiar
CGR	Contraloría General de la República
CGR	Consultorios Generales Rurales
CGU	Consultorios Generales Urbanos
CHP	Community Health Partnerships

CM	Corporaciones Municipales
CMS	Corporaciones Municipales de Salud
CNEP	Comisión Nacional de Evaluación y Productividad
COMGES	Compromisos de Gestión
COSAM	Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar
CPPP	Contratos de Participación Público-Privada[1]
CPR	Constitución Política de la República
CRM	Crew Resource Management
CRS	Centros de Referencia de Salud
CTC	Comité Técnico Consultivo
DCG-HCC	Diagnostic Cost Groups/Hierarchical Condition Categories
DEIS	Departamento de Estadística e Información de Salud
DFL	Decreto con Fuerza de Ley
DGCOP	Dirección General de Concesiones de Obras Públicas
DHSC	Department of Health & Social Care
DIPRES	Dirección de Presupuestos
DIVAP	División de Atención Primaria
DS	Departamentos de Salud
ECNT	Enfermedades Crónicas No Trasmisibles
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
EMPA	Examen de Medicina Preventiva en Adultos
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ERA	Enfermedad Respiratoria en el Adulto
ESP	Escuela de Salud Pública UCh
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FCh	Fundación Chile
FCM	Fondo Común Municipal
FNDR	Fondo Nacional de Desarrollo Regional

[1] Para la Realización de Obras de Infraestructura y Prestación de Servicios Conexos

FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas
HE	Hospitalizaciones Evitables
IAAPS	Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud
IEEE	Instituto de Ingenieros Eléctricos y Electrónicos
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
IPP	Índice de Privación Promedio
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
ISP	Instituto de Salud Pública
JUANE	Junta Nacional de Auxilio Escolar
LIFT	Local Improvement Finance Trust
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MDSF	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
MINSAL	Ministerio de Salud
MINSEGPRES	Ministerio Secretaría General de la Presidencia
MLE	Modalidad Libre Elección
MMSS	Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención
MOP	Ministerio de Obras Públicas
MSNMA	Metas Sanitarias Nacionales y de Mejoramiento de la Atención
NHS	National Health Service
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OF	Observatorio Fiscal
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PHCPI	The Primary Health Care Performance Initiative
PMG	Programa de Mejoramiento de la Gestión
PRAPS	Programa de Reforzamiento de APS
PROTINFA	Dirección General de Protección de la Infancia y Adolescencia
PSF	Plan de Salud Familiar

PSR	Postas de Salud Rural
PUC	Pontificia Universidad Católica de Chile
RCE	Registros Clínicos Electrónicos
REM	Repositorio Estadístico Mensual
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RRR	Reducción en el Riesgo Relativo
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SAR	Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad
SBAR	Situation, Background, Assessment and Recommendation
SEGPRES	Secretaría General de la Presidencia
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
SERMENA	Servicio Médico Nacional de Empleados
SIDRA	Sistemas de Información de la Red Asistencial
SIMCE	Sistema de Medición de Calidad de la Educación
SINIM	Sistema Nacional de Información Municipal
SMSO	Servicio Metropolitano Sur Oriente
SNS	Servicio Nacional de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SRA	Subsecretaría de Redes Asistenciales
SSMAULE	Servicio de Salud del Maule
SSMOC	Servicio de Salud Metropolitana de Occidente
SSMS	Servicio de Salud Metropolitano Sur
SSMSO	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
SSRA	Subsecretaría de Redes Asistenciales
SUBDERE	Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo
SUBSERA	Subsecretaría de Redes Asistenciales
SUR	Servicio de Urgencia Rural
TeamSTEPPS	Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
TNP	Tasa de No Presentación

UC	Universidad Católica de Chile
UCh	Universidad de Chile
UNEDI	Unidad de Estudios del Colegio Médico
UNICEF	Acrónimo en inglés para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USS	Universidad San Sebastián
UTS	Unidad Técnica Supervisora
VIAU	Visor de Información Abreviada del Usuario

Comisión Nacional de Productividad

La Comisión Nacional de Productividad es una institución creada por el Decreto Presidencial N° 270, del 9 de febrero de 2015. Es un ente consultivo, independiente y autónomo. Su misión es asesorar al Gobierno de Chile en materias orientadas a aumentar la productividad con foco en mejorar el bienestar de los ciudadanos proponiendo políticas públicas, técnicamente sustentadas y que consideren la opinión de la sociedad civil.

Cuenta con un consejo de ocho miembros nombrados por la Presidencia de la República por un período de tres años, de carácter técnico y transversal.

Consejeros

Raphael Bergoeing, Presidente

Joseph Ramos, Vicepresidente

Vesna Mandakovic

Juan Cristóbal Marshall

Verónica Míes

Aurora Olave

Marcelo Soto

Sergio Urzúa

Prefacio

La capacidad de dar respuesta oportuna y eficiente de atención a los problemas de salud de las personas está dada a través de tres vías. En primera instancia está la Atención Primaria de Salud o APS (considerada la puerta de entrada al sistema de salud) que evalúa y atiende a los usuarios derivándolos a otros niveles de atención según el nivel de complejidad de la afección (nivel secundario o terciario). Claramente, una buena atención de salud mejora sustancialmente la calidad y expectativa de vida de las personas. Al respecto, se ha comprobado que una buena cobertura en el nivel de atención de salud primaria, con efectivas iniciativas de prevención de enfermedades y buena resolución de baja complejidad conducen a evitar problemas de salud mayores en el futuro. Adicionalmente, la evidencia sugiere que cualquier afección sanitaria que podría haberse evitado en la APS impacta negativamente a la persona, como también a nivel agregado en los niveles secundarios y terciarios, afectando e incrementando el gasto público en salud, contribuyendo a las listas de espera (que a la fecha y en contexto post-pandemia, se acerca a los 400.000 pacientes) y, por lo tanto, afectando al bienestar y desarrollo social en general.

La Atención Primaria de Salud tiene por objeto generar un mejor estado sanitario de la persona garantizando el mayor nivel posible de salud y bienestar. El enfoque es brindar una atención equitativa, accesible, integral, continua y coordinada para promover la salud y prevenir enfermedades mayores con un uso eficiente de los recursos públicos. Si bien Chile ha hecho enormes avances para contar con políticas de salud que vayan en esta dirección, aún quedan espacios de mejora. El desafío no es sencillo y, en este sentido, la Presidencia de la República mandató a esta Comisión (en septiembre de 2020) la realización del estudio "Eficiencia en la Gestión de la Atención Primaria de Salud" para reducir brechas en este ámbito y así lograr estos objetivos.

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. Para cumplir con el mandato, esta Comisión trabajó en conjunto con distintas entidades del sector salud (tanto a nivel central como local en los consultorios y municipios), entidades públicas y privadas, y consultores

(nacionales e internacionales), recopilando información, discutiendo los hallazgos y las alternativas de solución, siempre basados en la evidencia disponible.

Las recomendaciones incluidas en este informe fueron aprobadas unánimemente por los miembros del Consejo de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad evidenciando que este tema trasciende afiliaciones partidistas o ideológicas y debe ser abordado como un tema país y con políticas de Estado. El resultado de este esfuerzo conjunto es un plan de acción, con una serie de recomendaciones concretas, que atendidas en su conjunto permitirían aumentar la capacidad de la APS.

Esta Comisión agradece a un gran número de personas e instituciones, partiendo por los investigadores y las entidades colaboradoras: Fundación Chile, Servicio Metropolitano Sur Oriente, Fundación Observatorio Fiscal y Universidad San Sebastián. Por último, también agradecemos la colaboración de representantes de establecimientos de APS, municipios, Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Ministerio de Obras Públicas, Dirección de Presupuesto, Fondo Nacional de Salud, Gobierno Digital. Sin la generosa contribución de cada persona e institución, este trabajo no hubiese sido posible.

Raphael Bergoeing
Presidente

Rodrigo Krell Loy
Secretario Ejecutivo

Resumen Ejecutivo

Durante los últimos 70 años el sistema de salud en Chile redujo la mortalidad infantil y materna (en un 93% y 94% respectivamente), la malnutrición infantil en menores de 5 años (de 63% a 0,5%) y logró elevar la expectativa de vida de 50 a 80 años (un año más que Estados Unidos). Sin embargo, pese a los enormes avances, aún persisten obstáculos y barreras que impiden proveer de un sistema de salud eficiente y efectivo en todos sus niveles de atención.[2] En la actualidad el sistema de salud y en particular la Atención Primaria de Salud en Chile (APS), se enfrenta al desafío que implican los problemas propios de países con un mayor nivel de desarrollo. Estos son el envejecimiento de la población y las llamadas enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT). La evidencia sugiere que actualmente 11 millones de personas en Chile sufren al menos 2 morbilidades (un 56% de la población), quienes requieren de una atención médica y control clínico anual de por vida. En este sentido, la APS debiese tener la capacidad de abordar los principales problemas de salud de la población de manera preventiva y ser la puerta de entrada al sistema de salud, siendo a la vez, el eje de desarrollo de los sistemas de salud. En su trabajo, la doctora Barbara Starfield[3] describe la APS como el nivel de atención que debe cumplir con cuatro atributos esenciales:

- Accesibilidad y primer contacto, donde debe existir un fácil y oportuno acceso al sistema sanitario.
- Continuidad, donde se debe establecer una relación continua entre el equipo clínico y paciente.
- Integralidad, que da solución a las necesidades de salud más frecuentes de la comunidad mediante una mirada multidisciplinaria.
- Coordinación, que significa un trabajo en conjunto entre los médicos de atención primaria y especialistas de otros niveles.

Sin embargo, la evidencia (tanto internacional como nacional) señala que la APS ha evolucionado en direcciones que no obtienen los resultados sanitarios esperados y por ende, su contribución a la equidad y la justicia social podría ser mayor. En efecto, durante

[2] Tal como se evidenció en el estudio de CNP Eficiencia en Pabellones y Gestión de Listas de Espera (2020).

[3] Starfield, B. (1994). Is primary care essential?

la Conferencia de Alma Ata[4] ya se había identificado que la APS presenta deficiencias en la gestión y falta de coordinación al interior del sector salud y entre este y los demás sectores. También presenta debilidad en la participación de la comunidad de los procesos de decisiones, como también problemas con el financiamiento. En este contexto, Chile no es una excepción. La APS en Chile muestra brechas en recursos humanos, cobertura, competencias, infraestructura, entre otros, donde claramente existen amplios espacios de mejora. En este contexto, la Presidencia de la República de Chile mandató en septiembre de 2020 a la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad el presente estudio "Eficiencia en la Gestión de la Atención Primaria en Salud" que ofrece un diagnóstico general de la situación actual de Atención Primaria de Salud, identifica brechas y presenta un conjunto de 56 hallazgos, a partir de los cuales se ofrecen 36 recomendaciones orientadas a generar mejoras en la gestión, infraestructura y financiamiento de la APS, con el objetivo de contribuir a un sistema de salud robusto que permita el desarrollo y mejoramiento del bienestar de las personas en Chile.

Caracterización de la Atención Primaria de Salud en Chile.

En Chile, la gestión de la Atención Primaria de Salud depende de cuatro niveles:

1. A nivel central se encuentra el Ministerio de Salud (MINSAL) representada por la División de Atención Primaria (DIVAP), dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA).
2. Luego, a nivel territorial se encuentra el Servicio de Salud.
3. A nivel comunal están los municipios
4. Por último, a nivel local están los diversos establecimientos, Centro de Salud Familiar (CESFAM), Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), Posta de Salud Rural (PSR) y otros.

La DIVAP influye en la gestión de la APS mediante la elaboración de orientaciones sobre estándares de atención, programación de la actividad e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), entre otras acciones. Adicionalmente, es responsable de elaborar indicadores y fijar metas nacionales relacionadas a procesos sanitarios, coberturas y resultados sanitarios vinculados al Plan de Salud Familiar (PSF). También incide en la elaboración de programas de reforzamiento

[4] Conferencia de Alma Ata, reunión organizada por la OMS y la UNICEF entre el 6 y 12 de septiembre de 1978 donde se sentó las bases de lo que hoy se conoce como Atención Primaria en Salud.

a la APS que buscan complementar y reforzar ciertas actividades.[5] La elaboración de ciertos indicadores y metas nacionales está directamente vinculada a los aportes que el nivel central realiza hacia los municipios[6] por concepto del per cápita,[7] programas de reforzamiento y beneficios colectivos (cerca del 90% de los recursos anuales de la APS municipal proviene del nivel central). La evaluación deficitaria sobre el cumplimiento de un conjunto de estas metas puede redundar en posibles reducciones del aporte per cápita, así también puede ocurrir con otras metas para el caso de los programas de reforzamiento. En el caso de los beneficios se aplica similar lógica, reduciendo el valor del beneficio que llega al personal sanitario.

El Servicio de Salud, entre otras cosas, fija metas a nivel comunal asociadas al aporte per cápita y los beneficios colectivos. También tiene el rol de ser la contraparte en los convenios de traspaso de recursos asociados a los programas de reforzamiento elaborados a nivel central. Dichos convenios y sus procesos pueden verse afectados por una gestión deficiente, incidiendo en la continuidad de las acciones sanitarias respectivas.

La gestión a nivel comunal depende de la municipalidad en 321 de las 345 comunas del país. En estos casos, cada una administra los recursos humanos y financieros, realiza compras de bienes y servicios y es responsable de la mantención de la infraestructura y el equipamiento.

Finalmente, a nivel local los establecimientos APS (CESFAM, CECOSF, PSR, principalmente) planifican y realizan las actividades sanitarias. En este aspecto, una gestión eficiente depende en gran medida del acceso y manejo de mayor y mejor información sobre los usuarios, como de organizar de manera eficiente los equipos de trabajo, contar con competencias y herramientas que permitan fortalecer el modelo integral y utilizar herramientas tecnológicas que permitan un mayor impacto sanitario y uso eficiente de los recursos, entre otras cosas.

La gestión eficiente de la APS, conducente a proveer un servicio primarista efectivo y oportuno depende de varias dimensiones, donde la fluidez, transparencia, interoperabilidad, capacidad de respuesta, entre otras, que existe dentro y entre estos cuatro niveles juegan un rol fundamental.

---

5 Cada uno de estos programas de reforzamiento cuenta con un conjunto de indicadores que determinan el desempeño de una dimensión en particular de la APS.

6 Que administran la APS, salvo quienes reciben un financiamiento fijo por ruralidad y dificultad tanto para prestar como para acceder a las atenciones de salud.

7 El aporte per cápita es aquel que entrega el nivel central a municipios que administran la APS. Consiste de un pago anual por persona inscrita en un consultorio de la comuna. Este pago tiene un valor base homogéneo que después se ajusta considerando variables que aproximan la situación sanitaria de la población de la comuna.

El estudio

El presente estudio se divide en 4 secciones[8] y se encuentra escrito en forma de párrafos enumerados, de modo de facilitar su comprensión general. Para el análisis se ocuparon fuentes de información pública, literatura especializada, apoyo de expertos y la participación de representantes de los distintos niveles de la red pública. La primera sección analiza la organización de recursos para la gestión del nivel primario. La se- gunda sección analiza la APS respecto de la infraestructura que la sostiene, sea civil o tecnológica. La tercera sección analiza el financiamiento de la APS. La cuarta sección ofrece comentarios finales, señalando roles y una priorización de medidas en función de su factibilidad, impacto esperado y tiempo de implementación. El objetivo del estudio es presentar recomendaciones de política pública para aumentar la capacidad de prevención de la APS de manera eficiente. De esta forma, se proponen acciones que potencian (principalmente) los atributos de Accesibilidad y Continuidad para alcanzar una mayor y mejor cobertura, como también se proponen acciones orientadas a potenciar (principalmente) la Integralidad y Coordinación de la atención para que los recursos generen el mayor valor sanitario posible.

La primera sección aborda la organización de recursos de la APS, donde se revisan acciones pertinentes para estos efectos. En primer lugar, se analiza la implementación de una estrategia de atención mediante capacitación y uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).[9] En este sentido, el auge de internet y dispositivos móviles ha permitido la eliminación de barreras físicas y burocráticas en todos los sectores y la salud no es la excepción. Esto redunda en un mejor uso del tiempo disponible de las personas y un mejor proceso de atención, aumentando el acceso y oportunidad. A continuación, se revisan aspectos para potenciar el modelo de atención en la APS en atención a que los análisis demográficos actuales muestran que los pacientes, en general, exhiben diversas afecciones de manera simultánea. Se ha demostrado que la multimorbilidad y las necesidades complejas son mejor comprendidas y tratadas en un esquema integrado por profesionales multidisciplinarios, de distintos perfiles y especialidades, lo que genera el máximo valor en la atención a los pacientes. Así, se analiza la manera de potenciar la atención de equipos multidisciplinarios a través de la promoción de competencias y herramientas de coordinación.

Dentro de lo que compete a la organización de recursos para la gestión de la APS, es necesario contar con indicadores[10] para evaluar el funcionamiento integral de la aten-

8 Además existe un anexo que trata sobre los antecedentes históricos de la APS, que se ofrece a modo de contextualizar los esfuerzos sanitarios y preventivos del país el último siglo.

9 La evidencia (OCE, 2020; Almalki y Simsim, 2020) señala que el uso eficiente de la tecnología redunda en una atención más eficiente y coordinada del APS.

10 Ver Ramalho et al. (2019), Mainz (2003) y Lester y Campbell (2010), OCDE (2004), entre otros.

ción. En esta sección se analiza la determinación, inclusión y evaluación de indicadores y metas sanitarias de tal forma que cumplan con los atributos de transparencia, pertinencia y evidencia, entre otros. Esto promueve, en gran medida, todos los atributos de la APS, orientando mejor los esfuerzos y acciones de promoción y prevención. Finalmente, dentro de esta sección se analizan los Programas de Reforzamiento de la APS (PRAPS), programas orientados a reforzar ciertas actividades de la APS. Estos fueron analizados respecto de sus procesos de validación y de transferencia de recursos desde nivel central. Los objetivos de estos programas son diversos: unos están orientados a financiar la actividad de urgencia primaria (SAPU, SAR, SUR), mientras que otros están dedicados a reforzar actividades ligadas al Plan de Salud Familiar (PSF). También existen programas para financiar mejoras a la infraestructura y otros. Los PRAPS son financiados desde el nivel central traspasando, mediante convenios, recursos a los municipios y su correcta elaboración y gestión impactan diversas acciones preventivas y promocionales de la APS. Así, esta sección presenta 21 recomendaciones.

La segunda sección analiza la APS respecto de la infraestructura que la sostiene, tanto de obra civil (y su equipamiento) como tecnológica. En el modelo chileno la red asistencial de cada servicio de salud se cimienta sobre el primer nivel de atención, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo. Luego hay otros niveles de mayor complejidad que solo reciben derivaciones desde el primer nivel de atención (salvo en casos de urgencia). En este modelo de atención, la APS es la puerta de entrada al sistema y debe cubrir la mayor parte de las patologías de las personas. En efecto, sobre el 80% de los establecimientos de salud en el país pertenece al nivel primario y una APS eficiente, centrada en las personas, *Accesible* y *Continua* en el cuidado debe, por tanto, cumplir con las características de cercanía, horarios y capacidad resolutiva acorde al nivel de atención. En este contexto, este capítulo analiza la infraestructura civil (y su equipamiento general) y TIC, con el objetivo de identificar brechas y proponer mejoras, en el entendido que una buena infraestructura resulta fundamental para asegurar y facilitar a toda la población una atención de salud equitativa, cercana e integral, ofreciendo una adecuada cartera de servicios sanitarios (desde lo promocional hasta lo preventivo). Por último, esta sección presenta 7 recomendaciones.

La tercera sección analiza el financiamiento de la APS. El objetivo de este capítulo es otorgar directrices conducentes a una mayor costo-efectividad de la APS, propiciando que el financiamiento de la APS municipal[11] sea asignado considerando mejor información sobre el perfil sanitario de la población a nivel local y mejorando el proceso de estimación

[11] Esta sección está orientada a la APS municipal. Hoy, en 320 de 345 comunas, la APS es administrada por los municipios, de los cuales, 276 perciben ingresos por medio del *per cápita*, mientras que las otras 44 lo hacen por medio de transferencias fijas.

de costos. El financiamiento desde el nivel central a la APS municipal consiste (principalmente) en un mecanismo de pago denominado *per cápita*. Este se compone de un pago anual homogéneo por cada beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de APS (per cápita basal), determinado por MINSAL. Adicionalmente se contemplan incrementos que se establecen a partir de criterios o indexadores. Estos buscan capturar las condiciones locales de cada comuna, tales como necesidades económicas, edad de la población, ruralidad, entre otros.

El financiamiento del nivel central hacia la APS municipal representa cerca del 90% del presupuesto anual que este contempla para la atención primaria.[12] A su vez, del total de recursos que el nivel central destina a la APS municipal, cerca del 70% está asociado al mecanismo per cápita, el que es administrado ya sea por los Departamentos de Salud o por las Corporaciones Municipales de Salud de cada municipio. Por último, los propios municipios también pueden aportar al financiamiento de la actividad primaria lo que representa, en promedio, cerca del 10% del presupuesto total de un año. Así, al abordar mejoras al proceso de determinación del *per cápita* (per cápita basal e indexadores que lo ajustan), se está incidiendo en la principal fuente de financiamiento que tiene la APS municipal, que representa (aproximadamente) el 60% de su presupuesto anual. En total, esta sección presenta 8 recomendaciones.

En conjunto, estas secciones presentan hallazgos y recomendaciones orientadas a apoyar una mejorar capacidad de la APS. A partir de estos hallazgos y recomendaciones, la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad presenta en la cuarta sección comentarios finales y propone una estrategia de implementación, detallando roles, impacto esperado, plazos y costos de implementación aproximados.

Principales hallazgos y recomendaciones del estudio

El estudio identifica 56 hallazgos a partir de la información recolectada, los que representan una aproximación a la realidad del estado actual de la capacidad de la APS. Con base en los hallazgos identificados, entrevistas y la evidencia recopilada a partir de buenas prácticas nacionales y de países referentes, este estudio propone un total 36 recomendaciones para apoyar una mejor gestión de la APS.[13] A continuación, se desglosan los hallazgos y recomendaciones según secciones.

Se registraron 30 hallazgos respecto a la organización de recursos en la APS (primera sección). A nivel local, se identificó la estrategia *Teletriage*, una estrategia de gestión

[12] El otro 10% financia la APS ligada a los Servicios de Salud.

[13] Que en concreto buscan, con similar nivel de recurso humano, pero con un mejor apoyo (mediante las recomendaciones), mejorar los procesos de atención, tal que permitan como fin último impactar en el estado de salud de las personas.

clínica implementada como piloto a mediados de 2020 en dos CESFAM y ampliada el 2021 a 10 establecimientos más, pertenecientes a 7 comunas del país. Capacitando al personal y utilizando TIC, esta estrategia de atención permite programar y priorizar las citas en la APS en función de criterios clínicos, generando beneficios tanto para los establecimientos en cuanto a la agilización y certeza de los procesos y mejoras en la eficiencia en el uso de los recursos, como para los pacientes, flexibilizando la toma de horas para atención, reduciendo costos de tiempo y transporte, añadiendo consultas remotas y mejorando la cobertura y oportunidad. Por otra parte, MINSAL también implementó un piloto de mensajería para la gestión de citas[14] entre los años 2015 y 2018, que mostró una reducción de la tasa de no presentación[15] en hasta 5 puntos porcentuales, así como la reducción de cancelación en hasta 6 puntos porcentuales. La implementación de estas estrategias de gestión requieren ser complementadas con competencias adecuadas, en especial respecto a competencias TIC, pero según estudios[16] hoy existen brechas en este aspecto.

Existe evidencia[17] de que los resultados sanitarios de los pacientes atendidos se maximizan cuando dicha atención es llevada con las competencias adecuadas y equipos multidisciplinarios. En efecto, la atención en equipo tiene el potencial de generar eficiencias en la atención, reduciendo (en algunos casos) un 8,5% de los costos directos por visita. La experiencia internacional muestra resultados positivos del desarrollo de competencias y metodologías habilitantes para la promoción y prevención de la salud en esta dirección, entendiendo que estas difieren de las tradicionales utilizadas para el tratamiento de afecciones particulares. Hoy no es claro el tipo de fomento que se le ha dado a nivel local, entendiendo que el MAIS juega un rol central en la APS en Chile.

El éxito de la APS depende en gran medida del nivel de cobertura que logra. En este sentido, mediante información de FONASA, se estimó que la tasa[18] de cobertura de la APS en Chile es de aproximadamente 50%, mientras que los referentes internacionales sugieren tasas por sobre el 65%.[19] En el caso chileno las principales brechas están en los jóvenes y adultos, especialmente hombres, con coberturas que rondan por debajo del 40%. Existe evidencia[20] internacional de mejoras en la tasa de cobertura y ahorros mediante tamizaje (estrategias de detección precoz), los que podrían realizarse en centros neurálgicos con alta población flotante.

---

14 Específicamente, para el programa cardiovascular, gestionando cerca de 8 millones de citas.

15 Entiéndase, proporción de citas programadas que no se realizan por ausencia de la persona citada.

16 Ver FCh (2021), por ejemplo.

17 Ver Medical Economics (2017), Patel et al (2005), O'Reilly et al (2007), Reiss-Brennan et al (2016), por ejemplo.

18 Entiéndase, qué proporción de la población beneficiaria de FONASA se atiende en el nivel primario a lo largo del año.

19 Ver Health at Glance (OECD, 2019); Van Doorslaer et al (2006).

20 Ver OMS (2014), Glass et al (2017), Clark et al (2020).

Respecto de los hallazgos a nivel central, el estudio se concentró en analizar los indicadores utilizados para medir el desempeño de actividades en la APS. La correcta determinación de dichos indicadores tiene el potencial de mejorar los procesos de atención y los resultados sanitarios.[21] Parte de los principales indicadores de la APS(18) se agrupan en el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS),[22] cuyo principal objetivo es evaluar si las prestaciones comprometidas están siendo otorgadas de manera adecuada según 4 elementos: estrategia, producción, cobertura efectiva e impacto. Al respecto, referentes[23] dan cuenta de criterios necesarios para la selección de indicadores para la APS. Estos son:

a. Factibilidad: contar con información rutinaria y verificable que permita evaluar el desempeño en cuestión.
b. Validación: contar con evidencia científica documentada que destaque la importancia sanitaria que está relacionada al indicador.
c. Importancia: evidenciar la relevancia de política pública que tienen las actividades vinculadas al indicador;
d. Pertinencia: justificar si el objetivo sanitario puede ser influenciado por la realización de las acciones que están detrás del indicador.
e. Aceptación: contar con la validación del equipo ejecutor sobre los indicadores.

Se encuentra, sin embargo, que la elaboración de los IAAPS en Chile cumple en gran medida con el criterio de Factibilidad, mientras que para el resto de los criterios el nivel de cumplimiento es bajo. Por otro lado, el procedimiento mediante el cual MINSAL formula el IAAPS no es claro, como tampoco lo son el contenido y fundamento de las decisiones adoptadas en él. Más aún, a pesar de que los actos y resoluciones del Estado son públicos, no se identifica información que describa el proceso y fundamentación por el cual se llega a ese conjunto de indicadores, ni de su priorización. En conclusión, no queda claro si la selección de indicadores y metas son las más pertinentes para asegurar que el nivel de cumplimiento de los IAAPS se relacione con mejoras sanitarias para la población. Por otra parte, MINSAL establece anualmente las Metas Nacionales Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención para las entidades administradoras de salud municipal. Análogo a la situación anterior, tampoco son claros los fundamentos (por ejemplo, sobre pertinencia) por los cuales MINSAL fija estos indicadores y sus metas. Este tipo de opacidad también está presente en los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS). Si bien, en los PRAPS se identifican elementos para entender la política sectorial, no todos presentan antecedentes claros, observándose una importante heterogeneidad, donde unos programas presentan evidencia del impacto, mientras que en otros la justificación

21 Ramalho et al (2019).
22 El grado de cumplimiento de estas metas supedita rebajas al aporte per cápita.
23 Ver Royal Statistical Society (2005), United States Institute for Medicine (2006), National Health Service (2017), OCDE (2004).

es más bien general. Adicionalmente, como los convenios asociados a los PRAPS deben ser firmados entre los Servicios de Salud respectivos y los municipios de su territorio, se evidencia un tiempo de latencia para la aprobación de dichos convenios[24] de 4 meses (en promedio).[25] Se producen, por lo tanto, retrasos en el traspaso de la primera cuota del programa afectando la continuidad de ciertas prestaciones y obligando al municipio (en ciertos casos) a reasignar recursos propios para apoyar la continuidad de la atención.

Respecto de la organización de los recursos, se recomienda implementar 21 recomendaciones en favor del fortalecimiento (a nivel local y central) de las dimensiones analizadas en este apartado: Teletriage, Gestión de Citas, Tamizaje de la Población, Competencias y Herramientas de los equipos a nivel local, elaboración de indicadores y metas (IAAPS y Metas Sanitarias) y fundamentación (como procesos) vinculado a los PRAPS.

Así, respecto de la estrategia de *Teletriage*, hay 3 recomendaciones que promueven su escalamiento y reforzamiento incorporando en los 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. Asimismo, se recomienda escalar a nivel nacional esta estrategia incorporándola dentro de Hospital Digital. Junto con el escalamiento de la estrategia de *Teletriage*, es necesario escalar el proyecto de gestión de citas y también incorporarla dentro de Hospital Digital y así promover una mayor adherencia de los usuarios. Una cuarta recomendación busca implementar en zonas de alta población flotante[26] acciones de tamizaje, con ello es posible realizar un primer contacto y evaluación de una proporción importante de la población que hoy tiende a estar alejada de la APS. Una quinta recomendación busca insertar en los establecimientos apoyo TIC que permita liberar horas de equipo clínico en temas administrativos, como también, siendo un sustento para el análisis de los procesos de atención. Adicionalmente, en consideración de los beneficios hallados con relación a la incorporación de equipos multidisciplinarios en la atención de los pacientes, se proponen 4 medidas para identificar no solo el nivel de competencias de prevención y promoción e implementar estos perfiles, sino que de competencias para aumentar la coordinación del trabajo en equipo conducentes a otorgar una atención integral.

Los diversos indicadores buscan medir el desempeño de la APS y, por tanto cómo impactan sobre la gestión en general. Sin embargo, la evidencia sugiere que los índices no estarían rindiendo los resultados deseados. Adicionalmente, en entrevistas en el marco de este proyecto se señalan críticas en la determinación de ciertos indicadores. Además, se concluye que el procedimiento mediante el cual MINSAL formula indicadores y metas no es claro,

[24] Mediante resolución exenta.
[25] Con una alta heterogeneidad para este plazo.
[26] Lugares de trabajo principalmente.

como tampoco lo son el contenido y fundamento de las decisiones adoptadas. Así, en este contexto, se presentan 10 medidas conducentes a un mejor proceso de elaboración de indicadores y metas para IAAPS y Metas Sanitarias, como de fundamentación de los PRAPS, con mayor transparencia y rendición de cuentas, sugiriendo que MINSAL consulte en el caso de los IAAPS a una comisión asesora para la formulación de los indicadores, que emita informes fundados de sus propuestas visibilizando tanto su elaboración y evaluación. Asimismo, el establecimiento de las Metas Sanitarias también deben ser transparentadas y fundadas. En línea con esto y considerando la evidencia internacional, también se recomienda la incorporación del indicador de *hospitalizaciones evitables* para IAAPS como Metas Sanitarias.[27] En el caso de los PRAPS se busca que estos especifiquen, al menos, su evidencia y pertinencia. Por último, se presentan 2 recomendaciones para reducir las latencias asociadas a los convenios de traspaso de recursos asociados a los PRAPS.

Respecto del capítulo sobre infraestructura, se identificaron 14 hallazgos que dan cuenta de importantes brechas que dificultan una adecuada Accesibilidad, Continuidad, Integralidad y Coordinación, aminorando la cobertura y resultados sanitarios. En el caso de la infraestructura TIC, la principal brecha, que afecta sobre todo a la Integralidad y Coordinación, guarda relación con el nivel de implementación de la interoperabilidad, entiéndase esto último como la habilidad de dos o más sistemas de intercambiar información y utilizarla. Esta brecha en gran medida se explica por la falta de un liderazgo institucional claro capaz de coordinar y alinear a los distintos actores y que trascienda gobiernos. Reflejo de aquello, por ejemplo, es que en el país se identifican al menos 7 entidades públicas relacionadas con la materia que realizan esfuerzos poco coordinados. Al no existir un liderazgo claro de una autoridad superior la gestión ha resultado ser ineficiente. Por ejemplo, se ha detectado que los Servicios de Salud y municipalidades no siguen directrices homogéneas para efectuar contrataciones lo que pone barreras para intercambiar información. Si bien el país lleva trabajando más de una década en la adopción de una estrategia de interoperabilidad, una crítica preponderante del medio especializado ha sido la falta de una estrategia robusta, coordinada y estable en el tiempo. Así, la Comisión presenta un total de 4 recomendaciones para fomentar una mejor institucionalidad (y así iniciar la implementación de la interoperabilidad) e implementar un repositorio de información clínica. En este sentido, se sugiere como primera instancia, otorgar al Instituto de Salud Pública de Chile Dr. Eugenio Suárez Herreros atribuciones 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. Este departamento TIC en salud debe proponer una estrategia en materia de interoperabilidad y coordinar su implementación, junto

[27] Son aquellas hospitalizaciones potencialmente prevenibles mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial.

con dictar normas técnicas, actualizarlas y velar por su cumplimiento, como también ejercer actividades relativas al control de calidad. 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 como Neutralidad Tecnológica, Actualización y Cooperación. Atendiendo que esta recomendación requiere cambio legal, es que la Comisión también sugiere una alternativa de corto plazo que permita mitigar la actual falta de interoperabilidad y en particular beneficiar al usuario. Esto mediante la implementación de un repositorio de registros de atención, exámenes, diagnósticos y otros documentos en formato no unificado. Así, a través de ClaveUnica el usuario va poder acceder y compartir la información con el equipo tratante mediante una plataforma digital o Domicilio Clínico Digital. Cabe mencionar que el Ministerio de Salud ya tiene la atribución de requerir información clínica a establecimientos públicos y privados, tomando las medidas técnicas y administrativas para proteger esta información. En total, son 4 las recomendaciones asociadas a la infraestructura TIC.

Con relación a la infraestructura civil, se estima que sobre 5,4 millones de personas (36% de los beneficiarios del sistema) ven limitado su acceso, oportunidad, calidad y continuidad en la atención. Esto por diversos motivos, por ejemplo, en muchas comunas urbanas el centro APS más próximo está a 4 kilómetros del hogar y este puede estar en una comuna diferente.[28] Este es el caso de comunas en regiones de Tarapacá, Atacama, Metropolitana, O'Higgins y La Araucanía. También, existen comunas donde la cantidad de inscritos en los establecimientos de APS es superior a la capacidad para la que fueron diseñados. La CNEP estima que este es el caso de 201 establecimientos (CESFAM, CECOSF y PSR), varios de la región Metropolitana. Junto con ello, otro tema mencionado por representantes de la APS guarda relación con el bajo mantenimiento que se le hace al establecimiento, como también el poco equipamiento existente (sobre todo tecnológico) o en su defecto, depreciado. En conclusión, cerrar las brechas en este sentido requiere de una inversión que tiene asociado un costo social alternativo importante y un financiamiento complejo. Poder reducir dichas brechas permitirían potenciar sobre todo la Accesibilidad y Continuidad.

Tener una mayor y mejor infraestructura preventiva y resolutiva en la comuna también implica una menor tasa de hospitalizaciones evitables. Según estudio realizado por la Universidad San Sebastián (USS) en el marco de este proyecto,[29] 1 de 3 hospitalizaciones evitables termina con la persona fallecida y estas en conjunto generan un gasto anual a nivel hospitalario equivalente al 10% del presupuesto APS para 2022 (alrededor de 300 millones de dólares). A nivel de egresos anuales, las hospitalizaciones evitables representan cerca del 11% de estos, y utilizan alrededor del 20% de los días-cama. A modo

[28] Lo que implica que probablemente no este inscrito en dicho establecimiento y por tanto, reduciendo la posibilidad de ser atendido.

[29] Ver USS (2021).

de ejemplo, el 20% de días-cama utilizados por estos casos equivale al uso promedio de días-cama de 69 mil egresos quirúrgicos programados, cercano al 25% de los casos en lista de espera quirúrgica a noviembre de 2021. A diferencia de otros miembros de la OCDE, en Chile no solo hay hospitalizaciones evitables por causa de enfermedades crónicas, sino también por situaciones agudas de baja complejidad (un 56% del total), por lo que mejorar este aspecto resulta crucial. De hecho, según estimaciones de la USS y CNEP, más infraestructura APS (en especial resolutiva de urgencia) reduce en 30% las hospitalizaciones evitables. En este contexto, la Comisión presenta 3 recomendaciones en línea con el mejoramiento de la infraestructura civil (y equipamiento), en particular, el diseño y construcción de infraestructura para el nivel primario (y secundario), considerando también la provisión e instalación de equipos médicos y mobiliario, junto con su administración y mantenimiento eficiente. Así, atendiendo la experiencia nacional, como del Uruguay y Reino Unido, se recomienda evaluar la posibilidad de someter a la Ley de Concesiones la infraestructura del nivel primario y secundario de salud. En caso que la evaluación sea favorable, para el nivel primario sería necesario elaborar Convenios de Mandato entre los distintos municipios del territorio, Servicio de Salud respectivo y nivel central (MINSAL y MOP). En el caso del nivel secundario sería el Servicio de Salud respectivo y el nivel central.

Finalmente, en la tercera sección, este estudio analizó el principal mecanismo de financiamiento de la APS municipal,[30] entendiendo que una asignación que considera mejor información sobre el perfil sanitario de la población a nivel local y las mejores aproximaciones de costos, permite aumentar la costo-efectividad de la APS. En este caso se identificaron 12 hallazgos. Específicamente, el financiamiento desde el nivel central a la APS municipal consiste en un mecanismo de pago denominado *per cápita*. Este se compone de un pago anual homogéneo por cada beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de APS (*per cápita basal*), determinado por MINSAL. Junto con ello, se aplican ajustes o indexadores a dicho valor basal de tal forma de capturar ciertas dimensiones locales, tales como, pobreza, ruralidad y población adulta mayor. Entre los hallazgos identificados está que el *aporte per cápita* presenta una brecha de 25 puntos porcentuales respecto a estimaciones de la CNEP y otros estudios,[31] es decir, el valor basal debería incrementarse sobre un 33%. Así, en el caso del valor basal de 2022 este debería incrementarse desde $9.048 a $12.000. En este sentido, urge que los tomadores de decisiones busquen alternativas viables para ir cerrando la brecha. A modo de ejemplo, con datos de Estados Unidos se estima que dedicar 1% más de inversión a la APS disminuye en un 0,18% el ratio de visitas a urgencias, 0,07% el ratio de beneficiarios hospitalizados y 0,16% el

[30] Hoy en 321 de 345 comunas el municipio administra la APS, de los cuales 277 reciben ingresos por el concepto del *per cápita.*

[31] Ver Montero et al. (2008), FONASA (2019), Escuela de Salud Pública (UCh, 2015), entre otros.

ratio de hospitalizaciones evitable (PCPCC, 2020). Así, la Comisión considera que tener mayor transparencia, rendición de cuentas y metodologías consensuadas ayuda a reducir la brecha y aumentar la efectividad de la APS. Es necesario destacar que en el contexto de este mandato no fue posible dar con información consolidada que describiera en detalle el proceso de elaboración del *per cápita basal*, como tampoco información que permitiera replicar la estimación del valor basal. Adicionalmente, estudios nacionales[32] sugieren mejores alternativas que los actuales ajustes que se aplican al *per cápita basal*, para así capturar de mejor manera la morbilidad y riesgo sanitario del territorio. En este sentido, los fundamentos de los indexadores seleccionados por parte de MINSAL no son claros, siendo que la evidencia sugiere alternativas pertinentes. En efecto, la evidencia tanto internacional como nacional[33] sugiere que la carga de morbilidad de la población es un buen predictor del gasto en atención de salud y, por lo tanto, debiese ser utilizado como indexador. No obstante, se encuentra que la principal barrera para implementar indicadores de este tipo guarda relación con la consolidación de información en el nivel primario, siendo el tema presupuestario de segundo orden.

La administración del presupuesto a nivel local es realizado en 321 comunas (de 345) por el Departamento de Salud o la Corporación Municipal del municipio.[34] Así, existen 50 corporaciones municipales presentes en el 16% de las comunas a nivel nacional que administran recursos para salud primaria. Estas perciben el 35% del financiamiento proveniente del nivel central y están a cargo de atender al 38% de los beneficiarios de FONASA. Entre 2016 y 2020 estas corporaciones ejecutaron el 41% de su gasto en APS. Sin embargo,[35] es poca la información sobre las corporaciones que cumplen funciones complementarias de algunos municipios en las áreas de educación, salud y otras. Esto implicó, por ejemplo, que recursos estatales por 760 mil millones de pesos ejecutados al 2020 en APS no fueron analizados ni por la Contraloría General de la República (CGR) ni esta Comisión, lo que acusa una falta de transparencia y sugiere posibles ineficiencias no detectadas en la gestión de los recursos.

De las 8 recomendaciones destinadas a apoyar un mejor financiamiento de la APS, 6 son particularmente pertinentes al *per cápita*, donde se busca que dicho financiamiento incorpore mejoras a su proceso anual de estimación del *per cápita basal* y utilización de mejores indexadores. Específicamente, se busca que MINSAL transparente y valide la metodología de cálculo, como los supuestos y precios que utiliza para determinar

32 MINSAL (2011), FONASA (2020) y Poblete y Vargas (2007).

33 Ver Juhnke et al. (2016), ACG Johns Hopkins (N.d.), Santelices et al. (2014), Santelices et al. (2016).

34 El resto es administrada por los Servicios de Salud respectivos. De las 321 comunas que son administradas por el municipio, 44 tienen transferencias denominadas de costo fijo, mientras las otras 277 mediante per cápita y sus rebajas.

35 De acuerdo al informe de 2020 de la CGR sobre la situación presupuestaria, financiera y patrimonial del Estado.

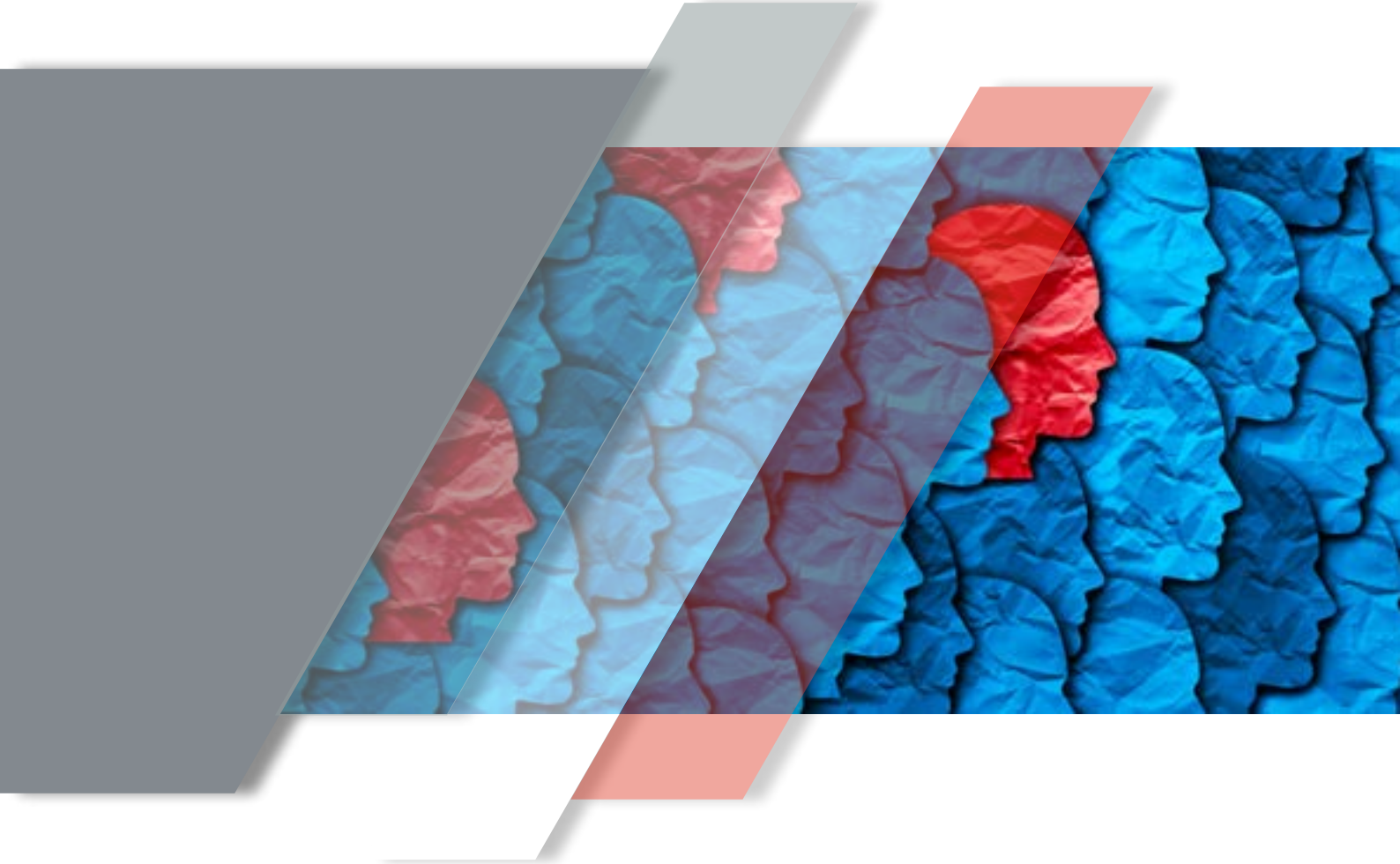
cada año el *per cápita basal*. Por otro lado, se recomienda que MINSAL valide y utilice mejores ajustes para capturar con mayor precisión el contexto local considerando el riesgo sanitario y la morbilidad de la población de la comuna y así lograr una asignación de recursos financieros más costo-efectiva y, por consiguiente, mejorar la capacidad de prevención de la APS. Las 2 últimas recomendaciones buscan una mayor eficiencia en el gasto realizado mediante una mayor transparencia, probidad y rendición de cuentas por parte de las corporaciones municipales que administran los recursos de la APS municipal.

Mejoras en la transparencia y rendición de cuentas de las corporaciones municipales de salud, como al proceso de cálculo del per cápita basal y la utilización de mejores indexadores, posibilitan orientar aún más los recursos acordes al perfil de riesgo y morbilidad de la población de las comunas, potenciando más las actividades sanitarias requeridas por cada comuna.

Así, los principales hallazgos de este mandato evidencian que existen espacios de mejora en la Atención Primaria de Salud. Una mejor política preventiva dada a través de más y mejor apoyo a los equipos de los centros de APS termina incidiendo en todo el sistema de salud. En este sentido, se estima que cada una de estas recomendaciones, en caso de ser implementadas por sí solas, tendrían un impacto marginal, pero aplicadas en su conjunto, son capaces de generar un impacto positivo y significativo.

El estudio finaliza con una cuarta sección que presenta conclusiones finales, un ejemplo ilustrativo del impacto de las medidas y una priorización de estas, considerando para ello factibilidad, impacto, plazo y costo estimado.

Introducción



La Conferencia de Alma Ata, reunión organizada por la OMS y la UNICEF entre el 6 y 12 de septiembre de 1978, sentó las bases de lo que se conoce como Atención Primaria en Salud (APS):

> "La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas."[36]

No obstante, desde mucho antes de la conceptualización y consenso global alcanzados en Alma Ata, Chile ya venía realizando acciones preventivas de salud, asociadas hoy al nivel primario. Así, durante todo el siglo XX, el país no solo promovió una serie de políticas sociales pertinentes a la salud materno-infantil, nutrición, vacunación, infraestructura sanitaria y habitacional, entre otras; sino también, en la formulación de un sistema de protección social basado en la Salud Pública. En su conjunto, estas acciones redundaron en ganancias sustanciales respecto de la esperanza de vida, mortandad general, infantil y materna, y el notorio retroceso de infecciones tradicionales. Así, según datos del INE (s.f.) durante el siglo XX la Esperanza de Vida al Nacer se triplicó, pasando de 24 años para mujeres y hombres, a 82 para mujeres y 77 para hombres.[37] Hoy en día la APS forma una pieza fundamental de la Salud Pública en Chile, estando en ella inscritos cerca de dos tercios de la población, siendo sus servicios un componente clave de la equidad.[38]

Treinta años posterior a la declaración de Alma Ata, la OMS publicó en 2008 "Atención Primaria de la Salud: Más necesaria que nunca", mediante el cual nuevamente relevó el rol de la APS como medio para hacer frente a los desafíos en los sistemas de salud de cara al siglo XXI. En efecto, la evidencia destaca la efectividad y eficiencia de la APS en el tratamiento de afecciones cotidianas versus los otros niveles, argumentando que "...los países con una fuerte atención primaria tienen mejores resultados sanitarios a un bajo costo".[39] Posteriormente en 2018, expertos sanitarios y formuladores de políticas guiados por la OMS se reunieron en Astana (Kazajistán), donde volvieron a destacar el rol de la

---

36 OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs.

37 Últimas cifras corresponden al periodo 2015-2020.

38 Los datos de SINIM (2021) y CASEN (2017) muestran una fuerte correlación positiva entre población atendida en APS y pobreza por comuna.

39 Rawaf, S.; De Maesener, J.; Starfield, B. "From Alma Ata to Almaty: a new start for primary health care" Lancet, v. 372, October 18, 2008, 1365-367.

APS para alcanzar un sistema de salud eficiente y efectivo en lo que se conoce como la Declaración de Astana, la que fomenta, principalmente, la cobertura universal del nivel.

En la coyuntura actual, la OCDE (2020) destacó el impacto que ha tenido el COVID-19 en dar mayor urgencia a temas sanitarios postergados y relacionados con la actividad primaria. Entre estos está el del envejecimiento de la población y las enfermedades crónicas, como también su consecuente impacto fiscal. En el primer caso, analizaron el aumento de la población adulta mayor, la carga de morbilidad, dolores crónicos y problemas de salud mental como tópicos necesarios de abordar de forma más eficiente y efectiva. En el segundo caso, examinaron el impacto que tiene en las arcas fiscales una proporción menor de usuarios, los cuales por tener varias enfermedades crónicas (posiblemente no controladas) y en situación compleja, representan una parte significativa del gasto en salud. El mismo estudio cita una revisión de literatura internacional que identifica que el 10%, 5% y 1% de los usuarios de mayor complejidad representan el 68%, 55% y 24% del presupuesto total, respectivamente.[40] En línea con esta afirmación, la información compartida por el Servicio Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) muestra que para 2017 el 3% de los usuarios más complejos de la APS explicaron el 8% del gasto total de atención, mientras que el 12% representó el 29% del total.

Como ya fue enunciado, la evidencia internacional es robusta en cuanto al potencial de la APS de impactar el bienestar de la persona, mejorando los resultados sanitarios de la población. De manera local, la información recolectada para esta investigación[41] muestra una fuerte correlación entre la cobertura del nivel primario y el estado de salud de la población. Asimismo, los datos sugieren que las iniciativas de prevención y resolutiva de baja complejidad realizadas por la APS son relevantes a la hora de evitar episodios de salud catastróficos para la vida de las personas, como la hospitalización de afecciones no controladas.[42] Dichos episodios no solo disminuyen el bienestar de la población, sino que también merman la eficiencia del gasto público en salud. En el contexto de este estudio, la Universidad San Sebastián (USS) estimó que las hospitalizaciones evitables (HE) utilizan el 2% de los días-cama y representan el 11% de los egresos hospitalarios al año. Esto conlleva un gasto por más de 300 millones de dólares anuales a nivel hospitalario. Así, tener una APS con mayor y mejor capacidad de prevención también permitiría reducir este impacto en la red, habilitando, por ejemplo, la atención de más casos de la lista de espera quirúrgica, o bien, utilizando dichos recursos en otras acciones sanitarias a nivel

40 Ver Wammes, van der Wees y Tanke (2018).

41 CASEN (2017), SINIM (2021); DEIS; FONASA; entre otras.

42 Concepto conocido como hospitalizaciones evitables, es decir, aquellas potencialmente prevenibles mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial. Algunas hospitalizaciones evitables son: descompensación de diabetes, infecciones urinarias, tuberculosis, tétanos, entre otras.

hospitalario. Por tanto, el fomento a la atención primaria no solo tiene el potencial de generar un mejor estado sanitario de la persona, brindando una atención integral, continua y coordinada, sino que también impactar positivamente en el uso de los recursos públicos en la red completa.

De esta manera, el presente estudio busca complementar los esfuerzos para potenciar el rol de la APS en la red de salud pública, caracterizando[43] el impacto de factores relevantes a la hora de determinar la capacidad de promoción y prevención[44] de la atención primaria y al mismo tiempo presentando recomendaciones,[45] buscando promover una gestión más eficiente, capaz de potenciar la capacidad de la APS. Algunos de los factores considerados en el análisis fueron: el recurso humano, la infraestructura civil y sus equipos, las tecnologías de la información y comunicación (TIC), la gestión a nivel central como local, competencias digitales y de coordinación, y financiamiento. Para efectos de este trabajo estos se agruparon en factores de: Organización de los recursos, Infraestructura y Financiamiento.

En efecto, pese a los indiscutibles avances sanitarios por causa de la medicina social y preventiva de la APS en Chile, esta presenta importantes desafíos por delante. Por una parte, si bien muchas enfermedades transmisibles de inicios del siglo XX han disminuido drásticamente[46] [47] las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) y los factores de riesgo que las gatillan han aumentado de forma considerable durante la última década. Por ejemplo, entre 2010 y 2017 la proporción de la población obesa u obesa mórbida aumentó de 25% a 34%, la proporción con sospecha de diabetes mellitus tipo 2 aumentó de 9% a 12%, y la con hipertensión arterial aumentó de 27% a 28%.[48] Siguiendo los lineamientos referentes, estos problemas sanitarios deben ser abordados de forma oportuna y continua y en diversos contextos locales,[49] los cuales a su vez son explicados, en gran medida, por las brechas relacionadas a los determinantes sociales de la salud.[50]

---

43 Por medio de información pública disponible, información solicitada vía Transparencia, información compartida por instituciones públicas y privadas, entrevistas a diversos profesionales relacionados al área de la salud nacional como internacional, artículos académicos y documentos institucionales. Por ejemplo, evidenciando por medio de información o cita la reducción de asistencia a la urgencia por el hecho de llevar a cabo en el consultorio una atención integral y no biomédica.

44 Entiéndase todos los niveles, desde 1er al 4to nivel (Orientaciones Técnicas MAIS, MINSAL 2018).

45 Asociadas a algunos de estos factores, ya que, otros se interpretan como estructurales, es decir, dados. Este es el caso del recurso humano y determinantes sociales.

46 Tales como el tifus, la viruela, el cólera, entre otras (Memoria Chilena, s.f.)

47 No así con las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

48 Encuesta Nacional de Salud (2016-2017)

49 Ver MINSAL, 2017.

50 La OMS define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "Las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".

De hecho, según los datos analizados para el país, dimensiones como educación, salud, trabajo, seguridad social y vivienda se correlacionan de forma fuerte y significativa con el estado de salud de las personas.[51] Así, la situación territorial impone desafíos que se complejizan a medida que existen mayores brechas asociadas a estos determinantes. Uno de dichos desafíos es sopesar la injerencia de la condición de pobreza en la salud de la población. En este sentido, los datos sugieren una relación positiva entre la proporción de la población de la comunas en esta condición[52] y el número de atenciones de urgencia en la atención primaria (Ver Figura I.1). Así, las atenciones de urgencia pueden interpretarse como un indicador de la carga de morbilidad y/o complejidad de la población que se atiende, así como también indicio de restricciones sobre acciones preventivas. A causa de estos contextos, restricciones y la forma en que se abordan, es que persisten diferencias considerables en resultados sanitarios entre comunas del país. Un ejemplo de ello es la expectativa de vida, donde comunas, incluso de una misma región, presentan brechas significativas: comunas de la zona centro y oriente de la capital exhiben una expectativa de vida de hasta 87 y 103 años para hombre y mujer, respectivamente; mientras que comunas de la zona norte y sur alcanzan los 76 y 79 años para hombre y mujer, respectivamente (Bilal et al, 2019).

Por su parte, otro desafío relevante[53] de la APS chilena es la mejora en la cobertura,[54] entiéndase qué proporción de la población potencial[55] se atiende a lo largo del año en el nivel. Las mejores prácticas presentan coberturas en salud primaria por sobre el 65%[56] pero la APS en Chile exhibe, en promedio, una cifra bajo el 50% (a nivel comunal).[57]Esta presenta falencias especialmente en ciertos grupos etarios, jóvenes y adultos, y de manera preponderante entre hombres. Así bien, la cobertura comunal a lo largo del país presenta una alta heterogeneidad: el 10% inferior de las comunas tiene una cobertura de 14%, mientras que en el 10% superior la cifra alcanza un 82%.[58] Más aún, las diferencias de cobertura son importantes, incluso dentro de un mismo territorio[59] o zonas de características similares, mediante información compartida por el SSMSO es posible identificar tasas de entre 40% y 65% a nivel de comunas de su jurisdicción (Ver Figura I.2). Esta, además, se ve agravada por las brechas de infraestructura civil existen-

51 Con base en datos de CASEN (2017). Dimensiones contenidas en variable de pobreza multidimensional. Estado de salud es auto percibido en la encuesta.

52 Pobreza por ingresos.

53 Y que está vinculado estrechamente a las ECNT.

54 Considerando que una mayor cobertura permite dar un mejor seguimiento y control de la salud de la población.

55 Beneficiarios de FONASA.

56 Ver Health at Glance (OCDE, 2019); Van Doorslaer et al (2006).

57 Estimación a partir de información compartida por FONASA en el contexto de este estudio.

58 Con base en datos provistos por FONASA en el contexto de este estudio.

59 Entiéndase, red gestionada por el servicio de salud pertinente.

tes en la APS[60], tanto en cantidad como en calidad, las cuales terminan restringiendo un acceso oportuno. A modo de ejemplo, hoy el 10% de la población (1,5 millones de personas) habita a más de 5 KM de distancia de un consultorio, tramo que toma una hora a pie, desincentivando la accesibilidad y continuidad en la atención del nivel. Este último desafío no es fácil de abordar en el corto plazo, dada la brecha existente[61] y que los tiempos de ejecución son extensos, un CESFAM demora en promedio más de 3 años en construirse y cuesta sobre los 3 millones de dólares, sin considerar el tiempo y gasto asociado a la etapa de pre-inversión.[62]Además, una vez entregada la obra, es necesario incluir equipamiento de apoyo y llevar un adecuado mantenimiento del establecimiento para ofrecer una atención continua y de calidad. Esto último depende en gran medida de la capacidad financiera de cada municipio.[63]

Así mismo, otro desafío importante que enfrenta la red asistencial en Chile en cuanto a su operación está constituido por la brecha de recursos humanos. No está demás señalar que la disponibilidad de trabajadores/as de la salud es crucial para la prevención en la salud de las personas. En este contexto, la disponibilidad de profesionales y técnicos es muy variable,[64] tanto por la composición de los equipos de atención, como por la cantidad de personal, siendo particularmente notorio en la APS. A partir de cifras públicas[65] se estima que la mediana de la muestra de comunas es de 1 médico APS por 2.600 personas inscritas, con comunas con 1 médico para 4.000 personas[66] y otras con 1 para 1.900.[67] Por otro lado, las referencias internacionales muestran cifras en torno a 1 médico para 1.500 beneficiarios.[68] A modo de ejemplo, el nuevo Marco Estratégico para Atención Primaria de Salud del Sistema Nacional de Salud Español presentado en el 2019 estimó que los cupos de profesionales de atención primaria nunca deberían superar las 1.500 personas asignadas en medicina familiar y las 1.000 en pediatría, con un margen máximo del 10

60 Como también en la atención secundaria.

61 Estimada para este estudio en 2 mil millones de dólares (aproximadamente), en nueva inversión y mejora de actual cartera (bajo el supuesto conservador que no existió una depreciación significativa de los activos).

62 Valor estimado a partir de información ex-ante y ex-post de MDSF, y del Departamento de Monitoreo de Obras MINSAL.

63 Más del 60% de la población beneficiaria es atendida en establecimientos de APS que están vinculados administrativamente con los municipios. Las otras alternativas son: la administración por parte de los servicios de salud, o bien, mediante convenios hay organizaciones sin fines de lucro que participan.

64 En particular en un sistema mixto como el chileno. Ver CNP (2020).

65 Base de datos municipal (SINIM, 2021).

66 Percentil 25.

67 Percentil 75.

68 Ver Raffoul, et al (2016); Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016); UC Health (2017); OCDE Stats (2019); County Health Ramkings & Roadmaps (2021), entre otros.

por ciento.[69] En el contexto nacional, a partir de estimaciones[70] de Silva et al (2014) la CNEP concluye que la brecha de médicos en APS ronda los 44pp respecto al estándar, es decir, debería incrementar en cerca de 77%.[71] Además, utilizando estimaciones de la OCDE (2021) se proyecta que cerrar la brecha de médicos a nivel nacional[72] puede tomar más de 15 años.[73] Esto último se agrava en el contexto de APS, considerando que la OCDE (2020) ubica a Chile entre los 7 países (de 24) cuya proporción de médicos de atención primaria es la que más se ha reducido entre 2000 y 2017 respecto al resto de la oferta médica.[74] En este sentido, es lógico pensar que la brecha de recursos humanos en el nivel conlleva una mayor carga de pacientes por profesional y/o técnico, esto último a su vez reduce la capacidad de prevención del personal, lo cual explicaría la relación entre la merma de personal e indicadores sanitarios relevantes, tal es el caso de la proporción de casos con exámen de Papanicolaou (PAP) no vigente que aumentan a medida que se observa una mayor brecha de profesionales médicos (Ver Figura I.3).

Dado que los recursos destacados anteriormente (infraestructura civil y profesionales) no son modificables en el corto plazo, un factor productivo de utilidad para lograr una mayor y mejor capacidad de prevención con los medios disponible son las tecnologías de información y comunicación (TIC),[75]lo que puede ser desagregado en dos aristas principales: infraestructura tecnológica y competencias digitales del personal. En este contexto, el país lleva casi 15 años implementando mejoras en la infraestructura TIC, en particular mediante desarrollos que han intentado avanzar hacia la interoperabilidad tecnológica.[76] La experiencia de referentes

69 Ver Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Documento presentado en el Pleno del Consejo Interterritorial de Salud del día 10 de abril de 2019 y publicado en el BOE no 109, de 7 de mayo de 2019., 47.

70 Ver Silva, N., Rebolledo, C., Arteaga, O., & Bass, C. (2014). Propuesta para identificar la brecha de médicos en la dotación de atención primaria de Salud Municipal. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. En el caso de la CNEP se trabajó con el supuesto de: (i.) 3 atenciones al año por inscrito; (ii.) 20 minutos cada consulta de morbilidad; y (iii.) un 80% del tiempo del médico está destinado a la atención.

71 El dato promedio 2017-2019 ocupando datos de SINIM (2021) es de 5.270 profesionales de medicina familiar, mientras que el estándar de 3 atenciones por año de 20 minutos cada una por inscrito, sugiere que se requieren cerca de 9.375 profesionales de medicina familiar para atender los 13,5 millones de inscritos que habían en promedio para mismo periodo. Así se requeriría cerrar una brecha cercana a 44pp, o bien, incrementar en un 77% el número de profesionales de medicina familiar.

72 Considerando todo el sistema sanitario.

73 Se utilizaron datos de crecimiento de la población INE (1% anual) y de egresos de médicos (9,1 por 100 mil habitantes) para ir desde 2,7 médicos a 3,5 médicos (promedio OCDE).

74 Es decir, en 2017 el sistema estaba formando menos especialistas de salud familiar relativo a otras especialidades respecto del año 2000.

75 Por ejemplo, el uso de TIC reduce errores de prescripción (Bates & Gawande, 2003), la readmisión hospitalaria (Fontaine et al., 2010), mejora la percepción de seguridad en el tratamiento para los pacientes (OCDE, 2020), entre otros.

76 Mediante la estrategia Sistemas de Información de la Red Asistencial (SIDRA), plan nacional para la informatización y automatización de los procesos clínicos asistenciales y administrativos de los

internacionales en este ámbito sugiere plazos óptimos de implementación de alrededor de una década. Por otro lado, diversos especialistas[77] confirman la existencia de brechas importantes en cuanto a las competencias digitales de los profesionales del nivel primario. En este marco, una crítica del medio con respecto al avance en las políticas de informatización del sector ha sido la falta de una estrategia robusta, coordinada y estable en el tiempo, dándose cuenta del desarrollo de la materia mediante iniciativas aisladas y prioridades sujetas a ciclos políticos.[78] Ello, socavando un avance más ágil en la materia.

Otro factor que afecta la capacidad de la APS guarda relación con el aporte que el nivel central efectúa a los municipios que administran la APS para efectos de realizar acciones sanitarias. Desde hace más de una década diversos autores mencionan la brecha existente entre el aporte per cápita y el costo efectivo de la atención. Por ejemplo, Montero et al (2008) y FONASA (2019)[79]estiman brechas del aporte per cápita basal sobre 25pp. Estos mismos y otros autores[80] también mencionan el bajo poder predictivo de los ajustes aplicados al per cápita basal para capturar la complejidad sanitaria de la población local,[81] la cual puede diferir significativamente entre comunas. Para la presente investigación, la CNEP estimó valores de per cápita basal en línea con los cálculos realizados por FONASA (2019), lo que confirma la persistencia de brechas. No obstante, la Comisión también identifica[82] una causa capaz de explicar de forma parcial las brechas anteriores: el costo del recurso humano difiere significativamente entre comunas.[83] Según estimaciones de FONASA (2019), el costo del recurso humano explica cerca del 58% del costo de atención asociado al Plan de Salud Familiar (PSF),[84] por tanto, la brecha de costo de este recurso explica en gran medida la brecha del costo de atención. Sin embargo, esta información es tomada como un hallazgo,[85] porque escapa del ámbito técnico, relacionándose al contexto político y de consensos entre las partes involucradas.

establecimientos de salud.

77 Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS), Fundación Chile (FCh), representantes de APS, entre otros.

78 Ver Seminario Transformación Digital en Salud, 2021.

79 Ver: Estudio de Costos Prestaciones y Estimación de Valor Basal para Per Cápita en Atención Primaria de Salud [documento de trabajo], Fonasa, División de Desarrollo Institucional, Santiago de Chile: 34 p.

80 Ver Escuela de Salud Pública UCh (2015), Propuesta de modelo de financiamiento de la Atención Primaria de Salud [documento de trabajo], Fonasa, División de Desarrollo Institucional, Santiago de Chile: 28 p. (FONASA, 2020).

81 Considerando factores como pobreza, ruralidad, entre otros.

82 A través de Transparencia Activa.

83 Brechas que pueden ser de 50%, a mismo estamento como nivel.

84 El Plan de Salud Familiar "... representa el conjunto de acciones de salud que cada establecimiento de atención primaria ofrece a las familias beneficiarias (población inscrita), dentro del Modelo de Atención Integral de Salud, destinado a resolver las necesidades de salud de sus integrantes y abordar los factores protectores y de riesgo presentes en el entorno inmediato en el cual se desarrolla la vida familiar." (MINSAL, 2011)

85 No ahondando en soluciones.

Según la OCDE (2021), entre 2015 y 2019, Chile incrementó en 17% real el gasto público per cápita en salud, ubicándolo entre los nueve países OCDE con mayor crecimiento.[86] Aún más, en APS el gasto anual real se ha incrementado en promedio un 11% entre 2016 y 2020.[87] Si bien esto es una señal relevante, y refleja el esfuerzo de los gobiernos pasados, también sugiere que aún queda una brecha importante por cerrar en términos de gasto. De hecho, al comparar el gasto público en salud por persona, se observa que el desembolso en países referentes resulta 3 a 4 veces mayor que el chileno,[88] donde ejecutar dicho gasto equivale al 66% del presupuesto total actual del fisco chileno,[89] cuando hoy es cerca del 19%.[90] A esto, se suma el impacto fiscal que ha generado el COVID-19: los apoyos económicos comprometidos a diciembre 2021 alcanzaron los 34 mil millones de dólares, equivalente a 13 veces el presupuesto de APS a 2021[91] o al 44% del presupuesto 2022. Por tanto, además existe el desafío por el lado presupuestario de seguir entregando recursos, pero con una necesidad urgente de utilizarlos de manera más eficiente.

Este contexto es en el cual la CNEP recibe el mandato del gobierno denominado Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud, el cual, tiene por objetivo elaborar recomendaciones que apoyen una mayor capacidad de prevención de la APS y una mayor eficiencia del gasto público en el sistema de salud. Para ello, se proponen un conjunto de medidas que permiten al equipo de atención primaria aumentar su capacidad de prevención[92] sobre la que existe actualmente, mediante mayor transparencia, mejora de procesos, implementación de estrategias de atención, inversión en infraestructura y tecnología, entre otras medidas. De esta forma, se

86 Para OCDE (2019) Chile sale ubicado segundo entre los miembros OCDE con mayor crecimiento real para el período 2008-2013, con un 5,2%.

87 DIPRES (2016), (2017), (2018), (2019), (2020).

88 Ver OCDE (2021) para el caso de países referentes. Se utiliza el gasto público/obligatorio, donde España aparece con gasto por persona de 2.542 dólares, Nueva Zelanda con 3.355, Canadá con 3.768, Reino Unido con 4.306. Para el caso de Chile se calcula el gasto público en salud por beneficiario de FONASA, que para este caso se estima en 980 dólares, considerando la ley de presupuesto de 2022 del Ministerio de Salud y la aproximación de 15 millones de beneficiarios de FONASA. Para esto último se ocupó un tipo de cambio de 800. El valor para Chile que sale en la OCDE contempla no solo el gasto público, sino también el obligatorio que va a parar a las ISAPRE, por tanto, dicho valor representa el promedio de gasto obligatorio por persona, promedio compuesto por 78% de beneficiarios de FONASA, y el resto por ISAPRE y Fuerza Armadas, de Orden y Seguridad Pública.

89 Se tomó el gasto de Nueva Zelanda como referencia. Es decir, aplicando el gasto por persona de 3.355 dólares a los beneficiarios de FONASA, se estimó un gasto cercano a los 50,3 mil millones de dólares. Por otro lado, del Informe de Finanzas Públicas (DIPRES, 2021) se concluye que el presupuesto para 2022 será de 76,3 mil millones de dólares (61 billones de pesos con tipo de cambio de 800).

90 Se utiliza ley del Presupuesto 2022 para presupuesto de MINSAL e Informe de Finanzas Públicas (DIPRES, 2021) para presupuesto total. Por tanto se trabaja con un presupuesto para MINSAL de 14,7 mil millones de dólares y en el caso del fisco de 76,3 mil millones de dólares.

91 Unos 2,7 mil millones de dólares.

92 Desde lo promocional hasta los 4 niveles preventivos (protección a paliativo).

busca aportar para que la atención primaria tenga un acceso más oportuno y equitativo, una mejor cobertura, menos hospitalizaciones evitables, como también habilitar en mayor medida una atención más integral. Cabe señalar que algunas de las recomendaciones propuestas se elaboraron en función de las buenas prácticas identificadas en la misma APS, como también a partir de experiencias en países referentes.

La CNEP abordó el objetivo de este estudio tomando como referencia el trabajo pionero de la doctora Barbara Starfield,[93] proponiendo medidas de política pública que potencian los atributos de la APS: *Accesible, Coordinada, Continua* e *Integral*, en el entendido que estos atributos permiten aumentar la capacidad de prevención de la APS. Para ello, las medidas buscan potenciar los factores que inciden en dichos atributos; factores que para efectos de este estudio fueron agrupados como de, Organización de los recursos, Infraestructura y Financiamiento. Por ejemplo, asociado a la Organización de los recursos se proponen herramientas y estrategias que permiten una mejor gestión de los casos, con el objetivo de potenciar los atributos *Accesible* e *Integral*.

Entendiendo las restricciones propias de un estudio, como aquellas estructurales del tema que se aborda, este trabajo no considera propuestas relacionadas a la formación de recursos humanos del área de salud, sobre des municipalización, como también sobre remuneraciones, pues escapan del ámbito técnico exclusivo[94] y comparten el peso de la discusión con el ámbito político. También, por restricciones de tiempo no se abordaron temas relacionados a gestión de medicamentos, mecanismos de pagos y evaluación de los Programas de Reforzamiento de la APS (PRAPS), como proyectos tales como el gestor de casos, llevado a cabo en la red del SSMSO. Consideramos necesario poder ahondar en este tema, en el entendido que todo estudio que promueva mejoras en el ámbito de la atención primaria termina impactando positivamente en el bienestar de las personas.

El presente estudio está orientado principalmente a la gestión municipal de atención primaria que no es catalogada de costo fijo, la cual representa cerca del 80% de la oferta de atención primaria y está afecta a todos los temas abordados en esta sección. Las otras administraciones de atención primaria están relacionadas a comunas de costo fijo (44 en total y que no están afectas a indicadores) y comunas donde el Servicio de Salud administra de manera directa o indirecta por medio de convenios con ONG (25 en total y que no están afectas a indicadores).

El estudio contó con el apoyo del Ministerio de Salud (MINSAL), Fondo Nacional de Salud (FONASA), Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), Fundación Chile (FCh), Universidad San Sebastián (USS) y Fundación Observatorio Fiscal (OF). También participaron diversos representantes de la salud primaria, tanto de nivel central, como de servicios de salud, municipios y establecimientos. Las actividades de levantamiento de información como de elaboración y

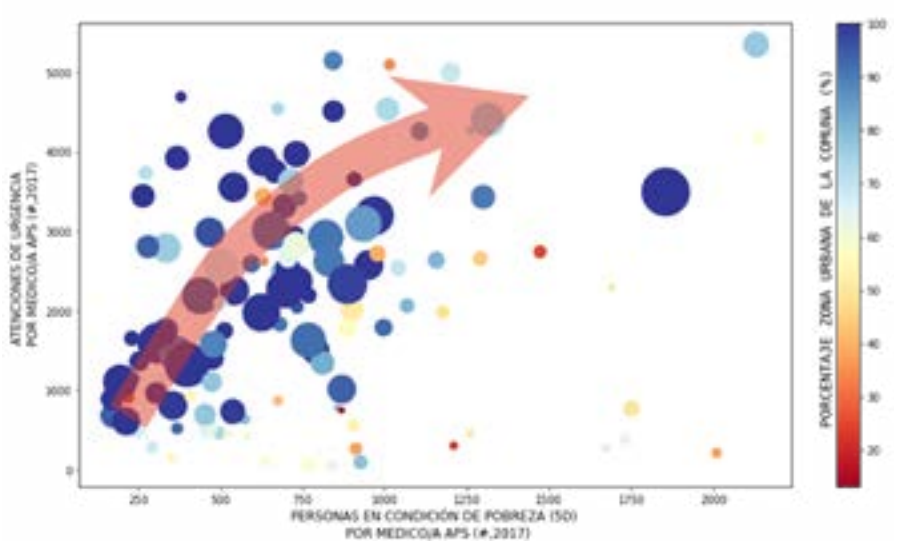
93 Starfield, B. (1994). Is primary care essential?

94 O bien, escapan del marco del estudio, siendo iniciativas de largo plazo.

sanción de recomendaciones por parte del Consejo de la CNEP se realizó entre diciembre de 2020 y septiembre de 2021. Este informe resume el trabajo realizado durante aquel periodo, el cual se divide en cuatro secciones seguidos de la presente introducción. La primera sección presenta evidencia y recomendaciones en el ámbito de la Organización de los recursos, que involucra tanto al nivel central como local. La segunda aborda los desafíos asociados a la Infraestructura de la APS, por un lado, respecto de la obra civil y equipamiento, y por el otro, relacionado a la institucionalidad TIC en salud. La tercera sección aborda el Financiamiento de la APS municipal, presentando medidas que apuntan a una mejor asignación de los recursos. El estudio concluye con un resumen de los hallazgos y recomendaciones de política pública elaborados por la CNEP, junto con ofrecer una estrategia de implementación en favor de apoyar una mejor capacidad de la APS en Chile. Finalmente, el estudio ofrece un anexo que contempla una breve reseña del contexto histórico de la medicina social y preventiva en Chile, esfuerzos realizados en el marco de aproximadamente un siglo que redundaron con la creación de un complejo sistema sanitario que contribuyó a posicionar al país entre los mejores del mundo en términos de expectativas de vida y mortandad. Estos antecedentes proporcionan un referente para alcanzar la excelencia que el país espera.

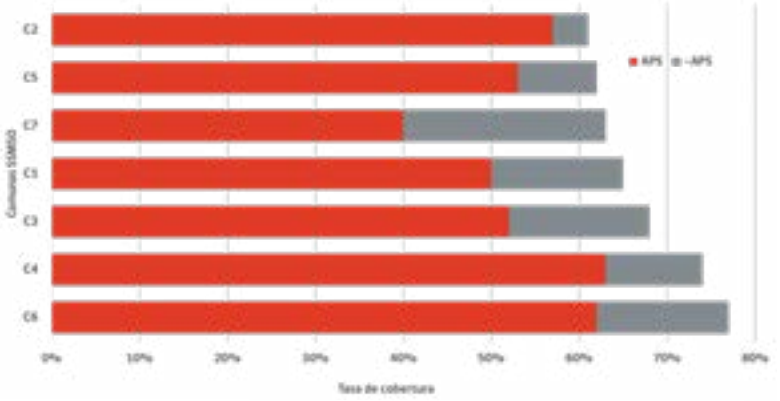
Sin duda, los últimos 150 años han visto al país transitar hacia un sistema de salud con mayores y mejores capacidades para responder a las necesidades sanitarias de la población, en particular a lo concerniente a la prevención y la atención primarista. Sin embargo, aún queda mucho por avanzar. A continuación, este estudio presenta un diagnóstico de la situación actual en el sistema de Atención Primaria, identifica brechas y ofrece una serie de recomendaciones orientadas a generar mejoras sustanciales en la gestión, infraestructura y el financiamiento de la APS.

Figura I.1. Relación entre atenciones de urgencia y proporción de la población de comuna en condición de pobreza.



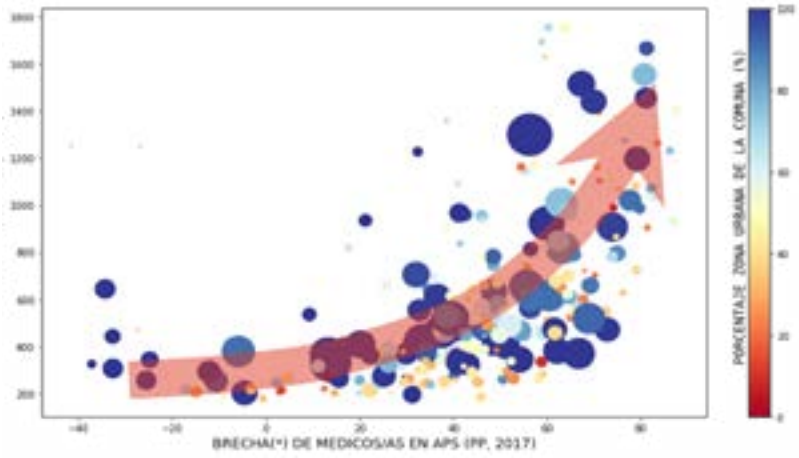
Fuente: Elaboración propia con base en datos de CASEN (2017), REM (2017) y SINIM (2017).
Nota: El color guarda relación con la proporción de la población que habita en zona urbana/rural. Así, comunas 100% urbanas son de color azul, mientras las 100% rurales son de color rojo. El Tamaño guarda relación con el tamaño de la población de la comuna.

Figura I.2. Tasa de cobertura de comunas del territorio del Servicio Metropolitano Sur Oriente.



Fuente: SSMSO (2017).

Figura I.3. Tasa de PAP no vigente y brecha de personal médico por comuna.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de CASEN (2017), REM (2017) y SINIM (2017). Nota 1: Criterios para el cálculo de brecha: (i.) 3 consultas-año por beneficiario; (ii.) 3 consultas por hora; (iii.) 80% del tiempo en atención. Nota 2: El color guarda relación con la proporción de la población que habita en zona urbana/rural. Así, comunas 100% urbanas son de color azul, mientras las 100% rurales son de color rojo. El Tamaño guarda relación con el tamaño de la población de la comuna.

Capítulo 1

Organización de recursos para la gestión de la Atención Primaria de Salud

Síntesis

El principal rol de la APS en el sistema sanitario es la prevención, desde acciones preventivas en menores de edad, hasta acciones paliativas en personas terminales. Entre estas acciones también destaca el cuidado y gestión de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales son consideradas actualmente el principal desafío de los sistemas de salud en el mundo. Así, una gestión más eficiente de los casos, ofreciendo una mayor oportunidad, un mejor acceso y calidad, permite entregar a cada persona un mayor valor en su atención. Esta sección propone mejoras en la organización de recursos de la gestión de la APS para aumentar su eficiencia y se analiza el papel de las tecnologías de la información como la implementación del Teletriage, una estrategia de gestión de citas. Adicionalmente, se promueve el desarrollo de competencias y herramientas para equipos multidisciplinarios y gestión del personal para profundizar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). Por otra parte, se evalúan el establecimiento de indicadores y metas (IAAPS), que miden el funcionamiento integral de la APS y la gestión de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS), principalmente en cuanto a transparencia y pertinencia y evidencia. Se dan recomendaciones a modo de potenciar todos los atributos de la APS: que sea accesible, continua, integral y coordinada.

Abstract

The main role of Primary Health Care (PHC) is prevention, from preventive measures in minors, to palliative actions in terminally ill people. Currently, the main challenge for health systems in the world is the care and management of people with chronic non-communicable diseases (CNCDs). Therefore, a more efficient case management, which offers more opportunities, better access, and quality, allows each person to receive greater value in their care. This section proposes improvements in the PHC management of resources to increase its efficiency and analyzes the role of information technologies such as Teletriage, an appointment management strategy. Additionally, it encourages the development of skills and tools for multidisciplinary teams and personnel management to deepen the Comprehensive Family and Community Health Care Model (MAIS). Additionally, the establishment of indicators and goals (IAAPS), which measure the integral functioning of PHC and the management of the Primary Health Care Reinforcement Programs (PRAPS), are evaluated, mainly in terms of transparency and relevance and evidence. Recommendations are given to enhance all the attributes of PHC: that it be accessible, continuous, comprehensive and coordinated.

Puntos Claves

- Teletriage es una estrategia de atención y de gestión de la población. Utilizando el apoyo de las tecnologías de la información, esta estrategia permite priorizar la solicitud de citas en la APS en función de criterios clínicos. Se estima que, por causa de este uso más eficiente de los recursos, la oferta de citas médicas puede incrementarse hasta un 20%.
- Es necesario realizar una mejor gestión de citas puesto que la Tasa de No Presentación (TNP) de pacientes APS es de 10 a 15% por establecimiento, lo que redunda en una pérdida de citas no utilizadas y que además ocasiona una pérdida equivalente al 8% del presupuesto anual de APS.
- La tasa de cobertura de la APS en Chile es de aproximadamente 50%, mientras que los referentes internacionales sugieren tasas por sobre el 65%. En Chile, las principales brechas están en los jóvenes y adultos (alrededor de 40%).
- En Chile se observa una correlación positiva entre la cobertura y la prevención de salud, así como también una correlación positiva y estadísticamente significativa entre esta y el estado de salud de las personas.
- El tamizaje es una estrategia de detección de enfermedades mediante test simples. Por ejemplo, la literatura ha evidenciado que tamizar a personas en sus lugares de trabajo permite identificar enfermedades y ayudar en la prevención.
- Las competencias necesarias en los profesionales clínicos de la APS para la promoción y prevención de la salud difieren de las tradicionales utilizadas para el tratamiento de afecciones particulares. La experiencia internacional muestra resultados positivos del desarrollo de competencias y metodologías habilitantes para estos efectos.
- El IAAPS es un conjunto de indicadores de actividad de la APS que es utilizado para orientar las acciones en la atención primaria. Las buenas prácticas sugieren la necesidad de utilizar una serie de criterios para seleccionar estos indicadores. Se encuentra que la elaboración de indicadores no cumple de manera cabal con dichos criterios (Factibilidad, Validación, Importancia, Pertinencia, Aceptación) de manera sistemática.
- A partir de datos públicos se concluye que no es posible asociar el nivel de cumplimiento del IAAPS con la mejora en ciertos indicadores de resultados sanitarios.

Introducción

Los sistemas sanitarios del mundo están experimentando nuevos desafíos a raíz del envejecimiento de la población y el creciente número de personas viviendo con condiciones crónicas (Ramírez-Valdivia, et al, 2015; OCDE, 2020). Se estima que para el 2050, la población mundial sobre 60 años será el doble que en 2015, llegando a un 22%, lo que generará presiones por la reconfiguración de los servicios de salud a modo de atender de forma más efectiva a personas que viven largo tiempo con cronicidades y evitando el uso innecesario de hospitales y servicios especializados (OCDE, 2020; OMS, 2021). En este contexto, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son consideradas el principal desafío de los sistemas de salud en el mundo (Margozzini y Passi, 2018), relevando la importancia de la APS en cuanto a la prevención, promoción y cuidado de estas condiciones. Así, los cambios en las necesidades de salud de la población han generado presiones a la APS para proveer una atención más continua, comprensiva y coordinada (OCDE, 2016). Chile no ha sido la excepción a este cambio en el paradigma sanitario. Con base en la Encuesta Nacional de Salud (2017), se estima que 11 millones o 6 de cada 10 chilenos viven con 2 o más enfermedades crónicas simultáneas requiriendo la atención anual en el nivel para toda la vida. Ello supera ampliamente la capacidad de atención del sistema sanitario chileno, que, según estimaciones, atiende actualmente a 4 millones de enfermos con terapias crónicas.[95] De esta manera, más allá de las brechas en el nivel, existe un imperativo por mejorar la coordinación y organización de los recursos a modo de aumentar la eficiencia en la APS. En este contexto, la literatura ha esbozado estrategias para lograr este propósito, como el uso de tecnología para lograr una atención más eficiente y coordinada, la atención mediante equipos multidisciplinarios, especialmente efectiva para los pacientes con necesidades crónicas y la reasignación de recursos para reducir el tiempo destinado a tareas administrativas de los profesionales sanitarios (Medical Economics, 2017).

La presente sección recoge los antecedentes mencionados con anterioridad a modo de proponer mejoras en la organización de recursos en la gestión de la APS. En primer lugar, se analiza el papel de las tecnologías de la información, cuyo uso promueve los atributos de *accesibilidad, continuidad* y *coordinación* en el nivel y entre niveles. En efecto, el auge del internet y los dispositivos móviles ha habilitado un contacto más cotidiano y simple entre el usuario y el establecimiento, así como también la disposición de información sanitaria al personal para entregar una atención más continua y coordinada. Un ejemplo de implementación exitosa de una estrategia con componente tecnológico en el nivel primario en Chile es Teletriage, estrategia de gestión de citas desarrollada a nivel local y dispuesta de forma gratuita por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde los

[95] Considerando nivel primario, secundario y terciario, público y privado. Ver Margozzini y Passi (2018)

pacientes solicitan cita mediante un formulario web y, según sus síntomas y afecciones, son priorizados y agendados por el propio equipo del consultorio, eliminando barreras físicas y burocráticas. Sin embargo, los expertos y experiencias pasadas en la materia sugieren que para implementar adecuadamente herramientas tecnológicas en la APS es necesario avanzar en temáticas pendientes para el nivel. Por ejemplo, existe evidencia de bajas competencias en el apartado tecnológico del nivel en Chile (FCh, 2021), junto con una subutilización de la información generada, que resulta ser insuficiente, poco oportuna y poco confiable (Centro de Políticas Públicas UC, 2014).

Asimismo, la presente sección promueve el desarrollo de competencias y herramientas para equipos multidisciplinarios, a modo de fomentar (principalmente) el atributo de *integralidad* para la APS. En efecto, se ha demostrado que la multimorbilidad y las necesidades complejas son mejor comprendidas y tratadas en un esquema integrado por profesionales de distintos perfiles y especialidades, generando el máximo valor en la atención a los pacientes (OCDE, 2020). Es así que la OPS (como otros) define competencias básicas de los profesionales clínicos de cara a la conformación de los equipos como unidad básica de trabajo para la atención integral. Adicionalmente, la literatura internacional dispone de herramientas de organización probadas para equipos sanitarios, que pueden ser utilizadas como complemento al desarrollo de las habilidades para este propósito. En ambos casos, no se ha encontrado evidencia de su evaluación y fomento en el contexto nacional. Otro desafío para la APS frente a la profundización del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) es la dirección de los esfuerzos de los equipos hacia un enfoque de promoción y prevención de salud con especial énfasis en el contexto de la persona atendida y no solo en la afección particular. Ello puede ser abordado por dos vías en cuanto a la gestión del personal. En primer lugar, desarrollando las competencias adecuadas, que difieren de las utilizadas comúnmente para el tratamiento de las enfermedades y cuyo marco ya ha sido desarrollado por países referentes (Allegrante, 2012). Al igual que en el caso de competencias para el trabajo de equipos multidisciplinarios, no se encuentra evidencia del fomento de este apartado en el contexto nacional. En segundo lugar, los incentivos disponibles para los profesionales de APS podrían posibilitar la reasignación de las acciones realizadas a nivel primario para un fomento más pertinente a las actividades de promoción y prevención.

Como tercer aspecto para la mejora en la coordinación y gestión de los recursos del nivel, se aborda el perfeccionamiento en el establecimiento de indicadores y metas, principalmente en cuanto a transparencia, pertinencia y evidencia. Esto promueve en gran medida todos los atributos de la APS: accesible, continua, integral y coordinada, toda vez que la evaluación e inclusión de mejores indicadores vinculados a estos atributos y sus metas, orienta mejor los esfuerzos y acciones de prevención fomentando el MAIS, esto último, mediante un proceso de elaboración de indicadores y metas con apoyo de representantes

y expertos, más transparente y pertinente (a partir de evidencia). El uso de indicadores en la atención primaria es común en los sistemas sanitarios alrededor del mundo, donde su correcta determinación e implementación es fundamental para la mejora de procesos de atención, eficiencia y resultados sanitarios.[96] En el contexto nacional, MINSAL, a través de DIVAP,[97] elabora anualmente el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), un conjunto de indicadores que evalúan el funcionamiento integral de la atención primaria según cuatro aristas: estrategia, producción, cobertura e impacto.[98] Anualmente, MINSAL también determina las metas nacionales asociadas a los indicadores del IAAPS, que los Servicios de Salud adaptan luego territorialmente para cada comuna mediante resolución exenta. De esta manera, el cumplimiento de las metas vinculadas a dichos indicadores es relevante para los municipios, pues el aporte per cápita está sujetos a rebajas según su grado de cumplimiento. A su vez, MINSAL también establece anualmente indicadores asociados a Metas Sanitarias Nacionales y de Mejoramiento de la Atención (MSMA),[99] a modo de generar incentivos a los funcionarios de la APS municipal. De esta manera, se construye otro conjunto de indicadores para los establecimientos de APS, relacionados con los objetivos sanitarios de cada década. Como sucede con las metas del IAAPS, los Servicios de Salud tienen que adaptar las metas sanitarias a los territorios. Similar al caso del IAAPS, el grado de cumplimiento de las metas supedita la entrega de beneficios a los funcionarios por parte del nivel central. Así, tomando en consideración estos y otros indicadores del nivel, se evidencia un volumen ampliamente mayor a los referentes internacionales, contexto en el cual representantes de la APS y literatura argumentan que provoca una carga excesiva de labores.

Finalmente, se dan recomendaciones sobre la gestión de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) a modo de validar sus propuestas y reducir latencias en el proceso de entrega de recursos, fomentando en este último caso una mayor continuidad en la atención. Estos programas tienen como objetivo asegurar una atención primaria de salud equitativa y de calidad, focalizada en las personas y sus familias, centrada en lo preventivo y promocional, al alero del MAIS.[100] Los PRAPS son financiados desde el nivel central traspasando, mediante convenios, recursos a las municipalidades. En su conjunto estos programas representan cerca del 25% del financiamiento que el nivel central destina a la APS, siendo la segunda fuente principal de recursos para la APS. Sus objetivos son diversos: hay programas orientados a financiar la actividad de urgencia primaria (SAPU, SAR, SUR), mientras que otros están dedicados a reforzar actividades

96 Perera et al. (2007).
97 División de Atención Primaria.
98 MINSAL (2016; 2017; 2018; 2019).
99 Los beneficios vinculados a las metas representan menos del 5% del presupuesto anual de APS del Nivel Central.
100 Resolución Exenta 267 de 2020 de MINSAL.

ligadas al Plan de Salud Familiar (PSF). También existen programas para financiar mejoras a la infraestructura y otros apuntan a objetivos más específicos, como, por ejemplo, el apoyo en la atención con foco en migrantes. De esta manera, se presenta evidencia sobre la necesidad de mayor transparencia en la determinación de estos programas y la distribución de sus recursos. Así también, se evidencia latencias promedio de 4 meses en el traspaso de recursos hacia los municipios, provocando barreras a la continuidad de los servicios y problemas de eficiencia en los recursos.

Apoyo a la gestión local mediante estrategias de atención y uso de TIC

Promoción de la estrategia Teletriage

1. Teletriage es una herramienta de gestión clínica implementada desde inicios de 2021 en 12 establecimientos de APS, 10 CESFAM y 2 CECOSF, pertenecientes a 7 comunas del país.[101] Esta herramienta busca mejorar y acercar la atención de salud a los usuarios de APS mediante el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), rediseño de los procesos asistenciales, formación de competencias y habilidades del personal. En especial, habilita la priorización en la solicitud de citas en la APS en función de criterios clínicos. Esto último permite al sistema primario ser más oportuno en la atención y costo-eficiente, en el entendido que gestionar la demanda de servicios sanitarios bajo criterios clínicos permite orientar los recursos a quienes más lo necesitan. La herramienta fue construida siguiendo los lineamientos del modelo Total Digital Triage implementado en Inglaterra, que provee un formulario en línea para que los pacientes atendidos en el nivel faciliten información personal y sintomatológica al momento de solicitar una cita, los que luego son priorizados y agendados por profesionales especializados, dependiendo del apremio para la atención. Así, desde la llegada de la pandemia por COVID-19 en el año 2020, el NHS[102] ha instado a todos los prestadores de servicios de salud de APS la utilización de Total Digital Triage a modo de gestionar la demanda de forma más eficiente, toda vez que se evitan contagios por el virus (NHS, 2021). Otros ejemplos que siguen la misma lógica de atención pueden verse en los Países Bajos, Finlandia y España. En este último caso, en 2005, el centro de salud de Can Bou en Cataluña puso en marcha una gestión de la demanda donde definió los roles que debía ejercer el equipo de enfermería ante los distintos casos que atendía. En algunos, el proceso lo llevaba completamente este equipo, un segundo caso eran parte del proceso y un tercero donde debían derivar al equipo médico.[103]

---

101 La iniciativa fue piloteada desde el segundo semestre de 2020.

102 Servicio Nacional de Salud encargado de la provisión pública de servicios sanitarios del Reino Unido.

103 Ver Fundación Chile (2021).

2. La relación del paciente con la herramienta Teletriage inicia con el ingreso de una solicitud de cita por parte del usuario a través de un formulario en línea (Smartphone, Tablet, computador), disponible en una plataforma centralizada especialmente diseñada para este propósito o mediante un llamado telefónico,[104] en cuyo caso un operador completa el formulario ya mencionado a nombre del paciente. Dependiendo del requerimiento, el personal (capacitado para este fin) define si la atención es remota o presencial y con qué prioridad debe atenderse a la persona. Una vez definidos estos aspectos, se contacta al paciente para agendar la cita. Este último, a través de la plataforma mencionada, puede gestionar su cita, ya sea cancelándola o solicitando reprogramación.[105] Así, Teletriage cambia el paradigma actual, donde las citas son solicitadas de forma presencial[106] en el establecimiento en el cual está inscrito el beneficiario y donde la atención se programa según orden de llegada, solo priorizando a adultos mayores, embarazadas y menores de 5 años, según recomendaciones ministeriales. Además de las plataformas dedicadas al paciente, Teletriage posee desarrollos especialmente dedicados a los prestadores de salud, para fines como entrenamiento en el software, gestión de demanda y seguimiento de indicadores y reportería.

3. Los análisis iniciales realizados en el marco de este proyecto revelaron que alrededor de 1 de cada 3 solicitudes pueden resolverse de manera remota. Esto se traduce en diversos beneficios, tanto para los pacientes como para los establecimientos. En el caso de los pacientes, se genera la reducción del traslado, disminuyendo costos de movilización y tiempo. En el caso del personal, la atención remota permite aumentar la disponibilidad de horas para realizar otras acciones,[107] en el entendido que una proporción importante de las atenciones de este tipo son, por ejemplo, para aclarar dudas, renovar recetas o pedir certificados, lo cual toma menos tiempo que una atención regular. Según datos proporcionados por responsables del proyecto, cerca de 9 de cada 10 atenciones remotas se resuelven con una interacción que toma entre un cuarto y la mitad del tiempo de atención regular.[108] Así, se posibilita una reasignación del tiempo para ser utilizado en otras acciones. Según estimaciones, el tiempo liberado por estos eventos equivaldría a aumentar en cerca de un 20% el volumen de atención presencial.[109] Según proyecciones

104 Orientado principalmente para personas que no son nativos digitales, especialmente personas mayores.

105 Funcionalidad en proceso de implementación.

106 También existe la modalidad de llamada telefónica para solicitar cita, pero de manera similar a la solicitud presencial, esta es por orden de llegada. Según representantes de APS entrevistados para efectos de este proyecto, dichas citas también son tomadas de forma acelerada a primera hora en la mañana.

107 Como atender de manera presencial o vía telemedicina.

108 Entre 5 y 10 minutos y no 20 minutos como lo es una consulta estándar.

109 En particular, se calculó el tiempo que liberan este tipo de atenciones remota respecto al estándar de 20 minutos de consulta, para luego estimar la cantidad equivalente de consultas presenciales

de CNEP, lo anterior equivaldría a aumentar en cerca de 2,4 millones de citas presenciales anuales a nivel nacional.[110]

4. Tanto para los casos de atención presencial y de telemedicina, y más allá del beneficio en cuanto al mejoramiento en la asignación del tiempo del personal, la herramienta potencia el modelo integral. Esto ya que, tanto para las citas remotas como presenciales, tener una mayor capacidad de programación de la agenda, junto con un mejor conocimiento previo de la causa que motiva la solicitud y el historial clínico permite mejorar la organización y preparar los equipos para la atención como, por ejemplo, definiendo los temas que se abordarán en la atención y quién (o quiénes) del equipo son los más idóneos para atender.

5. Así, se considera que Teletriage habilita la implementación de una atención más integral, entregando beneficios a la persona como al sistema. Respecto a esto último, Reiss-Brennan et al. (2016) evaluaron la utilización de recursos y costos entre la atención integral y la atención tradicional, para ello utilizaron información de 113 mil pacientes atendidos en centros primarios de Canadá durante el periodo de 2010-2013. De este estudio, concluyeron que la atención integral presenta una mayor detección de enfermedades mentales,[111] una mayor adherencia a programas de diabetes,[112] una menor tasa de utilización de urgencias,[113] una menor tasa de hospitalizaciones evitables[114] y un menor gasto en atención.[115] Cabe destacar que todos estos hallazgos fueron estadísticamente significativos.

6. Considerando esta mejor programación y uso de tiempo y recursos, la literatura también destaca la necesidad de organizar de forma más adecuada los equipos de atención para obtener mejores resultados sanitarios y uso eficiente de los recursos (Mousques, 2011). En este sentido, la inclusión de tecnología en la gestión de la demanda por parte de esta estrategia generó información sobre atenciones,[116] permitiendo la adaptación y mejora de los procesos de atención. Por ejemplo, en entrevista con representantes de un establecimiento donde se implementó la herramienta, se señaló que la información generada

(de 20 minutos) que se podrían hacer.

110 Utilizando REM-19, se tiene una base de 12.734.399 atenciones anuales para 2019 (último año con cifras disponibles sobre citas médicas). Así, se considera que dos tercios de dichas atenciones se mantienen de forma presencial y se computa el aumento por la liberación de tiempo del 90% de las citas telemáticas que no son telemedicina. En este último caso se opta por mantener el tiempo de 20 minutos de una consulta presencial tradicional.

111 46% versus 24% de la tradicional.

112 25% versus 20% de la tradicional.

113 18:100 versus 25:100 de la tradicional.

114 3:100 versus 4:100 de la tradicional.

115 $3,400 versus $3,515 de la tradicional.

116 Según representantes de establecimientos entrevistados para este estudio, hoy la información de las atenciones está siendo subutilizada y se orienta más a la rendición de cuentas que a la gestión.

por Teletriage permitió identificar días y horas donde se generaba una mayor demanda de ciertas atenciones, permitiendo reasignar mejor la oferta para dichos momentos.

7. A diciembre de 2021, la herramienta acumulaba cerca de 135 mil solicitudes,[117] donde se destaca la alta generación de beneficios directos en el corto plazo para los pacientes, entregándoles un mayor y mejor acceso en la APS y aumentando la cobertura en segmentos de la población que no asisten regularmente a los consultorios. De hecho, en los establecimientos en que Teletriage ha sido implementado los usuarios jóvenes (nativos digitales) acceden más a la atención del nivel debido a la existencia y uso de la plataforma digital, relativo a la solicitud de citas presenciales. Asimismo, los pacientes en edad laboral -mayores a 15 años y menores a 60 años- también son beneficiados, puesto que la forma de agendamiento les permite mayor flexibilidad para programar su cita de acuerdo con su disponibilidad o de reprogramarla en la plataforma, según sea la situación. De hecho, según los datos disponibles para 2021, un cuarto de las solicitudes por la plataforma se realizaron en horario no hábil, es decir, en momentos en que los establecimientos se encontraban cerrados.

8. Utilizando la información del proyecto, junto a los datos de REM-21, la CNEP concluye que en el caso de los usuarios atendidos por Teletriage existió una mayor proporción de atención en personas en edad laboral respecto a la muestra de atenciones de estos mismos establecimientos antes de implementar la herramienta. De hecho, este grupo muestra un aumento de 13 puntos porcentuales en su participación respecto al total de atenciones al utilizar la estrategia Teletriage, donde 6 de ellos son explicados por el grupo entre 15 y 29 años y los 7 puntos restantes corresponden al segmento entre 30 y 59 años. Vale la pena destacar que, al diferenciar por género, la mayor partición de la población en edad laboral se distribuye de forma equitativa entre hombres y mujeres (Ver "Tabla 1.1. Distribución de la cobertura de los establecimientos APS que han participado de Teletriage." en la página 117).

9. Más allá del mayor acceso, los doce establecimientos donde Teletriage ha sido adoptado dan cuenta de una generación de valor para los pacientes en otras aristas. Según los datos para el año 2021, Teletriage ha provisto que el promedio de cierre de solicitudes, desde el llenado del formulario hasta la atención, sea cercano a los 4 días. Más aún, 7 de 10 pacientes fueron atendidos en un espacio temporal menor a 7 días. Por su parte, en el marco del proyecto se han realizado encuestas de satisfacción para conocer la opinión de los pacientes y más del 70% de los encuestados destacan la utilidad de la herramienta por cuanto esta no interrumpe sus actividades diarias y reduce los costos

[117] Donde 45 mil fueron realizadas durante la implementación del piloto y las otras 90 mil durante la expansión de la herramienta a los demás centros de atención que han estado participando.

en el agendamiento de citas. Además, sobre el 60% afirma que el proceso de solicitud mediante Teletriage es mejor que el trámite presencial.

10. La inversión estimada para la implementación de la estrategia Teletriage por establecimiento es de 5 millones de pesos, lo que considera infraestructura TIC (computadores, monitores y smartphones). Además se requiere la incorporación de 3 profesionales de enfermería para administrar la plataforma, los cuales pueden ser reconvertidos desde otras labores. No obstante, para el presente cálculo se considera que la plataforma opera con nuevas contrataciones. Suponiendo un profesional de enfermería de nivel medio, la cota superior del costo ascendería a 2 millones de pesos mensuales, aproximadamente.[118] Así, el gasto anual recurrente sería 72 millones de pesos por establecimiento. De esta manera, considerando la adopción de la estrategia en los 568 consultorios a nivel nacional la inversión estimada sería cerca de 3,5 millones de dólares. Por otro lado, el costo operacional a nivel nacional ascendería a cerca de 51 millones de dólares anuales, lo que equivale a 1,8% el presupuesto de APS para 2022.[119]

11. En vista de los antecedentes antes expuestos, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de implementar en los centros de atención primaria, en particular CESFAM y CECOSF, la estrategia de Teletriage mediante el PRAPS[120] denominado de Apoyo a la Gestión Local. Así, la presente recomendación promueve, principalmente, el atributo de *accesibilidad* en el nivel, aumentando la cobertura mediante facilitación en la toma y modificación de citas médicas, eliminando barreras físicas y burocráticas, así como también a través de la liberación de tiempo para atención en los profesionales.

> **Recomendación 1.1:** 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.

12. Junto con la implementación de la estrategia de Teletriage a nivel de establecimientos mediante PRAPS, resulta fundamental para el escalamiento de esta estrategia el realizar un adecuado soporte y mantenimiento de la plataforma. En este sentido, se prospectan

118 Por ejemplo, municipalidad de Parral, municipalidad de Buin, municipalidad de Codegua.

119 Cerca de US$3000 millones a 2022.

120 Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud. Son líneas de financiamiento que complementan el aporte per cápita, las cuales buscan financiar diversas actividades de atención primaria, tales como las relacionadas a mejoras en la gestión, atenciones de urgencia, infraestructura, programas para adulto mayor, entre otros.

ganancias de eficiencia al realizarse de forma centralizada, considerando los costos de implementación y administración del servicio. Si bien, la propiedad de esta plataforma pertenece a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esta misma determinó que estará disponible como Creative Commons, es decir, se dispondrá de forma gratuita y su código será abierto para quien desee modificarlo. Bajo estas condiciones, al país le restaría determinar dónde albergar el mantenimiento de dicha plataforma. Los representantes[121] del proyecto en Chile sugieren que debe añadirse como otro componente más de Hospital Digital.[122] En efecto, esto fue confirmado en su momento por las autoridades de MINSAL en entrevista, quienes prospectan la inclusión de Teletriage como uno más de los canales digitales de Hospital Digital.

13. Por tanto, considerando esto último y la Recomendación 1.1, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República, la cual busca que el mantenimiento y soporte de la plataforma esté a nivel central dentro del marco de Hospital Digital. Así, esta recomendación es fundamental para promover el escalamiento de la estrategia Teletriage y fomentar la accesibilidad en la APS.

Recomendación 1.2: Solicitar al Ministerio de Salud albergar dentro de Hospital Digital la plataforma de Teletriage para prestar mantenimiento y soporte a nivel nacional.

Mejoras a la gestión de citas mediante la reincorporación del proyecto de mensajería de MINSAL

14. Parte importante del proceso de gestión de casos guarda estrecha relación con la programación y reprogramació de citas. Una cita programada a la cual el usuario no asiste genera un costo alternativo importante, no solo por la subutilización de recursos, si no, sobre todo porque dicho tiempo y recursos podrían haber sido utilizados en otra atención, considerando que la demanda por atención siempre supera a la capacidad efectiva. En

121 Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Plataforma 360.

122 Es un modelo de atención en salud centrado en el paciente, que aprovecha las tecnologías para acercar la atención a las personas, instalando una alternativa al modelo tradicional (red de establecimientos físicos con restricción de horarios). La plataforma web de Hospital Digital es de acceso ciudadano, es decir, todas las personas pueden hacer uso de ella independientemente de su previsión de salud. El sitio incluye algunos servicios personalizados que requieren Clave Única, la mayoría de ellos dirigidos a beneficiarios del sistema público de salud. A través de la plataforma los usuarios pueden acceder a información relevante para el cuidado de su salud, acceder con más facilidad y rapidez a atención médica general, iniciar tratamientos de manera más rápida y oportuna, ahorrar tiempo y desplazamiento innecesarios para conseguir una atención de salud o realizar trámites asociados (MINSAL (N.d.).

este sentido, la Tasa de No Presentación (TNP) y la cancelación de las citas en la APS, según entrevistados,[123] varía entre 10-20% de las citas programadas.[124] De acuerdo con estimaciones[125] de la CNEP, la TNP anual a nivel nacional generaría una pérdida cercana a los 180 millones de dólares (6% del aporte anual del nivel central para 2022). Referencias internacionales posicionan esta tasa en la cota inferior de las identificadas (5-10%).[126]

15. MINSAL, entre los años 2015 y 2018, mediante un PRAPS, desarrolló en la APS un piloto de mensajería para la gestión de citas al programa cardiovascular a modo de generar mayor adherencia de los usuarios al programa. Ello significó dar seguimiento a 8 millones de citas durante este periodo.

16. El servicio de comunicación con el usuario se efectuaba mediante mensajes de texto (SMS), mensajes de correo electrónico (SMTP) y mensajes de voz (IVR), mediante un esquema multicanal. Ello habilitaba la comunicación durante todo el ciclo del proceso de gestión de la cita, es decir, desde la solicitud de cita (hito denominado "Testimonio"), "Recordatorio de la cita", "Confirmación de asistencia a la cita", "Preparación" hasta la "Modificación o Cancelación".[127]

17. Adicionalmente, el servicio contaba con funcionalidades y herramientas que apoyaban la gestión. Estas herramientas permitían, entre otras cosas:

a. La captura automática de datos de agenda y base de datos de contactos existentes en otros sistemas de los centros de salud.[128]
b. El apoyo automatizado en la gestión de calidad de datos de la base de datos de contactos.

---

123 Teletriage, representante de proyecto de mensajería, Dirección CESFAM, funcionarios. En el caso de mensajería se obtuvieron estimaciones a partir de entrevista, confirmando los valores que sugerían los entrevistados.

124 No sabemos si existe información acerca de cuántas de las citas canceladas fueron reprogramadas para otro usuario.

125 Para la estimación se utilizó la cuenta pública de CESFAM Dr. Fernando Maffioletti de La Florida del año 2019. El valor que imputan a causa de la inasistencia es de CLP$504 MM. A partir de aquello se extrapoló con un valor de CLP$250 MM para los 582 CESFAM identificados a partir de REM/SINIM. Se aplicó un tipo de cambio de 800.

126 Ver Kaplan-Lewis y Pecac-Lima (2013), Parsons et al (2021) y Margham et al (2020).

127 En el caso de "Confirmación de asistencia a la cita" y "Preparación", hay evidencia del impacto que tiene estar recordando y confirmando asistencia. Margham et al (2020) analizaron diversas estrategias de los consultorios en Londres para reducir la "No Presentación", los autores concluyen que la estrategia más efectiva para reducir la "No Presentación" era acotar la disponibilidad de hora al momento de solicitar una cita. La tasa de "No Presentación" se redujo desde 7,8% a 3,9%. La tasa de no presentación de los centros primarios de Chile oscilaba entre 2 y 12%.

128 En el caso de que el centro de salud no dispusiera de un sistema o base de datos, este servicio proveía de una base de datos de contacto y/o agenda.

c. La implementación en cualquiera de los centros de salud que se adscribiera a este servicio, independiente del grado de automatización en agenda y base de datos de contacto que el centro disponga.
d. La generación de reportes estadísticos de comunicaciones por tipo de mensaje, tipo de canal, estado de la comunicación, datos de contacto válidos, tasa de efectividad de contacto, entre otros.

18. En un principio, la implementación de esta herramienta reveló que el registro previo de citas mostraba que cerca de un 17% de las citas que no se concretaron presentaban inconsistencia de nombres y contacto. También, se identificó que cerca de un 14% de las citas que ingresaban en promedio al mes, no contaban con datos de contacto. En conclusión, al comienzo del proyecto se identificaron falencias en el registro de citas que, en parte, permitirían explicar el porcentaje de citas programadas pero no realizadas por motivo de la no presentación y cancelación.

19. Con respecto al impacto de la herramienta, la evidencia levantada a partir de este piloto mostró una reducción de la TNP[129] de entre 1 a 5 puntos porcentuales, así como la reducción de cancelación entre 4 a 6 puntos porcentuales. Ello sugiere que la proporción de citas programadas y realizadas puede ascender sobre 5pp, por ejemplo, de 80% a 85%.

20. En la actualidad existen soluciones de gestión de citas que están siendo utilizadas tanto en el sector público como privado. Estos sistemas mejoran este proceso a través de un mayor número de canales de comunicación con el paciente, mayor capacidad y mejor soporte. Es necesario destacar que el piloto de MINSAL consideraba un solo programa dentro de la APS[130] por lo tanto, escalar a nivel nacional e incluir la agenda completa de cada centro significa un esfuerzo importante que dicho ministerio debe evaluar para determinar qué aspectos quedarían albergados a nivel central y cuáles podrían ser gestionados por terceros.

21. Considerando las capacidades y la experiencia acumuladas a partir del piloto, la implementación de este tipo de herramientas junto a la estrategia de Teletriage[131] potenciaría aún más la capacidad de gestión de los establecimientos. Ello, pues complementa a la estrategia Teletriage, permitiendo contar con más canales de comunicación con los pacientes (y más masivos), como lo son SMS y aplicaciones de mensajería.[132] En resumen,

129 Se observó una tasa de no presentación de 11% en el caso de las citas que ocupaban el servicio versus una tasa de 15% para el caso de las citas que no contaban con el servicio. Esto último ocurría porque algunas de las citas no registraban contacto, lo que permitía hacer una comparación entre un grupo control y tratamiento de la medida.

130 Cardiovascular.

131 La gestión de las citas por Teletriage ocupan exclusivamente la telefonía y plataforma web.

132 Whatsapp, Telegram y otros.

se producen sinergias en cuanto a la mayor y mejor gestión que existe actualmente, potenciando la adherencia y reduciendo las no presentaciones a las citas.

22. En vista de lo expuesto previamente, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de implementar la estrategia de gestión de citas vía mensajería. Esto promueve la adhesión de los usuarios con su centro de atención para potenciar las capacidades de gestión de la demanda de la estrategia de Teletriage, fomentando los atributos de accesibilidad y continuidad en el nivel.

Recomendación 1.3: 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.

Mejora de la cobertura de APS mediante acciones de tamizaje en zonas con alta población flotante

23. Un primer indicador que refleja en gran medida la capacidad de prevención que tiene la APS es la tasa de cobertura, entiéndase, la proporción de personas que son atendidas por la atención primaria sobre el total de beneficiarios que podrían acceder a esta.[133] Así, una tasa de cobertura alta tiende a estar relacionada con mejores resultados sanitarios, dado que se logra cubrir con diversas acciones promocionales, preventivas, resolutivas, como paliativas, siendo la puerta de entrada al sistema de salud (Shi, 2012). En este contexto, utilizando datos de cobertura de APS provistos por FONASA e información de cobertura de Examen de Medicina Preventiva[134] en Adultos (EMPA) provista por SINIM, ambos a nivel comunal, se observa una alta heterogeneidad, pero una relación positiva entre ambas variables. Es decir, a mayor cobertura del nivel primario también existe un mayor despliegue en la detección de enfermedades de forma temprana, relación que muestra significancia estadística al 5% (Ver Figura 1.1). Por su parte, pese a que no existe

[133] Si bien, existen otras tasas de cobertura más específicas.

[134] El Examen de Medicina Preventivo (EMP) es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad, asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, tanto para quien la padece como para su familia y la sociedad (MINSAL, 2008).

un registro unificado del estado de salud de toda la población (por ejemplo, porque no todas las personas se relacionan con el sistema sanitario), es posible aproximarse a este mediante la autopercepción del estado de salud provisto por la encuesta CASEN, variable recomendada por el Banco Mundial (2018) para medir resultados de la APS en Chile. Así, se tiene que, pese a la existencia también de una alta heterogeneidad en este apartado, a mayor cobertura del nivel primario comunal, también se observa una leve mejora en el estado de salud aproximado de la población (Ver Figura 1.2).

24. Hoy FONASA cuenta con alrededor de 15 millones de beneficiarios, los cuales tienen acceso garantizado a la APS una vez inscritos en un establecimiento de atención primaria. No obstante, las cifras provistas por la misma institución en el marco de este estudio muestran que solo 13,5 millones están inscritos en la APS. De estos, 6 millones de beneficiarios se atiende exclusivamente en la APS y otros 1,5 millones también utiliza la Modalidad Libre Elección (MLE) para recibir prestaciones de similar nivel a la que ofrece la APS.[135] Ello implica que la tasa de cobertura de la APS en Chile es de 50%, mientras que referentes internacionales presentan cifras por sobre el 65%.[136] A partir de información provista por el SSMSO y en línea con lo mencionado por representantes de establecimientos de atención primaria, las principales brechas de cobertura están en los beneficiarios entre 15 y 60 años y en particular en hombres, donde se presentan tasas entre 40-50%[137] (Ver Figura 1.3).

25. Por otro lado, la literatura evidencia que con una prueba médica sencilla es posible realizar un tamizaje,[138] es decir, identificar individuos que tienen alguna patología, pero que aún no presentan síntomas. Así, existen intervenciones de tamizaje que proveen beneficios probados como retornos sobre la inversión y/o ahorros de costos en el corto plazo y largo plazo (OMS, 2014).[139] Algunas de estas medidas son el cáncer cervical, con beneficios en el corto plazo[140] o el cáncer de mamas con beneficios en el largo plazo[141] (Ver Tabla 1.2).

135 También existen otras acciones sanitarias cubiertas por MLE pero que guardan relación con atenciones a nivel secundario o terciario. Acá se estimó con base en prestaciones equivalentes al nivel primario, tales como, consultas de medicina general, toma de exámenes, entre otros.

136 Ver Health at Glance (OCDE, 2019), Van Doorslaer, et al (2006).

137 En el caso de los menores de 15 años y personas mayores a 60 años, la cobertura es superior al 70%.

138 El tamizaje corresponde a la aplicación de una prueba a personas asintomáticas, con el objetivo de identificar precozmente a quienes poseen una condición que se beneficie de intervenirla de manera temprana. Ver, por ejemplo, Medicina Familiar UC.

139 Se considera corto plazo un periodo menor a 5 años y largo plazo mayor a 5 años.

140 Para la Unión Europea el tamizaje de esta patología generaría un ahorro equivalente al 6% del presupuesto dedicado a afecciones cancerígenas.

141 Para la Unión Europea el tamizaje de esta patología generaría un ahorro equivalente al 19% del presupuesto dedicado a afecciones cancerígenas.

26. Asimismo, la literatura internacional muestra que una estrategia eficiente para aumentar la cobertura en la población es disponer de un establecimiento móvil, lo cual aumentaría el número de visitas de atención primaria en 39 puntos porcentuales en comparación con el grupo de control (Glass et al, 2017).[142] Adicionalmente, se observa que hay una reducción de 38 puntos porcentuales en las visitas a urgencias médicas realizando la misma comparación. Por su parte, Clark et al (2020) muestran que intervenciones de atención preventivas realizadas en los centros urbanos aumentaron la cobertura de la población empleada en zonas urbanas en 27 puntos porcentuales. Además, la autopercepción de salud de los sujetos intervenidos aumentó casi 1 punto en escala de 5 puntos de base.

27. Analizando a más de 13.000 pacientes intervenidos con tamizajes para diabetes en los trabajos de las personas en un periodo de 2 años, Oberlinner et al (2008) encuentran que el porcentaje de individuos con resultados de diabetes positivo que desconocían esta afección asciende a 11,4% para aquellos sobre 50 años. A su vez, la literatura agrega que el tamizaje de diabetes para los individuos que padecen tal afección y lo desconocen provee un beneficio a valor presente cercano a los 5 mil dólares para individuos mayores a 25 años (CDC, 1998; Li et al, 2010). En otra categoría de afecciones, Watson et al (2015) concluyen que el tamizaje y breves intervenciones sobre el abuso de alcohol en los trabajos de las personas tiene el potencial de reducir su consumo y generar eficiencias en la atención. Así, estos últimos autores calculan un ahorro neto de costos de salud y otros costos de atención de cerca de USD $500 a valor presente por persona intervenida bajo esta estrategia.

28. En Chile existen comunas caracterizadas por ser centros de trabajo que presentan una importante población flotante, donde es posible realizar este tipo de intervenciones. Por ejemplo, las comunas de Providencia y Santiago, en la Región Metropolitana, reciben diariamente a más de 1.7 millones de personas cada una (Observatorio de Ciudades UC, 2014; Paz Ciudadana, 2018). Tomando en consideración un tamizaje de 15 minutos por paciente (incluido el llenado de formularios en línea), se podrían atender a cerca de 30 pacientes por profesional al día o 600 de forma mensual. Así, un equipo de 10 profesionales por comuna podría tamizar alrededor de 70.000 pacientes al año, con costo cercano a $500 millones anuales por toda la operación (según costos MLE) y sin copago.[143] De esta manera, tomando el caso de la población flotante de las comunas de Santiago y Providencia

[142] Valores se obtienen utilizando diferencias en diferencias (metodología estadística) para un periodo de 8 años, siguiendo a más de 1.000 pacientes intervenidos.

[143] Considerando el caso de la diabetes y suponiendo que, al menos un 2,3% de estos individuos con diabetes o prediabetes desconoce su estado (Oberlinner et al, 2008; parámetros para menores de 40 años), es decir, cerca de 1600 pacientes del universo de 70.000 desconocerían la afección. A su vez, se considera que el tamizaje de diabetes para los individuos que padecen tal afección y lo desconocen provee un beneficio a valor presente cercano a los 4 millones de pesos para individuos mayores a 25 años (CDC, 1998; Li et al, 2010). Así, la operación anual genera un beneficio neto cer-

juntas, se necesita cubrir 510 mil personas más dentro de esa población para llegar a los estándares internacionales (65% de cobertura).[144] Esto implicaría un costo acumulado de aproximadamente USD 3 millones[145] y un beneficio neto cercano a los USD 37 millones.[146]

29. En vista de los antecedentes recientemente expuestos, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de implementar, por parte de MINSAL, procesos de tamizaje con equipos móviles en comunas de alta afluencia. Esto tiene como principal objetivo el fomento al atributo de accesibilidad en el nivel, mejorando ampliamente la cobertura de la APS, así como a la continuidad, generando un nuevo punto de contacto con los pacientes.

Recomendación 1.4: 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.

cano a los 6 mil millones anuales por comuna a valor presente, solo tomando en consideración una afección (diabetes).

144 Considerando la población flotante agregada de Providencia y Santiago, equivalente a 3,4 millones de personas, la población cubierta sobre el total debería aumentar 15 puntos porcentuales para acercarse a los estándares referentes, lo que totaliza 510 mil personas. En el caso de seguir el ejemplo de Clark et al (2020), alcanzando un aumento de 27pp, es decir, cubriendo cerca de 920 mil personas más. Si se considera que existe otro 80% de población flotante en el resto de las regiones, se concluye que se puede llegar a cubrir a 1,7 millones más de personas a nivel nacional.

145 Suponiendo los parámetros anteriormente mencionados, el costo de un equipo de 10 profesionales atendiendo 70 mil pacientes por comuna al año sería 500 millones de pesos por cada comuna en el mismo periodo. Así, para abarcar el objetivo de 340 mil pacientes se debería operar por 2 años y medio, con un costo estimado de USD 3 millones.

146 Considerando el caso de la diabetes y suponiendo que, al menos un 2,3% de estos individuos con diabetes o prediabetes desconoce su estado (Oberlinner et al, 2008; parámetros para menores de 40 años), es decir, cerca de 1600 pacientes del universo de 70.000 desconocerían la afección. A su vez, se considera que el tamizaje de diabetes para los individuos que padecen tal afección y lo desconocen provee un beneficio a valor presente cercano a los 4 millones de pesos para individuos mayores a 25 años (CDC, 1998; Li et al, 2010). Así, la operación anual genera un beneficio neto cercano a los 6,4 mil millones anuales por comuna a valor presente, solo tomando en consideración una afección (diabetes). De esta manera, los 2,5 años de intervención pronosticados generan un beneficio total de 32 mil millones de pesos o USD 40 millones. Descontando los costos se pronostica un beneficio neto de USD 37 millones.

30. Cabe mencionar que esta recomendación está orientada especialmente a la población en edad laboral, la cual presenta por este motivo una menor tasa de cobertura (debajo de 50%) en comparación a menores de edad y personas mayores (sobre 70%). Por ello, con la presente estrategia se busca tener un mayor contacto con dicho grupo etario, yendo a sus lugares de trabajo o cercanos a este, de manera de que en pocos minutos se pueda recabar información sobre la situación sanitaria de la persona y poder prevenir complicaciones en las afecciones de la población. Esta información podría después estar disponible tanto para el centro de atención donde esté registrada la persona, como también al mismo paciente.

Mejoras en el uso de información para la gestión de los establecimientos de APS mediante inclusión de practicantes de profesiones del área de las TIC

31. Está documentado que las tecnologías de información y comunicación (TIC) mejoran la calidad del servicio, la eficiencia en su provisión y la satisfacción de los pacientes (Beeuwkes Buntin et al., 2011). Por ejemplo, la literatura muestra que el uso de telemedicina tiene una injerencia importante en la mejora del acceso y la equidad de los servicios provistos por la APS (OCDE, 2020). Usando datos de Canadá, 97% de los pacientes recibiendo cuidados remotos vía telemedicina lo recomienda, mientras que en Dinamarca, 72% de los pacientes recibiendo este tipo de atención mejoraron su percepción de seguridad en el tratamiento (OCDE, 2020). Más aún, un aporte importante de las tecnologías sanitarias es la disposición de información valiosa para los tratamientos. En este contexto, contar con información oportuna permite mejorar los resultados clínicos, como la disminución en los errores de prescripción (Bates & Gawande, 2003) y en la readmisión hospitalaria (Fontaine et al., 2010).

32. En la literatura se documenta que la adopción de tecnologías en el sector ha sido lenta debido a las bajas competencias digitales en los profesionales (Jimenez et al, 2020). En particular para Chile, se evidencia que la información disponible en los centros de atención del nivel primario está subutilizada, según señalan diversos profesionales vinculados a Teletriage y al proyecto de Mensajería, así como directores de CESFAM y funcionarios de APS.[147] Más aún, el Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud

[147] En el caso de Teletriage, los funcionarios de los CESFAM utilizan la información de dicha herramienta para identificar mejoras en los procesos de atención, pero la información registrada no es usada para medir la cobertura de atención, ni el volumen de pacientes; En el caso del proyecto de Mensajería se encontró que un 18% de los usuarios registrados en los establecimientos no contaba con información de contacto cuando comenzó el proyecto; En el caso de los directores y funcionarios de APS, se da cuenta de que existen inconsistencias entre los registros validados que utilizan con los que trabaja FONASA. Adicionalmente, cada cierto tiempo, los mismos funcionarios clínicos deben utilizar su tiempo en validar, con sus registros internos, los valores que arroja el sistema de control (el Repositorio Estadístico Mensual REM).

(CENS), Fundación Chile (FCh),[148] literatura especializada[149] y representantes de APS, confirman la necesidad de mejorar las competencias digitales y la falta de apoyo TIC a nivel de establecimientos.[150, 151] Por su parte, en el marco del proyecto Teletriage se realizó una evaluación de competencias digitales a funcionarios de 7 CESFAM, obteniendo un promedio de solo 56% de aprobación. En esta, se destaca la necesidad de potenciar especialmente el uso y manejo de datos. En el ámbito general, se enfatiza la necesidad de contar con profesionales especializados en la materia en los establecimientos de APS.

33. Existen diversos beneficios de hacer un mejor uso de la información disponible en los establecimientos APS. En entrevistas en el marco de este proyecto, los profesionales mencionan:

a. La mejora de procesos.
b. Mejor uso del tiempo del personal.
c. Evaluación de acciones sanitarias.

34. En el caso de la mejora de procesos de atención, los entrevistados señalaron que, con la información disponible se puede identificar de forma más certera los perfiles socio sanitarios de los inscritos por zonas del territorio a cargo del establecimiento. Ello permitiría planificar mejor las salidas a terreno, una acción considerada por los entrevistados como de suma relevancia y que actualmente no es realizada de forma precisa en los establecimientos.

35. En el caso de un mejor uso del tiempo del personal, los entrevistados señalan que el tiempo del personal clínico hacia temas administrativos llega a ser significativo. Por ejemplo, la validación del Repositorio Estadístico Mensual (REM) implica un consumo de tiempo importante por parte del personal sanitario de la APS que es referente de programas.[152] En este sentido señalan que la generación de una herramienta que reduzca aquel tiempo administrativo es altamente beneficioso, ya que aumenta la disponibilidad de tiempo para realizar acciones sanitarias.

36. En el caso de la evaluación del impacto de acciones sanitarias a nivel local, los entrevistados señalan que, con la información disponible, se podrían crear herramientas sencillas que permitan a los funcionarios observar los resultados de sus acciones, tanto

148 Ver Fundación Chile (2021).
149 Ver Fontaine et al. (2010).
150 Existen catálogos de competencias digitales a nivel general, tanto en Chile como en otros países. Sin embargo, la adaptación de estas competencias a ámbitos de la salud no existe a nivel nacional. Nota técnica Fundación Chile.
151 Ver Fundación Chile (2021).
152 Referente de programa es aquel funcionario encargado de liderar un PRAPS dentro del establecimiento. Así, según primeras estimaciones, el tiempo destinado para su administración puede ser entre 5-10% de la oferta de entre una a tres jornadas por mes.

en procesos como resultados y así evaluar su impacto y mejorar las estrategias a través del tiempo.[153]

37. Dadas las restricciones de recursos, en otras entidades públicas se evidencia el apoyo TIC mediante la inclusión de estudiantes en práctica. Por ejemplo, en el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) se desarrolló un proceso de digitalización de los trámites que contó con el apoyo de estudiantes en práctica del ámbito TIC (SIMPLE). También, en varios de los Servicios de Salud se identifican llamados a prácticas de estudiantes del área TIC,[154] no obstante, esto no ocurre en el área de salud a nivel municipal.

38. En vista de los antecedentes recientemente expuestos, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación con el objetivo de posicionar de manera transversal en los centros de atención primaria (al menos CESFAM y CECOSF) perfiles del área TIC (estudiantes en práctica) que puedan apoyar a la gestión de la población a cargo mediante la generación de reportes, reducción de tiempos administrativos (de registro REM en particular) de los clínicos, levantamiento de perfiles demográficos por zonas del territorio a cargo, entre otros. Para ello, se recomienda incorporar en el PRAPS de Apoyo a la Gestión Local la inclusión de un perfil del área TIC que pueda ser capacitado en conocimiento sanitario de atención primaria. Así, siguiendo los referentes internacionales, esta recomendación se considera el primer paso para la inclusión de recursos especializados en TIC para los establecimientos, promoviendo la implementación eficiente de tecnologías sanitarias y la consecuente promoción de los atributos de *accesibilidad, coordinación* y *continuidad* en el nivel.

Recomendación 1.5: 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.

153 Mediante entrevistas se identificó que este tipo de acciones son altamente valoradas por los funcionarios de los establecimientos de salud.

154 A modo de ejemplo, Convocatoria 1 y Convocatoria 2.

Apoyo a la gestión local mediante el desarrollo de competencias y herramientas para equipos multidisciplinarios

Fomento a la promoción y prevención para equipos de atención en APS

39. Según MINSAL (2016), la promoción de la salud tiene el potencial de reducir la carga de morbilidad y mitigar el impacto social y económico de las enfermedades. En efecto, existe consenso mundial entre la relación de la promoción de salud y el desarrollo humano y económico.

40. Así, siguiendo las recomendaciones internacionales, los sistemas sanitarios deben migrar desde los enfoques individuales curativos hacia enfoques colectivos de promoción y prevención de salud (OMS, 2018; MINSAL, 2019). Esto es un impulso significativo para la APS en cuanto a la profundización del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que tiene como foco a la persona y su relación con el medio, donde la promoción y prevención son piezas medulares (MINSAL, 2020). Como se observa en la Figura 1.4, el medio de las personas de una comuna en sus dimensiones de educación, salud, vivienda, trabajo y seguridad social (determinantes de la pobreza multidimensional) tiene una fuerte correlación con el estado de salud de las mismas.[155] Por su parte, también se observa una fuerte incidencia negativa de la ruralidad comunal sobre el estado de salud de sus habitantes.

41. En la APS, la promoción y prevención de salud está presente en los programas por curso de vida, con indicadores específicos en salud en la infancia, salud en la adolescencia y juventud, salud en edad adulta, salud de las personas mayores, familia y cuidadores. Por ejemplo, en el Programa Nacional de Salud de la Infancia existen indicadores de promoción, como porcentaje de comunas que realizan actividades de promoción en población infantil o razón de madres y padres que asisten a talleres de educación para el desarrollo psicomotor de los infantes. Así también, se encuentran indicadores de prevención, como protocolos de prevención de infecciones intrahospitalarias (MINSAL, 2020).

42. Con la información disponible también es posible tener una apreciación de la efectividad de las iniciativas de promoción y prevención en la APS mediante la relación entre la tasa de hospitalizaciones evitables[156] y la cobertura del EMPA. Así, se observa una correlación negativa entre ambas variables. Es decir, una mayor capacidad para realizar iniciativas preventivas se relaciona con el control de afecciones que, de otra manera, conllevarían hospitalizaciones. Esta relación tiene significancia estadística al 1% (Ver Figura 1.5).

---

155 Correlación que presenta una significancia estadística del 1%.

156 Número de egresos hospitalarios evitables provenientes de la comuna sobre la población inscrita y validada de la comuna.

43. La promoción de salud necesita de una acción territorial en los entornos donde las personas viven, trabajan y estudian (MINSAL, 2017). Así, las acciones de salud deben ser sensibles a las situaciones locales, requiriendo el desarrollo de nuevas funciones y competencias en los profesionales de salud (MINSAL, 2017). De hecho, una barrera para el impulso a la promoción y prevención documentada en la literatura internacional es que las competencias necesarias en los profesionales clínicos difieren de las tradicionales utilizadas para el tratamiento de enfermedades. Por ejemplo, se necesita la habilidad para programar intervenciones y adaptarlas a distintos contextos sociales y económicos de los pacientes (Australian Health Promotion Association, 2009). En Chile esto cobra aún más relevancia considerando la heterogénea situación que deben enfrentar los equipos a causa de la diversas brechas que existen a nivel local asociadas a los determinantes sociales de la salud. La Figura 1.6 resume tal desafío, en especial, en zonas más vulnerables. En este caso se observa que comunas con mayor proporción de personas en condición de pobreza presentan una mayor tasa de hospitalizaciones evitables,[157] esto último es visto como una señal de urgencia para mejorar (aún más) acciones de promoción y prevención.

44. El desarrollo de competencias para estos fines ha sido un tema central en la política pública sanitaria de los países. En efecto, en 2009 se llevó a cabo la Conferencia del Consenso de Galway,[158] donde los líderes de la materia a nivel internacional colaboraron para definir las competencias básicas del ejercicio de la promoción de salud, que pueden ser clasificadas en 8 dominios (Allegrante et al, 2009):

- Gestión del cambio. Posibilitar el cambio y empoderar a las personas y a las comunidades para la mejora de su salud.
- Liderazgo. Proporcionar dirección estratégica y oportunidades de participación en el desarrollo de política pública, movilizando y gestionando recursos para la promoción de la salud.
- Apreciación. Realizar evaluaciones de necesidades y activos en comunidades.
- Planificación. Desarrollar metas y objetivos medibles en respuesta a la evaluación de necesidades y activos, identificando estrategias de intervención que se basen en el conocimiento derivado de teoría, evidencia y práctica.
- Implementación. Llevar a cabo intervenciones de manera efectiva y eficiente, culturalmente sensible y ética.
- Evaluación. Determinar el alcance, la eficacia y el impacto de los programas y políticas de promoción de la salud. Esto incluye la utilización de métodos apropiados de evaluación e investigación para apoyar las mejoras,

157 Cabe mencionar que la correlación entre ambas variables es negativa y significativa al 1%.

158 Organizada por la International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), la Society for Public Health Education (SOPHE) y la US Centers for Disease Control (CDC).

la sostenibilidad y la difusión de los programas.

- Abogacía. Abogar para y con las personas y las comunidades hacia la mejora de su salud y bienestar.
- Asociación. Trabajar en colaboración entre disciplinas, sectores y socios para mejorar el impacto y la sostenibilidad de los programas y políticas de promoción de la salud.

45. Así, el Consenso de Galway fomentó la generación de planes nacionales a favor del desarrollo de competencias para la promoción y prevención en Estados Unidos, Europa, Australia y otros (Allegrante, 2012). Por ejemplo, para el estado de New South Wales en Australia se creó en 2014 un plan de desarrollo de competencias para el personal clínico de la salud pública, que incluye la promoción y prevención como aristas principales, siguiendo los siguientes criterios (NSW Public Health, 2014):

- Demostrar comprensión de los principios y métodos de promoción de salud.
- Analizar de forma crítica para promover programas de promoción que consideren la variedad existente de determinantes de la salud.
- Apoyar la implementación de intervenciones de promoción y prevención de salud basadas en evidencia.
- Trabajar en equipo para realizar acciones de promoción y prevención de salud.

46. La literatura reciente da cuenta de estrategias eficaces para llevar a cabo estos procesos, que complementan el desarrollo de competencias habilitantes para la promoción y prevención de la salud. Una de ellas es la denominada Momentos de Aprendizaje, descritos como eventos o situaciones relacionados con la salud de las personas que sensibilizan y motivan a los pacientes a la reducción de comportamientos riesgosos para su salud como, por ejemplo, el diagnóstico de una enfermedad crónica o el embarazo. Así, el profesional clínico puede utilizar estos momentos para motivar un cambio de actitud hacia el factor de riesgo mediante tres componentes en la comunicación (Flocke et al, 2014):

- Charla diseñada para vincular la preocupación del paciente con el comportamiento de riesgo
- Charla diseñada para motivar al paciente a cambiar su comportamiento y
- Respuesta del paciente que refleje un compromiso con la modificación del comportamiento identificado

47. Así, los Momentos de Aprendizaje tienen el potencial de aumentar la efectividad de las intervenciones de promoción y prevención a bajo costo (McBride et al, 2003). Por ejemplo, estudiando a más de 11 mil pacientes de EE. UU. entre los años 1996 y 2010, Xiang (2016), muestra que el diagnóstico de enfermedades crónicas es un hecho que motiva fuertemente el cambio de comportamiento, reduciendo conductas de riesgo y

aumentando la prevención de enfermedades. Por su parte, habiendo analizado a más de 800 pacientes consumidores de tabaco bajo una muestra aleatoria, Flocke et al (2014) muestran que los pacientes que dejan el consumo de tabaco es 14 puntos porcentuales mayor cuando son atendidos por profesionales médicos entrenados bajo metodología de momentos de aprendizaje (menos de 5 horas de entrenamiento).

48. En el contexto nacional, pese a que MINSAL fomenta los apartados de promoción y prevención de salud en APS, no se encuentra evidencia de evaluaciones sobre el estado actual de las competencias específicas de los profesionales para llevar a cabo esto en el contexto nacional, ni estímulos específicos para su desarrollo. Tampoco existe evidencia de que MINSAL utilice metodologías y herramientas probadas y dispuestas en la literatura internacional.

49. En vista de los antecedentes recientemente expuestos, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de fomentar las acciones necesarias para impulsar competencias de promoción y prevención en el personal clínico acorde a los postulados del Consenso de Galway. Esto fomenta, principalmente, el atributo de *integralidad* en el nivel, potenciando el entendimiento y acompañamiento de determinantes sociales de la salud en los pacientes y, mediante este proceso, prevenir afecciones.

> **Recomendación 1.6:** 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.

50. Por su parte, la recomendación anterior puede ser complementada con una reasignación de incentivos que motiven la promoción y prevención desde el personal de la APS. Actualmente, en la APS existen dos asignaciones asociadas al mejoramiento de trato a los usuarios: La Ley 20.645 (funcionarios de APS Municipal) y la Ley 20.646 (funcionarios de establecimientos de los Servicios de Salud).

51. La Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA), previo informe de un Comité Técnico debe definir un instrumento de evaluación en ambos casos anteriores. Es obligatorio

que dicho instrumento contenga la aplicación de una encuesta de percepción del trato a los usuarios de los establecimientos.[159] En los reglamentos de las leyes se señala que la calidad de trato a los usuarios "...se relaciona directamente con la calidad de servicio y puede ser medida a través de la satisfacción percibida por los usuarios, basada en los atributos del servicio entregado".[160] Así, los factores evaluados por el instrumento deben referirse a las siguientes dimensiones del trato al usuario: empatía, presentación personal, cortesía y confianza, disponibilidad e interés y confiabilidad.[161] En este sentido, dicho instrumento puede ser modificado para incluir apartados de promoción y prevención de salud desde los profesionales.

52. De esta manera, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de incentivar a los funcionarios a realizar promoción y prevención a través de la inclusión de estas aristas en la encuesta de percepción del trato a los usuarios.

Recomendación 1.7: 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.

Promoción del trabajo en equipo en APS mediante mejoras en las competencias y la inclusión de herramientas especializadas

53. Para lograr una atención primaria integral que genere el máximo valor en la atención a los pacientes, es necesario tener una atención mediante equipos multidisciplinarios (OCDE 2020), puesto que para maximizar los resultados sanitarios es preciso comprender el contexto de la persona.[162] Así, comúnmente, las personas tienen más de un factor de riesgo[163] y sufren más de una condición crónica dentro de un contexto particular. En el caso de Chile hay 11 millones de personas con 2 o más condiciones crónicas según

159 Ver artículo 3, letra b, Ley 20.645 y artículo 3, letra b, Ley 20.646.

160 Ver artículo 2, letra d, Decreto 24 de 2013 de MINSAL y artículo 2, letra d, Decreto 25 de 2013 de MINSAL.

161 Ver artículo 3, párrafo 2°, Decreto 24 de 2013 de MINSAL y artículo 3, párrafo 2°, Decreto 25 de 2013 de MINSAL.

162 Sociales, económicos y otros. No solo la dolencia médica en particular.

163 Social y/o sanitario.

estimaciones derivadas de la ENS[164] 2017 (Margozzini y Passi, 2018). En este sentido, la literatura muestra que la multimorbilidad y las necesidades complejas son mejor comprendidas y tratadas en un esquema integral, a cargo de un equipo de profesionales de distintos perfiles y especialidades (Patel et al, 2005; O'Reilly et al, 2007).

54. Existe variada literatura que ha demostrado que la atención integral en APS aumenta sustancialmente las expectativas de mejora y de vida de los pacientes. Por ejemplo, en el caso de pacientes con diabetes, O'Reilly et al (2007) demuestran que este tipo de atención previene fallecimientos e infartos. Los autores también observaron una reducción en el riesgo relativo (RRR)[165] de 50% para la primera amputación. Por su parte, Patel et al (2005) muestran que en pacientes con asma este tipo de tratamientos reduce las hospitalizaciones en un 54%. Por otro lado, como fue mencionado, Reiss-Brennan et al (2016) evaluaron el impacto en términos de resultados sanitarios y otras dimensiones, entre la atención integral y la atención tradicional, utilizando información de 113 mil pacientes atendidos en centros primarios de Canadá durante el periodo de 2010-2013. Ellos concluyeron que la atención integral presenta una mayor detección de enfermedades mentales[166] y una mayor adherencia a programas de diabetes,[167] entre otros aspectos.

55. La atención mediante la coordinación de un equipo multidisciplinario también tiene el potencial de fomentar una mejor utilización de los recursos en la APS.[168] De hecho, la atención en equipo ha sido definida por los especialistas como una piedra angular para lograr una atención primaria eficiente (Bodenheimer et al, 2014). Mediante esta se promueve la producción de economías de escala (Mousques, 2011), reduciendo los costos productivos a través de insumos compartidos como espacios, equipamiento, recursos humanos y otros. En este sentido, Reiss-Brennan et al (2016) también encontraron que la atención integral presenta una menor tasa de utilización de urgencias,[169] una menor tasa de hospitalizaciones evitables[170] y un menor gasto en atención[171] respecto a la atención tradicional centrada en la dolencia específica y con una mirada netamente biomédica.

56. Así, se puede afirmar que la atención primaria basada en equipos multidisciplinarios tiene el potencial de generar no solo mejores resultados sanitarios, sino también mayor eficiencia. En el caso de Canadá, se ha estudiado que esta tiene el potencial de producir un incremento de 3% en el total de los pacientes atendidos y un 5% en el total de pacientes

164 Encuesta Nacional de Salud.
165 La reducción en el riesgo relativo (RRR) es el cociente entre la reducción del riesgo en el grupo de tratamiento y el riesgo en el grupo de control.
166 46% versus 24% de la tradicional.
167 25% versus 20% de la tradicional.
168 Ver Realising the Potential of Primary Health Care. OCDE Publishing, 2020.
169 18:100 versus 25:100 de la tradicional.
170 3:100 versus 4:100 de la tradicional.
171 $3,400 versus $3,515 de la tradicional.

inscritos (Somé et al, 2020). Por su parte, para Estados Unidos, Hopkins y Sinsky (2014) concluyen que la mayor eficiencia de los recursos provocada por la implementación de atención basada en equipos ocasiona una reducción del 8,5% de los costos directos por visita.

57. Según la OPS (2008), la composición de los equipos de atención varía entre los distintos países, pero generalmente se cuenta con un profesional médico de familia y de enfermería de forma basal, a los cuales se suman otros profesionales, dependiendo de los casos de los pacientes, como médicos especialistas, TENS, nutricionistas, asistentes sociales, psicólogos, entre otros. De esta manera, las tareas asignadas a cada integrante de los equipos de atención entre los países dependen de la disponibilidad de profesionales, afecciones de la población cubierta, entre otros. Por ejemplo, en el caso de Finlandia, el país cuenta con una proporción de personal médico por habitante inferior a la media de la UE, mientras que su proporción de personal de enfermería por habitante es la más alta entre dichos países. Así, el papel de estos últimos en la atención primaria se ha expandido gradualmente, contando en la actualidad con atribuciones avanzadas que les permiten generar prescripciones farmacéuticas y coordinar las atenciones.[172]

58. La heterogeneidad en la composición de los equipos también es visible en el caso chileno al analizar la organización de atención entre los establecimientos. Como fue adelantado, ello es producto principalmente, de la diversidad en la disponibilidad de los profesionales y la población a cargo. Esto último determina la canasta efectiva de servicios que se ofrecen y, por tanto, afecta la forma de programar la atención.[173] Por ejemplo, al analizar la proporción entre personal de enfermería y personal médico por comuna[174] se obtiene un promedio de 1,3 enfermeros por médico, presentando una desviación estándar de 1, máximo de 6 y mínimo de 0,2. Es decir, el valor máximo del ratio equivale a 30 veces el valor mínimo.

59. La OPS (2008) señala que, pese a la heterogeneidad anteriormente mencionada y, por tanto, la diversidad en la composición de los equipos, existen competencias básicas de los profesionales clínicos de cara a la de los equipos como unidad básica de trabajo para la atención integral. Esto, a modo de procurar la interdependencia entre los profesionales de la salud, la interdisciplinariedad, la horizontalidad, la flexibilidad, entre

172 Ver Winell K, Dedeu T. Finlandia. En: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al., Editores. Construir la atención primaria en una Europa cambiante: estudios de casos [Internet]. Copenhague (Dinamarca): Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.) 8. Disponible en: Building primary care in a changing Europe: Case studies.

173 De hecho, según MINSAL (2013), la composición de equipos de atención debe ajustarse a la población que atiende para dar respuesta a las necesidades de las personas, familias y comunidades.

174 Ver Sistema Nacional de Información Municipal. Información disponible para 256 de 345 municipalidades.

otros. Para ello, las competencias enunciadas por la OPS (2008) guardan relación con ciertos conocimientos y habilidades. Entre los primeros está, por ejemplo, el conocer y definir roles y responsabilidades dentro del equipo, conocer la red de servicios de atención en el sistema para movilizar recursos, conocer las metodologías de evaluación del desempeño, entre otros. En el caso de las habilidades están, por ejemplo, el analizar el perfil del equipo y las necesidades de salud de la población, negociar condiciones de trabajo,[175] apoyar y participar en el proceso de aprendizaje continuo de los miembros del equipo (Ver Tabla 1.3).

60. La implementación de atención basada en equipos multidisciplinarios requiere de la restructuración de una serie de factores. Entre estos están los mecanismos de apoyo institucional como, por ejemplo, modelos de gobernanza, protocolos estructurales y recursos operativos compartidos. También es necesario reestructurar los mecanismos de cultura de trabajo, tales como, competencias de profesionales clínicos en favor de trabajo en equipo,[176] estrategias de comunicación, políticas de resolución de conflictos y procesos compartidos de toma de decisiones. Adicionalmente están los mecanismos ambientales, que incluyen el entorno construido, el diseño de instalaciones y el espacio en general (Mitchel et al, 2012; Higgins et al, 2018).

61. En el contexto nacional, se ha documentado que el personal clínico de APS en Chile, en muchas ocasiones, adolecen de competencias para el trabajo en equipos multidisciplinarios (Centro de Políticas Públicas UC, 2015). De hecho, diversos estudios dan cuenta de la necesidad de contar con conocimientos y habilidades para el trabajo en equipo dentro de una matriz de competencias específicas del APS en el contexto de la atención integral en Chile (Montero et al, 2009; OPS, 2018). Sin embargo, en el marco de este proyecto, no se encontraron antecedentes sobre evaluaciones exhaustivas de las competencias enunciadas anteriormente u otras relacionadas con la atención en equipo para los profesionales en la APS chilena.

62. Además de competencias, en la literatura se identifican herramientas de coordinación (probadas) que promueven el trabajo de equipos multidisciplinarios en la atención primaria. Una de estas herramientas es el SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation), el cual es un protocolo[177] de información que consta de preguntas rápidas estandarizadas cuyo objetivo es garantizar que el personal comparta información concisa y enfocada, reduciendo la necesidad de repetición y la probabilidad de errores. SBAR es especialmente útil en un contexto de atención integral, pues resulta muy eficaz para reducir las barreras de comunicación entre diferentes disciplinas y niveles

175 Requerimiento de dotación de personas para los equipos y financiamiento.

176 Lo que debiera incorporar competencias digitales como requisitos laborales.

177 SBAR fue desarrollado originalmente por la milicia para la comunicación de submarinos nucleares, pero se ha utilizado con éxito en múltiples entornos sanitarios (Buljac-Samardzic et al, 2020).

de personal, habilitando a su vez, la búsqueda de conclusiones comunes (NHS, 2021). La literatura sobre este protocolo muestra resultados concluyentes en la mejora de la comunicación y cohesión de los equipos y en los resultados sanitarios para los pacientes (Buljac-Samardzic et al, 2020). En la atención primaria se ha demostrado que SBAR tiene el potencial de mejorar la calidad y la seguridad de atención a pacientes con afecciones que necesitan atención integral, aumentando un 33% el indicador de coordinación de los equipos para la toma de decisiones (Nguyen, 2016), generando eficiencias y mejoras en los resultados sanitarios.

63. Otra herramienta en este ámbito es el CRM (Crew Resource Management). Este es un entrenamiento[178] que evita errores humanos y mejora la coordinación de equipos. Las habilidades en que se centra esta intervención son la comunicación interpersonal, el liderazgo y la toma de decisiones (Kanki et al, 2010). La literatura muestra resultados concretos con respecto a la mejora en la comunicación de los equipos, su coordinación y la retroalimentación de errores en el entorno sanitario (Buljac-Samardzic et al, 2020). En la atención primaria, tomando en consideración pacientes con diabetes, Taylor et al (2007) concluyen que la capacitación y herramientas de CRM permiten al personal reorganizar sus procesos de trabajo, coordinando a los equipos y comunicando mejor sus acciones. Esto conlleva una disminución de las omisiones en el proceso de atención integral, mejorando los indicadores del proceso de atención de pacientes con diabetes hasta en un 9,5%.

64. El TeamSTEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety) es un sistema de trabajo en equipo orientado a optimizar el cuidado de los pacientes al mejorar comunicación y habilidades grupales entre los profesionales de la salud, incluyendo personal administrativo. (IECS, s.f.). Esta es una formación estandarizada que ha recibido atención considerable en la literatura médica de la última década. Pese a que anteriormente su aplicación estuvo concentrada en el entorno hospitalario, en la actualidad existe evidencia sobre la efectividad de este método en la atención primaria. Shen et. al (2020) muestran que utilizando TeamSTEPPS para enseñar habilidades específicas de liderazgo, comunicación, monitoreo de situaciones y otros al equipo clínico de APS (personal administrativo, enfermeros, médicos), se observan mejoras sustantivas, más que duplicando los niveles previos a la intervención en indicadores de planeación estratégica del equipo, trabajo en equipo y comunicación efectiva, cuyos resultados son mantenidos en el tiempo (5 años). A su vez, se observan mejoras en otros indicadores como satisfacción de los pacientes y satisfacción laboral del personal. De forma directa, lo anterior es conducente a mejoras en resultados sanitarios. Siddons y Potter (2016) muestran que el uso de TeamSTEPPS en atención primaria mejora a casi el doble los

178 Que partió en la aeronáutica.

indicadores relativos a evaluación de peso y asesoramiento para niños y adolescentes, terapias para enfermedades vasculares y tamizaje y seguimiento de la depresión, además de otros resultados positivos.

65. En Chile solo se identifica la Fundación para la Seguridad del Paciente ofreciendo la alternativa de TeamSTEPPS como única oferta de herramientas que favorecen la gestión de equipos multidisciplinarios.[179]

66. Así bien, no existe evidencia de la aplicación masificada de este tipo de herramientas en Chile. Por ello, resulta necesario fomentar competencias transversales que induzcan el trabajo en equipos multidisciplinarios ad-hoc a la realidad local y entregar herramientas de coordinación que sean adaptadas y utilizadas por los distintos equipos de APS.

67. A raíz de los antecedentes mencionados, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de que, en una primera instancia, MINSAL evalúe el estado actual de las competencias para el trabajo en equipo de los funcionarios clínicos en la atención primaria. En segunda instancia, analice qué ofertas de capacitación son más atingentes al contexto nacional con respecto a su desarrollo. Por último, se busca promover capacitaciones para reducir las brechas mediante la creación de un nuevo componente en el PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).

> **Recomendación 1.8:** 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.

68. Por su parte, el Consejo de la CNEP también propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de que MINSAL promueva la incorporación de herramientas de coordinación entre los miembros de los equipos de atención, para que dichos equipos puedan otorgar una atención de mayor calidad, atendiendo a la integralidad de los tratamientos y hacer un uso más eficiente de los recursos. Esto último requiere capacitar a los miembros de los equipos en alguna estrategia de coordinación como las identificadas previamente. La forma de implementación que se propone es mediante la

[179] Ver Temario TeamSTEPPS.

modificación de un componente dentro del PRAPS de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).

Recomendación 1.9: Solicitar al Ministerio de Salud evaluar y determinar qué alternativas sobre herramientas de coordinación de equipos disponer a nivel 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.

Determinación de IAAPS y Metas Sanitarias a nivel central

Mejoras en la elaboración del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS)

69. Un indicador es un instrumento que provee información de un determinado proceso, o respecto del logro de una cierta situación, actividad o resultado. Luego, la ponderación de distintos indicadores conforma un índice, entregando información de fácil lectura sobre el problema en estudio. Así, el uso de indicadores e índices en atención primaria es valorado por los sistemas sanitarios, evidenciándose su uso rutinario a nivel internacional. En efecto, en el año 2015 se creó una asociación[180] mundial, con participación de la OMS y el Banco Mundial, denominada The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). El PHCPI se desarrolló bajo "...la creencia que la atención primaria es la piedra angular del desarrollo sostenible y que la mejora de la atención primaria comienza con una mejor medición".[181] El objetivo de esta iniciativa es monitorear y entregar información a los sistemas[182] de atención primaria, promover la rendición de cuentas y fomentar mejoras continuas en el nivel primario.

70. La correcta determinación de indicadores de desempeño para la atención primaria permite mejorar procesos de atención como también resultados sanitarios (Ramalho et al., 2019), aumentando así la prevención de salud. Por ejemplo, el seguimiento exhaustivo

180 PHCPI se creó en 2015 a partir de la asociación de la Fundación Bill & Melinda Gates, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, en colaboración con Ariadne Labs y Results for Development, junto con la UNICEF.

181 Cita tomada y traducida de la página web de la iniciativa.

182 Son diversos los territorios de distintos continentes los que están asociados a esta iniciativa. África subsahariana, Sur de Asia, Medio Oriente y norte de África, Latino América y el Caribe, Europa y Asia Central, Este del Asia y el Pacífico.

de indicadores de procesos clínicos en la presente contingencia sanitaria por COVID-19 en Cataluña mostró un empeoramiento de los resultados al inicio de la pandemia a causa de las restricciones de movilidad (por ejemplo, disminución de los controles para pacientes hipertensos, diabéticos, entre otros) (Coma et al, 2020). Dado los riesgos en las complicaciones para las afecciones de los pacientes, el seguimiento de los indicadores permitió tomar acciones para aminorar estos efectos.

71. En el contexto nacional, MINSAL determina anualmente el *aporte per cápita* hacia los municipios que administran APS acorde a los criterios establecidos en el artículo 49, párrafo 1, de la Ley 19.378. Dos de estos criterios son: "El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna" y la "Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, con base en una evaluación semestral". Así, dicho ministerio, a través de la SSRA (específicamente, la División de Atención Primaria, DIVAP), elabora el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS) para evaluar si las prestaciones y/o acciones vinculadas al *aporte per cápita*[183] fueron otorgadas adecuadamente en los establecimientos municipales.[184] Para ello analiza el grado de cumplimiento acumulado de las metas vinculadas al IAAPS.[185] Dependiendo del nivel de cumplimiento, el aporte per cápita puede sufrir rebajas[186] en el mes subsiguiente a cada evaluación,[187, 188] a excepción de diciembre. Es decir, al año, cada municipio puede sufrir 3 rebajas como máximo. Estas rebajas varían entre 0 y 20% dependiendo del nivel de cumplimiento conjunto de los indicadores.

---

183 Las prestaciones y/o acciones de salud del Plan de Salud Familiar.

184 Al respecto, el decreto que determina el aporte estatal o per cápita para 2021 señala lo siguiente: "Que, el aporte estatal que por este decreto se determina, requiere conocer la cantidad de prestaciones y/o acciones efectivamente realizadas, a fin de evaluar los resultados de los establecimientos municipales de atención primaria de salud. El proceso para tomar conocimiento de esa cantidad de prestaciones y/o acciones, se ha implementado en las 322 comunas, por lo que es posible conocer las prestaciones y/o acciones realizadas, aplicándose para tales efectos, un Índice de Actividades de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), que cuenta con los correspondientes indicadores de actividad evaluados en estrategias de las redes integradas de servicios de salud (RISS), de producción, de cobertura y de impacto y un sistema de evaluación de cumplimiento, esquematizado para estos efectos en diferentes tramos" (considerando 12, Decreto 29 de 2021 de MINSAL).

185 En general, en abril se busca el 15%, en julio el 50%, en septiembre el 70% y en diciembre el 100% (MINSAL, 2019).

186 Según la evidencia analizada, el estándar en los países referentes es no efectuar rebajas presupuestarias.

187 Acerca de esto, el decreto que determina el aporte estatal o per cápita para 2021 indica lo siguiente: "La rebaja total al aporte estatal mensual de la respectiva entidad administradora de salud municipal, correspondiente a cada período se aplicará en el mes subsiguiente que corresponda" (artículo 2, párrafo 4°, letra e), Decreto 29 de 2021 de MINSAL).

188 En el caso de la evaluación de enero-abril la rebaja aplica en junio; para enero-julio la rebaja aplica en septiembre y para enero-septiembre en noviembre (MINSAL, 2019).

72. Así, el IAAPS "...opera como un conjunto de indicadores que permite evaluar el funcionamiento integral de la atención primaria desde la perspectiva de las Redes Integradas de Servicios de Salud ..."[189] A 2021, el IAAPS es una colección de 18 indicadores[190] agrupados en 4 secciones:

- De estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS[191]), para evaluar el grado de cumplimiento del modelo organizacional RISS. En este caso los indicadores son dos.[192]
- De producción, para evaluar ciertos procesos específicos de atención. Hay ocho indicadores para este caso.[193]
- De cobertura efectiva, para evaluar una o múltiples acciones preventivas y curativas en objetivos sanitarios específicos. En este caso los indicadores son seis.[194]
- De impacto, para evaluar el resultado de acciones preventivas en ciertos objetivos sanitarios, para los cuales hay dos indicadores.[195]

189 MINSAL (2019), p. 1.

190 Algunos de estos indicadores se abren en subindicadores (por grupo etario, por ejemplo), lo que en la práctica se traduce en un total de 21 indicadores.

191 La estrategia RISS es recomendada por la OPS. Esta busca abordar los temas de fragmentación del sistema de salud. La OPS define esta estrategia como "... una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve" (OPS (2010), p. 11).

192 Para 2021, un indicador es el porcentaje de centros de salud de la comuna autoevaluados que cumplen con el desarrollo del modelo de atención MAIS; el otro se abre en dos indicadores, uno es el porcentaje de establecimientos que cumplen con un funcionamiento de 12 horas en los días hábiles (08:00 a 20:00) y de 4 horas los sábados (09:00 a 13:00) y el otro es el porcentaje de fármacos trazadores disponibles. En todos los casos la meta nacional es 100%. En el caso del primero es sobre "... el 100% de autoevaluación vigente en los centros comprometidos ...".

193 Para 2021, entre los indicadores está la "Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año", cuya meta nacional es de 1,2 consultas al año; Otro es el "Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario)", cuya meta nacional es de 90%; otros son de cobertura, como el de evaluación del desarrollo psicomotor a personas entre 12 y 23 meses que estén bajo control (meta nacional del 95%), como también el de cobertura de EMP a personas sobre los 20 años (meta nacional de 25% a personas entre 20 y 64 años y meta nacional de 55% para mayores de 65 años).

194 Para 2021, entre los indicadores se encuentran el de cobertura efectiva para mayores de 15 años con Diabetes Mellitus 2 y con Hipertensión Arterial. En este caso cada meta nacional guarda relación con el porcentaje de la población controlada respecto a la prevalencia esperada en la población. En el caso de la DM2 la meta nacional es de 28,3% y en el caso de la HTA es de 43%. También está el indicador asociado a la cobertura de la vacunación contra la influenza, en este caso se mide como el porcentaje de las personas de los grupos objetivos que fueron vacunados respecto al total de la población inscrita objetivo. En este último caso la meta nacional es de 80%.

195 Para 2021, un indicador es la proporción de personas menores de 3 años libre de caries en población inscrita (meta nacional de 60%) y el otro indicador es la proporción de personas menores de 6 años

73. En la literatura internacional distintos autores[196] e instituciones[197] sugieren diversos criterios para seleccionar indicadores para la atención primaria. Estos criterios pueden consolidarse en las siguientes aristas: *Factibilidad, Validación, Importancia, Pertinencia* y *Aceptación.*

74. La *Factibilidad* implica contar con información rutinaria (verificable) que permita evaluar el desempeño en cuestión. En el caso del IAAPS la información actual cumple con la factibilidad, dado que la rebaja al aporte per cápita se aplica a nivel nacional a causa de los indicadores; ello da cuenta de un estándar mínimo factible. En este caso, la información principal se registra en el Registro Estadístico Mensual (REM).

75. La *Validación* implica contar con evidencia científica documentada que destaque la importancia sanitaria que está relacionada al indicador. En el caso del IAAPS algunos indicadores están relacionados a los objetivos sanitarios,[198] los cuales a su vez cuentan con información que, en algunos casos, está sustentada en estudios científicos, pero en otros, son afirmaciones sin evidencia clara que la sustente.[199]

76. La *Importancia* implica evidenciar la relevancia de política pública[200] que tienen las actividades vinculadas al indicador. En el caso del IAAPS, existen indicadores de producción que tienen como única justificación ser parte del proceso de atención de la APS, pero no presentan fundamento vinculado a impacto sanitario[201] o relevancia de otra índole.[202]

---

con estado nutricional normal (meta nacional de 60%).

196 Ver Mainz (2003) y Campbell et al (2010), por ejemplo.

197 Ver Royal Statistical Society (2005), United States Institute for Medicine (2006), National Health Service (2017), OCDE (2004).

198 Gobierno de Chile (2011).

199 Por ejemplo, en el caso de la cobertura efectiva de HTA (indicador que está en el IAAPS como en las metas sanitarias y de mejoramiento de la atención), el objetivo es "Aumentar la sobrevida de las personas que presentan enfermedades cardiovasculares", el cual a su vez, es uno de los objetivos asociados a la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. En esta última se cita un estudio de la OMS de 2004 que afirma que la reducción en la mortalidad cardiovascular en países desarrollados se atribuye a acciones de prevención, entre otros, pero que en el caso de Chile resulta paradójico pues los factores de riesgo siguen iguales o son peores y aun así también se observa una tendencia descendente en la mortalidad por ECV. El documento sugiere la hipótesis que "... podría deberse a el tiempo etiológico requerido por los factores de riesgo para expresar sus efectos sobre la producción de morbilidad, como también por una mejoría en el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud, junto a mejores condiciones sociales y económicas de la población" (Gobierno de Chile (2011), p. 51). La misma estrategia señala que las ECV son la principal causa de muerte en Chile.

200 Sanitaria como de otra índole.

201 La mayoría del personal APS, municipal y de servicio de salud, entrevistados en el marco de este estudio son críticos de varios indicadores del grupo de producción. En general señalan que orientan demasiados esfuerzos sin saber en qué impactan o por qué es relevante llevar a cabo dicha actividad.

202 Entiéndase, es relevante para la ciudadanía y/o el diseñador de política (OCDE (2004)).

77. La *Pertinencia* implica justificar si el objetivo sanitario puede ser influenciado de manera relevante por la realización de las acciones que están detrás del indicador. La literatura sugiere que es fundamental[203] destacar este punto, considerando que la salud de la persona depende también de determinantes que escapan del accionar del equipo de atención primaria (por ejemplo, factores socioeconómicos). En el caso del IAAPS, si bien algunos indicadores[204] son comunes comparando con otros sistemas primarios de atención, no se logra identificar en los documentos relacionados a la elaboración de estos (a los que pudo accederse)[205] una descripción de la pertinencia de realizar dichas acciones por parte de la APS.

78. La *Aceptación* implica contar con la validación del equipo ejecutor de las acciones detrás de los indicadores. Algunos autores sugieren que, además de evidencia, la aceptación se logra al incorporar y hacer parte del proceso de elaboración a los ejecutores directos de las acciones sanitarias.[206] En el caso de Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención[207] MINSAL elabora las metas anualmente con el apoyo de una mesa de trabajo.[208] En el caso del IAAPS no se identifica a nivel central apoyo de alguna instancia similar.[209]

79. Así, se evidencia que, si bien la elaboración del IAAPS satisface en gran medida la *Factibilidad*, el resto de los criterios mencionados se cumplen someramente para algunos indicadores, o bien, no se cumplen. Por ejemplo, a partir del año 2017 se comienza el

---

203 Ver OCDE (2004).

204 Coberturas (efectivas) de diabetes como hipertensión son las más comunes.

205 Por ejemplo, MINSAL (2013), (2016), (2017), (2018) y (2019) (documentos para 2020-2022 son desconocidos).

206 Smith, Peter C., et al., eds. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge University Press, 2009.

207 Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención son Indicadores que están vinculados a los beneficios colectivos de los funcionarios municipales de la APS mediante la Ley 19.813.

208 El MINSAL (DIVAP) Realiza la propuesta de metas sanitarias, en mesa de trabajo tripartita con representación gremial y municipal" (MINSAL (2018), p. 34).

209 Sobre el asunto, el decreto que determina el aporte estatal o per cápita para 2021 solo menciona que el IAAPS "... cuenta con los correspondientes indicadores de actividad evaluados en estrategias de las redes integradas de servicios de salud (RISS), de producción, de cobertura y de impacto y un sistema de evaluación de cumplimiento, esquematizado para estos efectos en diferentes tramos que en su formulación..."se ha incorporado para este ejercicio, como principio orientador, la Estrategia de las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), a fin de fortalecer la integración y coordinación de los establecimientos del sistema de salud, procurando mejorar de manera sostenida el acceso, calidad, trato y oportunidad de las prestaciones y/o acciones, en pos de brindar servicios de salud equitativos e integrales a la población beneficiaria, en el marco del modelo integral de salud familiar y comunitario"(considerandos 12. y 13., Decreto 29 de 2021 de MINSAL). Como es posible advertir, el decreto no señala cómo es elaborado el IAAPS. Por su parte, la orientación técnica IAAPS MINSAL para 2019 solo indica criterios generales para la selección de sus indicadores (MINSAL (2019)).

seguimiento de patologías odontológicas a menores de 6 años, a modo de prevenir este tipo de afección que actualmente son consideradas enfermedades crónicas. Para ello, se implementó un indicador relacionado con la proporción de niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita. No obstante, en la Orientación Técnica IAAPS MINSAL (2021) no se argumenta ni presenta evidencia científica que sustenta el control de este grupo específico de la población y su relación con mejores resultados sanitarios, ni la relevancia del seguimiento de este grupo con respecto a otras alternativas. Entendiendo la relevancia que puede tener el tema, en los documentos no queda claro la razón tras la elección de patologías dentales en vez de otras afecciones y en su defecto, tampoco es clara la selección de caries en vez de otros problemas odontológicos, ni la razón para enfocarse en menores de 3 años, en vez de otra edad. Razones que permitirían entender la priorización de una acción como esta.

80. En el plano concreto de la medición del desempeño de la atención primaria municipal, entre 2005 y 2018 el nivel de cumplimiento del IAAPS fue superior al 80% para más del 90% de las comunas que administran la APS (Ver Figura 1.7). Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) sugiere que los principales factores de riesgo y morbilidad de la población se han mantenido o aumentado entre 2010 y 2017. Por ejemplo: (a.) aumento de 25% a 34% en el caso de la obesidad (mórbida incluida), (b.) aumento de 27% a 28% en posibles casos de hipertensión arterial, (c.) aumento de 9% a 12% en posibles casos de diabetes mellitus tipo 2, entre otros. Lo anterior, toda vez que los determinantes sociales de la salud de la población mejoraron consecutivamente en el mismo periodo. Tomando en consideración el indicador de pobreza multidimensional provisto por la encuesta CASEN, el cual recoge dimensiones de educación, salud, trabajo, seguridad social y vivienda, este disminuyó en casi 9 puntos porcentuales entre 2009 y 2017, desde 27,4% a 18,6% (MDSF, 2020). Así bien, no es directo ligar el resultado del IAAPS con mejores condiciones sanitarias para la población.

81. Para complementar el punto anterior se correlaciona el grado de cumplimiento IAAPS comunal[210] con dos indicadores de resultados sanitarios propuestos para Chile por el Banco Mundial (2018): autopercepción de estado de salud mediante CASEN y hospitalizaciones evitables. Se tiene que en ambas variables existe una correlación débil y no significativa con respecto al grado de cumplimiento del IAAPS (Ver Figura 1.8). Es decir, con los antecedentes considerados no es posible concluir que el IAAPS tenga injerencia en resultados sanitarios de la población.

[210] Al respecto, el decreto que determina el aporte estatal o per cápita para 2021 señala que Çonforme lo previene la letra q) del artículo 23 del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Servicio de Salud respectivo dictará la correspondiente resolución para la fijación de las metas de las comunas de su competencia, previa visación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales" (artículo 2, párrafo 4°, letra e), Decreto 29 de 2021 de MINSAL).

82. La principal conclusión que se obtiene de este análisis es que existen espacios de opacidad en la manera como MINSAL determina los indicadores y metas nacionales del IAAPS: sus fundamentos (sobre todo evidencia y pertinencia) son poco claros.[211] Si bien el IAAPS tiene asociado la elaboración del documento Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud IAAPS Orientación Técnica y Metodología de Evaluación,[212] este se circunscribe a la descripción normativa y procedimental para la fijación y rendición a nivel comunal. En este mismo documento se enuncian los criterios utilizados para la selección de los indicadores, los cuales no guardan relación con los expuestos anteriormente, a excepción de la *Factibilidad*.[213] En general, no se evidencia de manera sistémica el impacto o relevancia de los indicadores sobre otras alternativas.

83. En un contexto amplio, los actos de las entidades públicas, sus fundamentos[214] y procedimientos deben ser, por regla general, públicos[215, 216] Además, los documentos que sirvan de sustento o complemento directo y esencial, la información elaborada con

211 Ni la Ley 19.378 ni su Reglamento General abordan explícitamente los indicadores y metas nacionales del IAAPS. Si bien estos han sido establecidos a lo largo de los últimos años en los decretos que determinan el aporte estatal o per cápita, estas normas no detallan sus motivos.

212 Por ejemplo, MINSAL (2019).

213 Específicamente, estos son: (1.) que se enmarquen en objetivos sanitarios; (2.) que consideren la estrategia RISS como modelo organizativo del sistema; (3.) que den cuenta de los procesos de la Atención Primaria, los cuales enfatizan el cuidado de la salud a través del curso de vida, basándose en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario; (4.) que conduzcan al cumplimiento de las garantías GES en relación a los problemas de salud abordados en Atención Primaria; (5.) que en su conjunto den cuenta de evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos; (6.) que para la construcción de los indicadores se considere la población inscrita validada para establecimientos municipales y ONGs en convenio, y la población beneficiaria estimada para los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud; (7.) que estén incorporados en sistemas de registro (REM) minimizando el uso de monitoreos especiales (MINSAL (2019)).

214 En relación con la fundamentación de los actos de la Administración, la Corte Suprema ha señalado que esta "...no busca cumplir con una mera formalidad más o menos rutinaria, sino que exige una exposición clara y completa de los motivos del acto administrativo de que se trata, lo que importa un examen riguroso de las razones que lo sustentan y un análisis concreto de sus fundamentos. Además, la motivación debe incluir una relación circunstanciada de los fundamentos de la decisión indispensables para evaluar su razonabilidad y proporcionalidad ...(considerando 10°, Sentencia Rol 20.713 de 2020). Por su lado, la CGR ha indicado que "... el principio de juridicidad exige que los actos administrativos tengan una motivación y un fundamento racional, expresados en los mismos, que sustenten la conclusión respectiva ..." (Dictamen 90 de 2021) y que "...el principio de juridicidad en un concepto amplio y la autoridad, pues en tal caso, resultarían arbitrarios y por ende ilegítimos" (Dictamen 1.235 de 2021).

215 Artículo 8, párrafo 2°, Constitución Política de la República.

216 En la misma línea, la Ley 18.575 indica que la función pública debe ser ejercida con transparencia, de manera que permita y promueva el conocimiento de los procedimientos, contenidos y fundamentos de las decisiones que son adoptadas en ejercicio de ella (artículo 13, párrafo 2°, Ley 18.575) y la Ley 19.880 establece que el procedimiento administrativo debe ser realizado con transparencia, de manera que permita y promueva el conocimiento, contenidos y fundamentos de las decisiones que son adoptadas en él (artículo 16, párrafo 1°, Ley 19.880).

presupuesto público y toda otra información que esté en poder de aquellas, cualquiera sea su formato, soporte, fecha de creación, origen, clasificación o procesamiento, deben ser también, por regla general, públicos.[217] Respecto de las políticas, planes, programas, acciones y presupuestos de las entidades públicas, estas deben poner en conocimiento público información relevante acerca de ellas y asegurar que esta sea oportuna, completa y ampliamente accesible. Dicha información debe ser publicada en medios electrónicos u otros.[218] Como es posible notar, el acceso a información pública es fundamental para que las personas puedan incidir en la gestión estatal y controlar sus compromisos y resultados.[219] Por esta razón, el Estado debe "... garantizar que todos los aspectos de la forma en que el gobierno y servicios públicos son administrados y operados, estén abiertos al eficaz escrutinio público y a la supervisión de la sociedad (transparencia). Ello debe ir acompañado de la progresiva expansión de espacios de diálogo, participación y deliberación en conjunto con la ciudadanía y de apertura a la necesaria colaboración que se requiere para encontrar mejores soluciones a problemas públicos cada vez más complejos, aprovechando el potencial y energías disponibles en vastos sectores de la sociedad y, por qué no, en el mercado".[220] Sin embargo, hoy, fuera de los decretos anuales y de las orientaciones técnicas, no se logró identificar información que sustente fehacientemente el conjunto de indicadores, ni tampoco su priorización sobre otras posibles alternativas.

84. En vista de los argumentos presentados, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de incluir en el Reglamento General de la Ley 19.378 la obligatoriedad de explicitar los fundamentos de los indicadores y metas nacionales del IAAPS, requiriendo evidencia y pertinencia. Estos conceptos buscan cubrir los criterios de *Validación, Importancia* y *Pertinencia*. Así, si la evidencia y pertinencia es adecuada, entonces, el conjunto de indicadores debería ser aceptado por quienes llevan a cabo las actividades y por consiguiente las acciones que están detrás pasan a ser valoradas y consideradas necesarias de llevar a cabo por parte del personal APS. Además, el aseguramiento de que la construcción de indicadores cuente con evidencia científica promueve de forma directa la eficiencia y eficacia del nivel primario.

Recomendación 1.10: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el artículo 3 del Reglamento General de la Ley 19.378 y añadir lo siguiente:

217 Artículo 5, Ley 20.285.
218 Artículo 71, Ley 18.575.
219 MINSEGPRES (N.d.).
220 Ramírez (2010), p. 125.

> "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."

85. Cabe señalar que, además, el exigir *transparencia, evidencia* y *pertinencia* en estos términos implica, para MINSAL, y DIVAP en particular, demostrar que realizan un ejercicio adecuado de identificación y priorización de indicadores y fijación de metas nacionales. A nivel central, se considera que este ejercicio rutinario induce a orientar de manera más eficiente los recursos disponibles y a nivel local, valida ante los funcionarios las acciones de prevención que se solicitan. Así, esta recomendación no involucra recursos adicionales, porque se subentiende que dicho ejercicio ya lo realiza MINSAL, solo faltaría publicar el fundamento detrás de la decisión.

86. También, para reforzar el concepto de *Aceptación*, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República, con el objetivo de incluir en el reglamento el apoyo en la elaboración del IAAPS de representantes de las entidades involucradas en la gestión de la APS y expertos: MINSAL, Servicios de Salud, municipios, funcionarios de APS y expertos sanitarios. Con ello se busca evidenciar, validar y fundamentar con todos los involucrados la propuesta de indicadores previa implementación.

> **Recomendación 1.11:** Solicitar al Ministerio de Salud modificar el 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."**

87. Como alternativa a la Recomendación 1.11, si se desea hacer imperativa la consulta a la comisión asesora o mesa de trabajo,[221] el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República, la cual tiene por objetivo incluir en el DFL 1 de 2006 de MINSAL la obligatoriedad de convocar Consejos Consultivos para el cumplimiento de la función de MINSAL relacionada con la definición de objetivos sanitarios nacionales, en el entendido que la determinación de los indicadores y metas nacionales asociados al IAAPS está vinculada, al menos indirectamente, con el ejercicio de dicha función.

Recomendación 1.12: 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."

Mejoras en la determinación de las metas comunales asociadas al Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS)

88. Cada año MINSAL debe determinar el aporte per cápita basal mediante decreto fundado,[222] el cual debe precisar todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del aporte. Así, para 2021, el decreto señala que el Servicio de Salud respectivo debe fijar las metas de las comunas de su territorio con relación al IAAPS.[223] Por tanto, las metas fijadas a nivel central que aparecen en el decreto son la referencia para la determinación de las metas que servirán para la evaluación del desempeño de

221 Es necesario destacar en este contexto que la CGR ha señalado que "...no corresponde que por la vía del reglamento se establezca una instancia que derive en una condición no prevista en la ley, para que ese cuerpo colegiado pueda efectuar su labor asesora, como acontece, por ejemplo, con lo previsto en la parte final del párrafo primero de la letra f) del artículo 1° del documento en análisis, en tanto dispone que el informe del Consejo Asesor a que se refiere esa disposición "... servirá como antecedente técnico" de las recomendaciones del aludido Consejo Nacional" (Dictamen 12.857 de 2014).

222 Por ejemplo, ver el Decreto 29 de 2021 de MINSAL.

223 Los decretos que determinan el aporte estatal o per cápita para 2018, 2019 y 2020, señalan lo mismo.

la atención primaria. Cabe mencionar que dentro del decreto se hace mención a que las metas a nivel comunal deben estar alineadas con las metas a nivel central.[224]

89. Es atribución del Servicio de Salud respectivo fijar las metas a nivel comunal del IAAPS por medio de una resolución.[225] En dicha resolución el servicio respectivo fija las metas para cada comuna anualmente. Por tanto, para un mismo indicador puede existir metas distintas entre comunas de un mismo territorio.

90. En resoluciones[226] sobre fijación de metas IAAPS de ciertos servicios aparecen argumentos similares a los esgrimidos en las orientaciones respecto a los criterios de selección de los indicadores. Es decir, son argumentos normativos y procedimentales, más que de evidencia y pertinencia. Por otro lado, en las mismas resoluciones no se observa una mayor justificación acerca de los compromisos de las comunas, específicamente, sobre por qué la meta difiere de la fijada a nivel nacional. En otros casos tampoco se observa una justificación del por qué no se aplica un cierto indicador y meta a cierta comuna, entendiendo que para algunas puede no ser pertinente que se les aplique. En resolución de 2011[227] se hace mención en los vistos a "Actas de Negociación IAAPS", lo que permitiría conocer los argumentos que puede tener cada comuna para diferir sobre la meta a alcanzar y su aplicabilidad, sin embargo, no se encuentran dichas actas y se desconoce si aún existen.

91. En conclusión, existe poca claridad en la forma como los Servicios de Salud determinan las metas comunales del IAAPS: las motivaciones de estas (sobre todo evidencia y pertinencia) son poco inteligibles. En el contexto de este proyecto no ha sido posible conocer algún documento que regule esta materia desde el nivel central, tampoco desde los servicios.

---

224 "La meta fijada a cada comuna: (1) No podrá ser inferior numérica ni porcentualmente a la lograda el año anterior para el mismo indicador en la misma comuna. (2) Si el resultado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada en el presente decreto, la meta se incrementará, a lo menos, en la mitad de la diferencia o brecha existente respecto a la meta nacional. (3) Si el resultado del indicador el año anterior es superior a la meta nacional fijada en el presente decreto, se deberá justificar en caso de no mantener o incrementar dicha meta, de acuerdo a los lineamientos técnicos emanados desde el nivel central".

225 Por ejemplo, ver el artículo 2, párrafo 4°, letra e), del Decreto 29 de 2021 de MINSAL: Çonforme lo previene la letra q) del artículo 23 del decreto con fuerza de ley Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Servicio de Salud respectivo dictará la correspondiente resolución para la fijación de las metas de las comunas de su competencia, previa visación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales".

226 Por ejemplo, ver: Resolución Exenta 1.787 de 2017 del Servicio de Salud Coquimbo; Resolución Exenta 1.406 de 2013 del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio; Resoluciones Exentas 1.910 de 2011 y 2.277 de 2018, ambas del Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins; Resoluciones Exentas 722 de 2016, 2.376 de 2017, 1.741 de 2018 y 1.906 de 2019, todas del Servicio de Salud Maule.

227 Resolución Exenta 1.910 de 2011 del Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins.

92. En vista de lo anterior, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de obligar al respaldo de los argumentos detrás de los compromisos de las metas comunales mediante evidencia. También se requiere justificar cuando se considera que no es pertinente aplicar un indicador a una comuna en particular. Así, se espera que la mayor transparencia en la determinación de las metas comunales fomente la eficiencia en el encausamiento de las acciones de la APS.

Recomendación 1.13: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el 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."

Elaboración de metas sanitarias nacionales y de mejoramiento de la atención para la APS comunal

93. Más allá del IAAPS, MINSAL también establece anualmente las Metas Sanitarias Nacionales y de Mejoramiento de la Atención[228] (MSMA) para el conjunto de entidades administradoras de salud municipal mediante resoluciones exentas[229, 230] las cuales posteriormente son adaptadas por los Servicios de Salud a las comunas de su territorio. En este caso, el grado de cumplimiento de estas metas condiciona la entrega de una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo a los funcionarios de la APS. Esto, con el objetivo de incentivar acciones sanitarias consideradas a nivel central relevantes de efectuar en el ámbito primario.

94. Para la formulación de las MSMA, MINSAL debe considerar las prestaciones y actividades involucradas junto con los resultados que emanen de su cumplimiento.[231] Sin embargo,

228 Artículo 4, número 1, Ley 19.813.

229 Las resoluciones exentas no deben ingresar a la CGR para la aplicación del control preventivo de juridicidad o "toma de razón".

230 Por ejemplo, ver resoluciones exentas, todas de MINSAL: 940 de 2003; 888 de 2004; 871 de 2005; 621 de 2006; 931 de 2007; 666 de 2008; 929 de 2013; 832 de 2015; 1.111 de 2016; 1.065 de 2017; 993 de 2018; 790 de 2019; 539 de 2020; 700 de 2021.

231 Artículo 6, Decreto 324 de 2003 de MINSAL.

la evidencia (recolectada para este proyecto) no es clara en relación con cuáles son los resultados que MINSAL espera al fijar las MSMA. Por ejemplo, las resoluciones exentas analizadas[232] señalan resultados esperados mediante afirmaciones generales,[233] sin entrar en detalle sobre el nivel de impacto o evidencia que generarían dichas acciones. En el caso de las prestaciones y/o actividades, estas se pueden inferir a partir de la determinación y construcción de los indicadores (presentes en las resoluciones respectivas).

95. Por otro lado, el documento Orientaciones Técnicas Metas Sanitarias 2019 de MINSAL,[234] el cual tiene por objetivo orientar a los establecimientos municipales acerca de los indicadores y las metas que se buscan, menciona como antecedente y fundamentación para algunos de los indicadores, que estos están en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud.[235] Los otros indicadores que no fundamentan mediante el argumento anterior citan otros documentos o entidades, tales como la OMS y en algunos casos (los menos) presentan evidencia de la coyuntura, no así del impacto esperado de las medidas ni pertinencia.

96. Si bien, este documento entrega más argumentos que las resoluciones analizadas, el uso de evidencia científica y relevancia de las acciones (sobre otras alternativas) y pertinencia de dichas acciones, no es rutinario ni claro. Esto último es de suma relevancia, considerando que se debe fomentar y motivar la realización adecuada de dichas acciones. Ello cobra aún más relevancia cuando la evidencia sugiere un empeoramiento a través del tiempo de condiciones sanitarias vinculadas a algunos de estos indicadores. Por ejemplo, mientras la Resolución Exenta 888 para 2005, como la Resolución Exenta 1.111 para 2017, tienen entre sus indicadores la cobertura efectiva de diabetes,[236] por otro lado la tasa de mortalidad por diabetes (por 100 mil habitantes) para el mismo periodo aumentó desde 20,8 a 26,0 (Ver Figura 1.9).

---

232 1.065 de 2017; 993 de 2018; 790 de 2019; 539 de 2020; 700 de 2021.

233 Algunos resultados esperados de ciertas metas son: "Fortalecer la prevención secundaria del rezago en primera infancia", "Reforzar y expandir el modelo de intervención de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales en párvulos y escolares", "Reducir las complicaciones en personas con diabetes".

234 Ver MINSAL (2018). Cabe mencionar que existen versiones anteriores del documento (por ejemplo, ver MINSAL (2015); (2018)). Se buscaron versiones más actualizadas, encontrándose una de 2021 en una página web no gubernamental que solicitaba un pago de 10 dólares para descargar. En el sitio web de MINSAL no se encontró el documento.

235 Consiste en un plan desarrollado por MINSAL para definir las prioridades sanitarias y la direccionalidad del sector en pos del cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década. Ver Gobierno de Chile (2011).

236 Si bien los indicadores cambiaron (marginalmente) entre ambos periodos: en el caso de la Resolución Exenta 888 de 2004 se cubre desde los 20 a 64 años, mientras que la Resolución Exenta 1.111 de 2016 desde los 15 años en adelante.

97. En términos operativos y a diferencia del IAAPS, este documento señala que MINSAL realiza la propuesta de MSMA en una mesa de trabajo tripartita con representación municipal y gremial,[237] sin embargo, ni la Ley 19.813 ni su reglamento regulan la mesa de trabajo,[238] por lo que no existe total claridad respecto del sustento normativo de la mesa, ni de su funcionamiento.[239]

98. En vista de lo expuesto y en línea con la Recomendación 1.10, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de transparentar mediante publicación oficial, los argumentos, procedimientos e insumos utilizados para sustentar el establecimiento de las MSMA y el actuar de la mesa de trabajo, en pos de la eficiencia y eficacia de las acciones y resultados buscados por las metas. Así, se propone dejar en claro en su Reglamento esta necesidad.

Recomendación 1.14: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el 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."

99. El Consejo estima que, a partir de esta modificación al reglamento, las acciones y prestaciones podrían orientarse mejor, aumentando la precisión del ejercicio de identificación y priorización de los indicadores y fijación de metas por parte de MINSAL y la mesa de trabajo. Así, es posible avanzar en mayor *transparencia, evidencia* y *pertinencia* en el proceso.

237 MINSAL (2018), p. 34.

238 No obstante que la CGR ha validado la posibilidad de conformar grupos de trabajo (ver Dictamen 14.571 de 2018).

239 En el sitio web de MINSAL no fue posible encontrar actas de sus sesiones o informes respectivos.

100. Si bien, en el caso de las MSMA el sustento y validación del equipo está más presente respecto al IAAPS, sigue siendo relevante solicitar transparencia en el proceso de elaboración de las metas,[240] como también solicitar evidenciar impacto y justificar mejor la pertinencia del indicador. El exigir *transparencia, evidencia* y *pertinencia* en estos términos implica para MINSAL y la mesa de trabajo, tener que demostrar que realizan un ejercicio adecuado de identificación y priorización de los indicadores y fijación de metas. Este ejercicio rutinario induce a orientar de manera más eficiente los recursos disponibles.

Mejoras en el establecimiento de metas sanitarias nacionales y de mejoramiento de la atención para la APS comunal por parte del Servicio de Salud

101. Como se mencionó previamente, las metas e indicadores definidos a nivel central por MINSAL y la mesa de trabajo (en el contexto de MSMA) son adaptadas a las comunas por el Servicio de Salud respectivo. Así, las entidades administradoras de salud municipal (o sus establecimientos, según corresponda) del territorio del Servicio de Salud respectivo deben cumplir las metas específicas y regirse según los indicadores de actividad que permitan la medición del cumplimiento de dichas metas. Estas metas específicas deben ser determinadas según la capacidad concreta de cumplimiento de la entidad administradora de salud municipal respectiva (o sus establecimientos, según corresponda).[241]

102. El director del Servicio de Salud respectivo debe requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo (CTC) para fijar las metas de cumplimiento anual.[242, 243] En este sentido, el CTC debe levantar actas de sus sesiones y emitir un informe final de sus proposiciones.[244] En el contexto de este proyecto se concluye que la información de las actas e informes de los CTC es de difícil acceso, pudiendo incluso no existir. A la fecha se logró identificar solo un acta de un CTC,[245] que está en línea con las buenas prácticas sugeridas respecto a transparencia y evidencia, aunque, a razón de la Recomendación 1.10, Recomendación

240 No solo en la determinación de los indicadores y sus metas asociadas, sino también sobre el proceso de la mesa de trabajo.

241 Artículo 4, número 2, párrafo 1°, Ley 19.813 y artículo 7, párrafo 1° y 2°, Decreto 324 de 2003 de MINSAL.

242 Artículo 4, número 2, párrafo 2°, Ley 19.813 y artículo 8, párrafo 1°, Decreto 324 de 2003 de MINSAL.

243 El CTC debe estar integrado por el director del Servicio de Salud, quien debe presidirlo, por el director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad.

244 Artículo 9, Decreto 324 de 2003 de MINSAL.

245 Ver Servicio de Salud Coquimbo (2020).

1.14 y las referencias internacionales, es necesario reforzar con mayor evidencia que las actividades ligadas a los indicadores sean relevantes y pertinentes.[246]

103. Al finalizar el trabajo del CTC el Servicio de Salud respectivo aprueba las metas específicas mediante una resolución exenta. Sin embargo, no se observa que los servicios dispongan públicamente dicha información. Tampoco se observa en la resolución argumentos que acompañen a las metas comunales.

104. En vista de los antecedentes expuestos, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de transparentar mediante publicación oficial el proceso por el cual son determinadas las metas e indicadores comunales, junto con justificar pertinencia y sustentar con evidencia las decisiones sobre los compromisos comunales. Para ello se propone dejar en claro en su Reglamento la necesidad de esto.

Recomendación 1.15: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el 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."

105. El Consejo considera que la transparencia y las consideraciones de evidencia y pertinencia son fundamentales para el adecuado ejercicio de identificación y priorización de los indicadores y fijación de metas por parte del Servicio de Salud respectivo y su CTC. Esto permitiría orientar de manera más eficiente las acciones y prestaciones a

246 Por ejemplo, el acta en cuestión describe un proceso de negociación donde se evidencia compromisos para la fijación de metas, pero no se observa consistentemente una justificación respecto de estas. En algunos casos se hace mención a temas ajenos al establecimiento (problemas con la distribución de insumos). En otros casos, el CTC solicita disminuir las metas en comunas específicas, sin argumentación de las razones para llevar esto a cabo.

nivel primario, pues al requerir transparencia en estos términos implica para el Servicio de Salud respectivo y su CTC, tener que demostrar que realizan un ejercicio adecuado de identificación y priorización. Cabe mencionar que lo sugerido no involucra mayores recursos, en el entendido que muchas de estas acciones ya se realizan de manera rutinaria, solo que ahora se pide transparentar y fundamentar las decisiones.

Revaluación del IAAPS y las MSMA e inclusión de indicador de hospitalizaciones evitables

106. A los indicadores ya enunciados derivados del IAAPS y las MSMA para las entidades administradoras de salud municipal, se suman los vinculados a PRAPS,[247] PMG,[248] COMGES[249] y municipales.[250] Así, en promedio, una administradora de salud municipal puede tener asociado más de 80 indicadores.[251] Esta cifra se encuentra por sobre los sistemas referentes, como España, Reino Unido y Canadá, cuyo volumen no supera los 50.[252] Esto sugiere la necesidad de revisar en general el volumen de indicadores que se vinculan a la APS.

107. Por otro lado, a partir de la evidencia presentada, también se identifica la necesidad que los indicadores y sus metas orienten mejor las acciones preventivas en la APS, considerando que la evidencia de una década sugiere que, mientras muchas de las comunas cumplían las metas, la condición sanitaria de la población, en especial la asociada a factores de riesgo y enfermedades crónicas se mantuvo o empeoró.

108. También, según la evidencia revisada y entrevistas,[253] se advierte poca relevancia de indicadores pertinentes para la APS, como los vinculados al atributo de Accesibilidad,[254] junto con una sobrepoblación de indicadores relacionados a producción,[255] donde algunos de estos últimos son considerados por los entrevistados poco relevantes y pertinentes para la APS. Más aún, según lo señalado por profesionales de Servicios de Salud, mu-

247 Acrónimo de Programa de Reforzamiento de la APS.

248 Acrónimo de Programa de Mejoramiento de la Gestión.

249 Acrónimo de Compromisos de Gestión.

250 Asociados al plan comunal.

251 Entre IAAPS y MSMA se contabilizan 24 indicadores (existen 3 iguales), además, los indicadores vinculados a PRAPS pueden llegar a ser sobre los 70 por comuna. Además, habría que considerar PMG, COMGES y metas municipales.

252 Por ejemplo, ver Canadian Institute for Health Information (2016) y NHS (2021).

253 A representantes locales y de nivel central, como también a expertos sanitarios.

254 Los representantes a nivel central y local de APS, junto a expertos del área, tienen críticas a indicadores de producción como el número de consultas por inscrito o la tasa de visita domiciliaria, por ejemplo.

255 Los representantes a nivel central y local de APS, junto a expertos del área, tienen críticas a indicadores de producción como el número de consultas por inscrito o la tasa de visita domiciliaria, por ejemplo.

nicipios y establecimientos, hacer seguimiento al importante volumen de indicadores existentes genera una excesiva carga de trabajo. Por tanto, esta situación también sugiere la necesidad de evaluar no solo la calidad de los indicadores sino también la cantidad de estos mismos.

109. Por otro lado, el indicador Hospitalizaciones Evitables (HE) indica los casos que ingresan al hospital y que debieron ser resueltos en la APS. Este es uno de los indicadores que recurrentemente se analiza a nivel internacional,[256] (utilizado por los referentes de atención primaria[257]) pues se vincula directamente con la APS (*Accesibilidad, Continuidad*). En el contexto nacional este indicador no es seguido oficialmente de forma rutinaria, sin embargo, ya se han realizado investigaciones respecto a las hospitalizaciones evitables.[258] Así, existiría factibilidad para elaborar, evaluar y validar rutinariamente el indicador. Asimismo, el Banco Mundial (2018) propuso la inclusión de indicadores de hospitalizaciones evitables para medir resultados de la APS en Chile.

110. Teniendo en vista los antecedentes anteriores, el Consejo de la CNEP propone las siguientes recomendaciones a la Presidencia de la República. La primera con el objetivo que MINSAL, junto con la comisión asesora o mesa de trabajo propuesta en la Recomendación 1.11, revalúen los actuales indicadores y metas nacionales asociados al IAAPS, con el fin de analizar el volumen, como la fundamentación y pertinencia de estos.

> **Recomendación 1.16:** Solicitar al Ministerio de Salud revaluar 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 1.11.

111. De manera análoga, el Consejo también recomienda que MINSAL y la mesa de trabajo (citada en las orientaciones técnicas para 2019[259]) revalúen los actuales indicadores y metas asociados a las MSMA, con el mismo fin anterior.

> **Recomendación 1.17:** Solicitar al Ministerio de Salud revaluar la pertinencia de los actuales indicadores y metas del artículo 4, número 1, de la Ley 19.813, Metas Sanitarias Nacionales y de Mejoramiento

256 Ver por ejemplo, Godard-Sebillotte et al (2021), Barker et al (2017), OCDE (2020), Gygli et al (2021).
257 Ver por ejemplo NHS Digital.
258 Universidad San Sebastián para proyecto APS de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (2021).
259 MINSAL (2018), p. 34.

de la Atención, con el apoyo de la mesa de trabajo que recibe la propuesta del Ministerio de Salud (División de Atención Primaria).

112. Por último, considerando las buenas prácticas identificadas y lo propuesto por el Banco Mundial (2018) para el país, el Consejo también recomienda la incorporación del indicador pertinente a hospitalizaciones evitables, con el fin que sirva para orientar acciones que buscan potenciar el acceso y la continuidad en la atención. Cabe mencionar que en el marco de este estudio se estimó el impacto de las hospitalizaciones evitables en dimensiones como tasa de mortalidad, consumo de recursos en el nivel hospitalario e impacto de ciertas acciones resolutivas que reducen dichas hospitalizaciones.[260]

Recomendación 1.18: 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.

Proceso de validación y ratificación de convenios PRAPS a nivel central

Mejoras en la determinación anual de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) por parte de MINSAL

113. En 1990, en el contexto de una determinación política de MINSAL dirigida a favorecer la estrategia de atención primaria, apareció el Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS). Hasta 1994, buscó solucionar las dificultades más apremiantes de acceso, capacidad resolutiva y cobertura asistencial. Por ejemplo, la atención médica inmediata fuera de los horarios de los CGU dio lugar al componente SAPU.[261] A mediados de los noventa se añadieron PRAPS ligados al ámbito de la gestión.[262] A través del tiempo, el financiamiento de algunos como Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) o Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA), ha sido traspasado al aporte per cápita; otros

260 Ver sección 3: Infraestructura TIC y Civil para una mejor gestión en la APS.

261 El PRAPS SAPU fue establecido en 1990. Todos los servicios de urgencia relacionados con la atención primaria son financiados mediante PRAPS: SAPU, SAR, SUR.

262 UCh (2005).

PRAPS han desaparecido[263] y otros aún permanecen. Los programas financian actividad realizada tanto por las administradoras municipales como los Servicios de Salud.

114. La ejecución de los PRAPS implica un mayor gasto a nivel territorial, el que es financiado (en el caso municipal) mediante un aporte complementario al per cápita.[264] La Ley de Presupuestos respectiva es la que contempla esta adición de recursos: aportes estatales adicionales (mecanismo de pago prospectivo por prestación) que complementan el aporte per cápita[265] para secundar la actividad de la atención primaria. Los recursos para PRAPS deben asignarse sobre la base de convenios. Estos deben suscribirse por los Servicios de Salud y las entidades administradoras de salud municipal. En los convenios deben estipularse acciones a desarrollar, metas, plazos, forma de rendir cuenta, asignación y reglas de reasignación de recursos, en concordancia con los PRAPS e instrucciones aprobadas por MINSAL.[266] Así, los PRAPS representan cerca del 25% de los recursos que el nivel central destina a la atención primaria.[267] Para el año 2021 el monto (aproximado) destinado a PRAPS fue de 685 millones de dólares.

115. Al 2022,[268] existen 36 PRAPS[269] y cada uno determina actividades específicas que propenden a fortalecer el progreso de la APS.[270] Hay programas orientados a la actividad de urgencia primaria (SAPU, SAR, SUR) mientras que otros refuerzan actividades ligadas al PSF vinculado al aporte per cápita.[271] También existe un programa para mejoras a la infraestructura. Algunos, por su parte, apuntan a objetivos más específicos, como el apoyo en la atención con foco en migrantes. Incluso existe uno ligado al MAIS.

116. De estos 36 PRAPS, hay al menos 26 (generalmente los asociados a producción) que reciben el financiamiento en dos cuotas. La primera se entrega una vez aprobado el convenio por el Servicio de Salud respectivo, mientras que la segunda[272] está sujeta a rendición de cuentas y cumplimiento de indicadores.

117. A 2020 existen 12 PRAPS que cuentan con la evaluación ex ante y seguimiento de MDSF,[273] mientras que desde el año 2000 existen 17 PRAPS que han sido evaluados ex

263 Por ejemplo, el PRAPS Fondo de Incentivos.
264 Artículo 56, párrafo final, Ley 19.378.
265 MINSAL (2022).
266 DIPRES (2022).
267 Ver BCN (2018); MINSAL (2011), (2017) y (2022).
268 Según información proporcionada por DIVAP para este estudio.
269 Algunos programas que DIVAP considera como PRAPS tienen otras líneas de financiamiento, distintas al programa presupuestario Atención Primaria de MINSAL. Por ejemplo, el PRAPS Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo.
270 MINSAL (2022).
271 Por ejemplo, adulto, joven, odontológico, etc. Según análisis de la CNEP existen 13 PRAPS que se pueden vincular directamente con el Plan de Salud Familiar (PSF).
272 Equivalente entre el 30-60% del monto total del financiamiento.
273 Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

post, 6 de estos en 2020. Si bien, estos procesos de elaboración y evaluación permiten una formulación más adecuada de algunos programas, aún persiste poca claridad y fundamentación en otros. Por ejemplo, algunos entrevistados son críticos respecto de la estimación de los montos que financian algunos programas:[274] en general consideran que están subestimados.

118. En línea con la necesidad de transparentar mejor los fundamentos y decisiones de la autoridad, se puede señalar que, si bien, los PRAPS expresan elementos para entender la política sectorial correspondiente, no todos ellos presentan antecedentes argumentados de forma clara, siendo la fundamentación de los programas altamente heterogénea. En algunos casos existe evidencia del impacto de las acciones que fomenta el programa,[275] mientras que en otros la justificación es vaga y general.[276]

119. También por el lado operativo de la entrega de recursos existe opacidad, pues no ha sido posible identificar los criterios asociados a la distribución de recursos de PRAPS entre las comunas seleccionadas.[277] Así, no es posible comprender las razones del por qué un municipio recibe (o no) financiamiento para un PRAPS, ni tampoco por qué se asigna dicho monto.

---

274 En el contexto del estudio, representantes y ex-funcionarios municipales de salud mencionan costos asociados a los programas, por ejemplo, vinculados a retrasos en la entrega de recursos, lo que obliga la reasignación de recursos municipales. También puede darse que los recursos contemplados para recursos humanos no alcanzan para contratar al profesional en cuestión. El estudio de 2015 de la Escuela de Salud Pública (UCh) señala lo mismo a partir de entrevistas a representantes comunales.

275 Esto se debe a que algunos de los PRAPS son evaluados de manera ex ante por MDSF. Por ejemplo, el PRAPS Espacios Amigables Para Adolescentes donde se menciona evaluación con contra factual y métodos estándares de evaluación.

276 Por ejemplo, el PRAPS Capacitación y Formación de la Atención Primaria en la Red Asistencial. Este es un programa que fomenta la formación del personal, pero sin mencionar qué tipo de capacitación o formación, ni evidenciar el impacto de estas en los objetivos establecidos, como, por ejemplo, sobre la calidad de los servicios. El programa solicita, entre otras, "... entregar herramientas teórico-prácticas que favorezcan la consolidación del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario...". También requiere "... entregar herramientas teórico-prácticas en concordancia con los Planes Comunales de Formación".

277 En entrevistas con ex funcionarios de DIVAP se menciona que es desde nivel central donde se toma la decisión de distribución de recursos hacia las comunas. En el contexto de este estudio, la CNEP no ha encontrado documentos que aborden los criterios de asignación de recursos entre comunas. En correo electrónico del 24 de junio de 2021 se preguntó a DIVAP sobre los criterios de asignación y de estimación de los montos totales, el cual nunca tuvo respuesta. Lo mismo se consultó a DIPRES, si bien, quedaron en responder, tampoco hubo respuesta. Por otro lado, se volvió a preguntar a representantes de Servicios de Salud vinculado al área APS quienes confirman lo mencionado por el ex-funcionadio de DIVAP acerca que los montos y su distribución vienen definidos desde nivel central, pero desconocen las razones de los montos.

120. Acorde a entrevistas con representantes de municipios y establecimientos APS, junto con representantes de Servicios de Salud, se concluye que, en promedio, cada municipio tiene entre 20 y 25 convenios al año relacionados a PRAPS. Esto se traduce (por motivo de rendición de cuentas) en la incorporación de, aproximadamente 100 indicadores[278] adicionales a cumplir.[279] De acuerdo con el Banco Mundial (2018), se tendría un potencial máximo de 250 indicadores.

121. En vista de los argumentos presentados, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de transparentar la fundamentación (*evidencia* y *pertinencia*) de los PRAPS, mediante publicación y actualización oficial de la información respectiva. Lo anterior promueve, a su vez, la eficiencia y eficacia en la asignación de los programas y el cumplimiento de los objetivos de estos.

Recomendación 1.19: 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".

122. El Consejo estima que este nivel de transparencia, evidencia y pertinencia conduce a un adecuado ejercicio de identificación y priorización de los programas de reforzamiento, lo que redunda en un uso mejor y más eficiente de los recursos disponibles. Para esto, se recomienda complementar la Ley 19.378, dejando claro en su Reglamento que el Ministerio de Salud debe permitir y promover el conocimiento del procedimiento para la determinación de los programas de reforzamiento, sus montos y distribución de estos entre las comunas, junto con la mayor evidencia posible del impacto de las acciones que refuerzan los programas.

123. Vale la pena destacar que, atendiendo a restricciones temporales en el presente estudio, se priorizó la búsqueda de una mejora en la gestión y fundamentación de los PRAPS. Sin embargo, no se evaluaron los indicadores asociados a cada programa.

---

278 A partir de la información recabada se estima un promedio de 5 indicadores por PRAPS. La mayoría de estos indicadores guarda relación con procesos y en algunos casos con finanzas.

279 Además de los indicadores asociados al IAAPS y MSMA.

Mejoras para la latencia en la firma de los convenios asociados a los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS)

124. Los convenios asociados a los PRAPS, para la asignación de los recursos respectivos, deben suscribirse por los Servicios de Salud con las entidades administradoras de salud municipal de su territorio. Mediante la identificación de algunas resoluciones exentas aprobatorias de dichos convenios, por parte de los Servicios de Salud[280] y conversaciones con representantes de estos y municipios, se evidencia que, en algunos casos, transcurre un tiempo considerable entre el momento en que comienza el año y la fecha en que el convenio es aprobado por el servicio de salud. Cuando esto ocurre, se produce un retraso promedio en el traspaso de la primera cuota de recursos de 4 meses, alcanzando incluso los 7 meses.[281, 282]

125. Las resoluciones exentas aprobatorias de los convenios PRAPS revisadas de distintos Servicios de Salud, comunas y años dan cuenta de una enorme heterogeneidad en el plazo transcurrido para la aprobación. Esto sucede hasta para los mismos convenios PRAPS entre diversas comunas. Como se observa en la Tabla 1.4, la dictación de dichas resoluciones se concentra en abril, pero variando desde enero a julio.

126. Por otro lado, se destaca una baja estandarización de los convenios revisados, inclusive considerando el mismo programa entre distintos años y comunas. Así, la baja estandarización supone una mayor carga para la revisión de los convenios, contribuyendo a la latencia mencionada con anterioridad. Por ejemplo, tomando en consideración el PRAPS Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria de Salud para el año 2021, se destacan notablemente las diferencias entre los formatos para los convenios utilizados por el Servicio de Salud Coquimbo (convenio entre dicho servicio de salud con la Municipalidad de Coquimbo, 2021) y el Servicio de Salud Araucanía Sur (convenio entre dicho servicio de salud con la Municipalidad de Temuco, 2021). Con respecto a este último, difiere también del formato utilizado para el año previo (2020).

127. El atraso en la entrega de recursos tiene diversos impactos. Representantes municipales señalan, por un lado, que afecta la continuidad de ciertas prestaciones vinculadas

280 Ver, por ejemplo: Resolución Exenta 1.835 de 2019 de SS Arica; Resolución Exenta 3.200 de 2018 de SS Viña del Mar-Quillota; Resolución Exenta 904 de 2020 de SSMS; Resolución Exenta 1.905 de 2021 de SS Concepción; Resolución Exenta 4.342 de 2020 de SS Chiloé.

281 Se debe considerar que, para efectos presupuestarios, los recursos que financian los PRAPS, en lo teórico, deberían estar disponibles a principio de año. Sin embargo, la aprobación de los convenios por parte de los Servicios de Salud sugiere que la gran mayoría se valida entre abril y mayo del año en curso.

282 El convenio se entiende totalmente tramitado cuando el servicio de salud correspondiente lo aprueba mediante una resolución exenta (MINSAL (2022)). Esto es importante porque, en general, cuando los recursos asociados a un PRAPS son transferidos en cuotas, los Servicios de Salud respectivos deben transferir la primera a la total tramitación del acto aprobatorio del convenio.

a los programas. En otros casos, obliga al municipio a reasignar recursos propios para apoyar la continuidad de la atención. Adicionalmente, ciertos representantes opinan que cuando la continuidad es afectada, los menores plazos para implementar el programa, junto a la rendición de cuentas, induce a una actividad menos efectiva.[283]

128. Una alternativa para agilizar la firma de los convenios es el uso de herramientas digitales. Así, se tiene que el 91% de los Servicios de Salud dispone de firma electrónica.[284] Sin embargo, solo el 18% tiene una política de gestión documental por escrito y el 46%, un procedimiento estandarizado para digitalizar sus documentos.[285] Por el lado de las municipalidades, no se ha encontrado información oficial sobre el uso de firma electrónica.[286] Según lo manifestado en las entrevistas con representantes municipales, existe conocimiento de su existencia pero no del tipo de empleo que se le da.

129. La Transformación Digital en los Órganos de la Administración del Estado tiene como propósito agilizar la gestión de documentos. El Instructivo 1 de 2019 del Presidente de la República señala que se debe utilizar una plataforma gratuita, llamada DocDigital[287] para gestionar comunicaciones oficiales. Actualmente, esta plataforma solo permite distribuir documentos que ya están firmados, sin embargo, se espera[288] que para el segundo semestre del año 2022 se implemente un Gestor Documental que permita la modificación, la gestión de versiones, como también la firma de documentos distribuidos en línea.

130. Así, en vista de los argumentos presentados, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de estandarizar los convenios y reducir los tiempos de latencia de la firma de estos entre los Servicios de Salud respectivos y sus municipios. De esta manera, se reduciría el impacto negativo ocasionado por el atraso en el traspaso de recursos sobre la capacidad de la atención primaria y la reasignación de recursos municipales.

> **Recomendación 1.20:** 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

283 Por ejemplo, no se alcanza a priorizar adecuadamente las atenciones, otorgando atenciones a personas que son menos prioritarias.

284 A partir de conversaciones con representantes de GobDigital y Servicios de Salud se concluye que dicha firma electrónica es provista por entidades privadas y no por GobDigital. Aún más, vía transparencia activa se corrobora que los Servicios de Salud no han celebrado intensivamente convenios de firma electrónica estatal con SEGPRES.

285 Ver: CameronPartners (2020).

286 Vía transparencia activa se concluye que el 44% del universo de municipios ha celebrado un convenio con SEGPRES para habilitar la firma electrónica estatal, no obstante, ello no asegura su uso.

287 Ver DocDigital.

288 Según lo manifestado en entrevista con la División de Gobierno Digital de SEGPRES.

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.

131. Junto con la recomendación anterior, el Consejo considera necesario reforzar la estrategia vinculada a Gobierno Digital a modo de fomentar la tecnologización de convenios y otros contratos en la APS, por ello se propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República.

Recomendación 1.21: 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.

Resumen de Hallazgos

Hallazgo: Teletriage

Hallazgo 1.1: Teletriage es una estrategia de gestión clínica implementada como piloto a mediados de 2020 en dos CESFAM y ampliada el 2021 a 12 de estos establecimientos, pertenecientes a 7 comunas del país. Capacitando y ocupando TIC, esta estrategia permite priorizar la solicitud de citas en la APS en función de criterios clínicos y mantener un contacto continuo con el usuario.

Hallazgo 1.2: La implementación de Teletriage ha generado beneficios tanto para los establecimientos en cuanto a la agilización en los procesos y mejoras en la eficiencia de los recursos, como para los pacientes, flexibilizando la toma de horas para atención, añadiendo consultas remotas y mejorando la cobertura. En concreto, 1 de 3 solicitudes se resuelve de manera remota, donde 9 de 10 remotas consiste en atenciones que toma menos tiempo que una consulta de telemedicina, por ser atenciones relacionadas a aclaraciones, recetas o solicitud de otro tipo de documentación. Se estima que por causa de este uso más eficiente de los recursos la oferta de tiempo de atención puede incrementarse cerca de un 20%.

Hallazgo 1.3: Junto con la implementación de la estrategia de Teletriage a nivel de establecimientos, resulta fundamental realizar el soporte y mantenimiento de la plataforma a medida que dicha estrategia va escalando. Así, en las entrevistas realizadas se prospecta su inclusión en Hospital Digital.

Hallazgo 1.4: Según estimaciones CNEP, bajo un escenario la implementación nacional de Teletriage permitiría un aumento potencial de 2,9 millones de citas médicas anuales más. Esto, mediante un uso más eficiente del tiempo del personal clínico (quién(es) y cómo se atiende), asignando el tiempo adecuado de atención (consulta, control, aclaración, seguimiento, etc.) y definiendo la modalidad de esta (presencial o remota). A su vez, la evidencia conjunta de REM y de los pilotos de la estrategia sugiere que la cobertura en personas en edad laboral -entre 15 y 59 años- podría aumentar en 13pp, desde 44% a un 57%. Posibles causas de este aumento de cobertura viene dado por el mayor número de canales de comunicación (web, chats,

mensajería, correo electrónico) y la posibilidad de programar la cita. La implementación nacional implicaría un costo operacional anual equivalente al 1,8% del presupuesto de la APS en 2022.

Hallazgo: Gestión de citas

Hallazgo 1.5: La proporción de citas programadas y no realizadas está entre 10-20%, explicado por la no presentación y cancelación de la cita. En el caso de la no presentación implica una pérdida cercana al 6% del presupuesto anual de la APS a 2022 (US$180 millones).

Hallazgo 1.6: MINSAL desarrolló un plan piloto de mensajería para la gestión de citas para el programa cardiovascular entre los años 2015 y 2018. El piloto de mensajería generó una reducción de la tasa de no presentación en hasta 5 puntos porcentuales, así como la reducción de cancelación entre 4 y 6 puntos porcentuales. Ello permitiría incrementar la proporción de citas programadas atendidas sobre 5 puntos porcentuales.

Hallazgo: Tamizaje a la población flotante

Hallazgo 1.7: La tasa de cobertura de la APS en Chile es de aproximadamente 50%, mientras que referentes internacionales muestran tasas por sobre el 65%. En el caso chileno las principales brechas están en los jóvenes y adultos (alrededor de 40%). La cobertura es relevante pues es la primera condición para que la prevención sea efectiva. En este sentido, los datos para Chile muestran una correlación positiva entre la cobertura y la prevención de salud, así como también una correlación positiva, y estadísticamente significativa, entre cobertura y el estado de salud de las personas.

Hallazgo 1.8: Existe evidencia internacional de mejoras en la cobertura de hasta 39 puntos porcentuales mediante módulos de atención primaria móviles realizando tamizajes (Glass et al, 2017). Mediante esta estrategia, por ejemplo, Oberlinner et al (2008) encontró que 11,4% de los adultos tamizados en sus lugares de trabajo desconocían tener diabetes. Una estrategia costo efectiva es que dichos

módulos realicen tamizajes según lo sugerido por OMS y en centros neurálgicos con alta población flotante.

Hallazgo: Competencias y herramientas para los equipos locales

Hallazgo 1.9: Diversos funcionarios de APS, expertos en la materia (CENS, FCh y otros) y encuestas realizadas (bajo el proyecto Tele-triage) señalan brechas en el uso de TIC para la gestión a nivel de establecimientos.

Hallazgo 1.10: El fomento al uso de TIC para la gestión de los establecimientos tiene el potencial de mejorar los procesos de atención, reducir el tiempo administrativo de los recursos clínicos y potenciar la evaluación del impacto de acciones a nivel local (Beeuwkes Buntin et al., 2011). A nivel nacional se evidencia que la inclusión de apoyo TIC en entidades públicas mediante estudiantes en práctica de carreras afines ha generado impacto (SENAMA: proyecto SIMPLE).

Hallazgo: Fomento a la promoción y prevención para equipos de atención en APS

Hallazgo 1.11: OMS (2018) como OCDE (2020), entre otros, señalan que los sistemas sanitarios deben migrar desde los enfoques individuales curativos hacia enfoques colectivos de promoción y prevención. Esto es un impulso significativo para la APS en cuanto a la profundización del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) y las iniciativas de promoción y prevención en los programas por curso de vida, entre otros. Un ejemplo inmediato del impacto de una APS con mayor capacidad preventiva guarda relación con las denominadas hospitalizaciones evitables. Con datos a nivel comunal (SINIM, CASEN) se observa una correlación negativa y estadísticamente significativa (al 1%), entre iniciativas de prevención (EMPA en particular) y hospitalizaciones evitables.

Hallazgo 1.12: Hace más de una década existe consenso internacional relativo a que las competencias necesarias para la promoción y prevención de los profesionales clínicos de la APS difieren de las tradicionales utilizadas para el tratamiento de afecciones particulares. La experiencia internacional muestra resultados positivos del

desarrollo de competencias y metodologías habilitantes para estos efectos. Por ejemplo, Flocke et al (2014) muestran que el número de pacientes que dejan el consumo de tabaco es 14 puntos porcentuales mayor cuando son atendidos por profesionales médicos entrenados bajo la metodología denominada como momentos de aprendizaje. En el ámbito nacional esto resulta relevante considerando el rol de los determinantes de la salud sobre diversas patologías agudas como crónicas. A modo de ejemplo, a partir de datos comunales (SINIM, CASEN), se observa una fuerte correlación entre dimensiones de educación, salud, trabajo y seguridad social y vivienda, con el estado de salud de las personas. Cabe mencionar que no se encontró evidencia sobre la evaluación ni fomento específico de estos apartados por parte de MINSAL.

Hallazgo 1.13: En la actualidad existen dos asignaciones asociadas al mejoramiento de trato a los usuarios: La Ley 20.645 (funcionarios de APS Municipal) y la Ley 20.646 (funcionarios de establecimientos de los Servicios de Salud). La Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA), previo informe de un Comité Técnico debe definir un instrumento de evaluación en ambos casos. Este debe contener la aplicación de una encuesta de percepción del trato a los usuarios de los establecimientos. Así, es factible fomentar la promoción y prevención desde el personal de salud mediante la inclusión de estas aristas en dicho instrumento.

Hallazgo: Promoción del trabajo en equipo en APS mediante mejoras en las competencias y la inclusión de herramientas especializadas.

Hallazgo 1.14: Existe evidencia de que los resultados sanitarios para los pacientes en un contexto de atención integral se maximizan cuando dicha atención es llevada por equipos multidisciplinarios: reducción 50% de amputación a diabéticos (O'Reilly et al, 2007); reduce en 54% las hospitalizaciones de asma (Patel et al, 2005); reducción de 25% en hospitalizaciones evitables (Reiss-Brennan et al, 2016), entre otros. Más aún, la atención en equipo tiene el potencial de generar eficiencias en la atención, reduciendo un 8,5% de los costos directos por visita, según datos de Estados Unidos (Hopkins y Sinsky, 2014).

Hallazgo 1.15: Un desafío para la organización de los equipos multidisciplinarios en la APS es la composición heterogénea de los equipos, evidenciable entre países (OPS, 2008), así como también entre establecimientos dentro de Chile. Esto último se observa al tomar en consideración la proporción entre profesionales de medicina y enfermería por establecimiento, donde el valor máximo es 30 veces el mínimo (considerando 582 establecimientos de APS). Así bien, pese a la mencionada heterogeneidad, la OPS (2008) detalla la existencia de conocimientos y habilidades básicas para el trabajo en equipo en APS. En el contexto nacional, estudio del Centro de Políticas Públicas UC (2015) señala la existencia de brechas en este tipo competencias.

Hallazgo 1.16: Más allá de las competencias, conocimientos y habilidades para el trabajo en equipo, estudios internacionales sugieren herramientas probadas para la coordinación de equipos multidisciplinarios en APS. Algunas de estas son: SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation), CRM (Crew Resource Managment) y TeamSTEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety). En el contexto nacional, no se encontró evidencia sobre la aplicación masiva de algunas de estas herramientas (o similares). Más aún, su oferta es limitada.

Hallazgo: Índice de Actividad de la APS (IAAPS)

Hallazgo 1.17: Para la OMS y el Banco Mundial, entre otros, una atención primaria robusta comienza con una mejor medición de sus acciones y resultados (PHCPI, 2015). La correcta determinación de indicadores tiene el potencial de mejorar los procesos de atención y los resultados sanitarios (Ramalho et al., 2019; Coma et al, 2020).

Hallazgo 1.18: En Chile, parte de los principales indicadores de la APS (18) se agrupan en el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), cuyo principal objetivo es evaluar si las prestaciones comprometidas están siendo otorgadas de manera adecuada según 4 elementos: estrategia, producción, cobertura efectiva e impacto.

Hallazgo 1.19: Referentes internacionales como OCDE, NHS y distintos autores[289] dan cuenta de criterios necesarios para la selección de

[289] Ver Mainz (2003) y Campbell et al (2010).

indicadores en APS. Estos son: (a.) *Factibilidad*: contar con información rutinaria y verificable que permita evaluar el desempeño en cuestión; (b.) *Validación*: contar con evidencia científica documentada que destaque la importancia sanitaria que está relacionada al indicador; (c.) *Importancia*: evidenciar la relevancia de política pública que tienen las actividades vinculadas al indicador; (d.) *Pertinencia*: justificar si el objetivo sanitario puede ser influenciado de manera relevante por las acciones que están detrás del indicador; y (e.) *Aceptación*: contar con la validación del equipo ejecutor de las acciones detrás de los indicadores. No obstante, en su generalidad, la elaboración de los IAAPS cumple a mayor cabalidad con el criterio de Factibilidad, mientras que el resto de los criterios cumplen débilmente.

Hallazgo 1.20: El procedimiento mediante el cual MINSAL formula el IAAPS no es claro, como tampoco lo son el contenido y fundamento de las decisiones adoptadas en él. Más aún, a pesar de que los actos y resoluciones del Estado son públicos por regla general, no se identifica información que describa el proceso y fundamentación por el cual se llega a ese conjunto de indicadores, ni tampoco por qué se priorizó estos sobre otras posibles alternativas.

Hallazgo 1.21: A modo de alinear las acciones en los territorios con el IAAPS, es atribución del Servicio de Salud respectivo fijar las metas a nivel comunal por medio de una resolución. En las resoluciones que sustentan la determinación de las metas no se observa una mayor justificación acerca de los compromisos de las comunas, ni del por qué no se aplica un cierto indicador y meta a cierta comuna, entendiendo que para algunas puede no ser pertinente que se les aplique. Similar al caso de nivel central, en los argumentos de las resoluciones solo se observa una descripción más bien normativa y procedimental relacionada a los indicadores, no existiendo de manera sistemática mayor evidencia o pertinencia de los indicadores.

Hallazgo 1.22: MINSAL establece anualmente las Metas Nacionales Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención para las entidades administradoras de salud municipal. Los fundamentos[290] por los cuales MINSAL establece los indicadores y fija metas no son claros.

[290] Por ejemplo, sobre pertinencia del indicador para la APS o la evidencia del impacto de las acciones, o lo relevante en términos de política pública.

Hallazgo 1.23: No es claro que el nivel de cumplimiento del IAAPS se relacione con mejores resultados sanitarios para la población. Entre 2005 y 2019 dicho nivel fue superior al 80% para 9 de 10 comunas que administran la APS, mientras que en paralelo (2010-2017), la Encuesta Nacional de Salud sugiere que los principales factores de riesgo y morbilidad de la población se han mantenido o aumentado. También, los datos sugieren que no es posible asociar el nivel de cumplimiento de los IAAPS con la mejora en ciertos indicadores de resultados sanitarios propuestos por el Banco Mundial para la APS en Chile: hospitalizaciones evitables y autopercepción del estado de salud de las personas.

Hallazgo: Metas Sanitarias y Mejoramiento de la Atención (MSMA)

Hallazgo 1.24: Con respecto a la fijación de metas a nivel comunal, en muchas ocasiones no está clara cuál es la capacidad concreta de cumplimiento de las metas específicas. Tampoco están claros el contenido ni el fundamento de las opiniones de los Comité Técnico Consultivo o de las resoluciones exentas mediante las cuales los Servicios de Salud aprueban las metas específicas. En general, los sitios electrónicos de los Servicios de Salud no presentan esta información.

Hallazgo: Revaluación de indicadores

Hallazgo 1.25: Los profesionales de la salud, municipios, establecimientos de APS y la literatura disponible advierten una gran cantidad de indicadores a analizar, algunos potencialmente no pertinentes, lo que constituye una excesiva carga de trabajo. En concreto, entre IAAPS, MSMA, PRAPS, y otros, se estima más de 80 indicadores por comuna, mientras que referentes no superan los 50 (Canadian Institute for Health Information, 2016; NHS, 2021).

Hallazgo 1.26: La evidencia sugiere mayor pertinencia en los indicadores disponibles. Así bien, un indicador que recoge este apartado en cuanto a la accesibilidad en el nivel es el indicador Hospitalizaciones Evitables (ACSC) (propuesto anteriormente por el Banco Mundial para Chile), vinculándose de forma directa con la gestión eficiente

de APS. No obstante, este no es seguido en Chile de forma rutinaria, pese a que se han realizado estudios en la materia a escala nacional, dando cuenta de su Factibilidad.

Hallazgo: Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS).

Hallazgo 1.27: No fue posible encontrar información acerca de los montos asignados a cada programa y comuna asociado a los Programas de Reforzamiento a la APS (PRAPS). Tampoco fue posible encontrar información respecto de los criterios para la distribución de los recursos entre comunas.

Hallazgo 1.28: Los argumentos esgrimidos en las resoluciones exentas que aprueban o rechazan los programas deben ser más claros. En algunos casos existe evidencia del impacto de las acciones que fomenta el programa, mientras que en otros la justificación es genérica.

Hallazgo 1.29: Los convenios asociados a los PRAPS son firmados entre MINSAL, los Servicios de Salud respectivos y las municipalidades de su territorio. En el proceso administrativo entre servicio y municipio se evidencia un tiempo de latencia de 4 meses en promedio[291] para la aprobación[292] de dichos convenios. Este atraso tiene diversos impactos según entrevistados de servicios, municipios y establecimientos. Por un lado, afecta la continuidad de ciertas prestaciones. En otros casos, obliga al municipio a reasignar recursos propios para apoyar la continuidad de la atención. Por último, cuando la continuidad es afectada, los menores plazos para implementar el programa, junto a la rendición de cuentas, induce a una actividad menos efectiva. Parte de esta latencia es explicada por la revisión de convenios no estandarizados que varían su redacción entre distintos años, Servicio de Salud y municipio.

Hallazgo 1.30: Existen activos digitales que podrían agilizar el proceso de firma de los convenios PRAPS. Por ejemplo, mediante la firma de forma digital. Así, se evidencia que el 90,9% de los Servicios de Salud disponen de firma electrónica. Sin embargo, solo el 18,2% tiene una política de gestión documental por escrito y el 45,5%,

291 Considerando también una alta heterogeneidad para este plazo.
292 Mediante una resolución exenta.

un procedimiento estandarizado para digitalizar sus documentos. Por el lado de las municipalidades no se ha encontrado información oficial sobre el uso de estas herramientas. Para potenciar el uso de los activos digitales en la firma de documentos, SEGPRES proyecta implementar un Gestor Documental para el segundo semestre del año 2022. Este permitiría la modificación, el versionamiento y la firma de documentos distribuidos en línea.

Resumen de Recomendaciones

Recomendación 1.1: 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*.

Recomendación 1.2: Solicitar al Ministerio de Salud albergar dentro de Hospital Digital la plataforma de Teletriage para prestar mantenimiento y soporte a nivel nacional.

Recomendación 1.3: 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.

Recomendación 1.4: 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.

Recomendación 1.5: 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.

Recomendación 1.6: 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.

Recomendación 1.7: 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.

Recomendación 1.8: 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.

Recomendación 1.9: Solicitar al Ministerio de Salud evaluar y determinar qué alternativas sobre herramientas de coordinación de equipos disponer a nivel 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.

Recomendación 1.10: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el 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."

Recomendación 1.11: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el 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."

Recomendación 1.12: 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."

Recomendación 1.13: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el 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."

Recomendación 1.14: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el 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."

Recomendación 1.15: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el 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."

Recomendación 1.16: Solicitar al Ministerio de Salud revaluar 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 1.11.

Recomendación 1.17: Solicitar al Ministerio de Salud revaluar 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).

Recomendación 1.18: 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.

Recomendación 1.19: 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".

Recomendación 1.20: 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.

Recomendación 1.21: 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.

Anexo

Tablas y Figuras

Tabla 1.1. Distribución de la cobertura de los establecimientos APS que han participado de Teletriage.

Rango etario	REM (2019)			Teletriage (2021)		
	Femenino	Masculino	Total general	Femenino	Masculino	Total general
Menor a 14 años	19%	33%	15%	24%	28%	19%
Entre 15 y 29 años	13%	11%	19%	12%	17%	18%
Entre 30 y 59 años	35%	26%	43%	32%	33%	39%
Entre 60 y 79 años	26%	24%	19%	25%	19%	19%
Mayor de 80 años	7%	6%	4%	7%	3%	4%
Total general	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

Nota: La muestra de atenciones proviene en ambos casos de los establecimientos que participaron de Teletriage en la fase de expansión. La información del REM en 2019 considera 238.192 atenciones, mientras que la muestra de Teletriage consiste en 24.457 atenciones.

Tabla 1.2. Lista de condiciones susceptibles de percibir un beneficio mediante la aplicación de tamizaje.

Beneficios probados de corto plazo	Beneficios probados de largo plazo
Aneurisma aórtico abdominal	Diabetes
Depresión en diabetes	Enfermedades vasculares
Cáncer cervical	Cáncer de mamas
	Cáncer de pulmón

Fuente: OMS (2014).

Tabla 1.3. Competencias para el trabajo en equipo.

Conocimientos	Habilidades
Conocer y definir roles y responsabilidades dentro del equipo.	Apoyar y participar en el proceso de educación permanente de los miembros del equipo.
Conocer acerca de los procesos de capacitación y actualización permanente.	Analizar el perfil del equipo y las necesidades de salud de la población.
Conocer y aplicar el código ético entre profesional y con la comunidad.	Negociar condiciones de trabajo (requerimiento de dotación de personas para los equipos y financiamiento).

Conocer acerca de la red de servicios de atención en el sistema de salud para movilizar recursos.	Elaborar, desarrollar y participar en procesos del trabajo en equipo mediante las siguientes habilidades: i.) Comunicación. ii.) Colaboración. iii.) Coordinación. iv.) Negociación y resolución de conflictos. v.) Participación. vi.) de los trabajadores del equipo.
Capacidad de reconocer e identificar la necesidad de mantener actualizado los conocimientos a través de la formación continua.	
Conocer las necesidades de calificación y recertificación	
Conocer las metodologías de evaluación del desempeño.	

Fuente: OPS (2008).

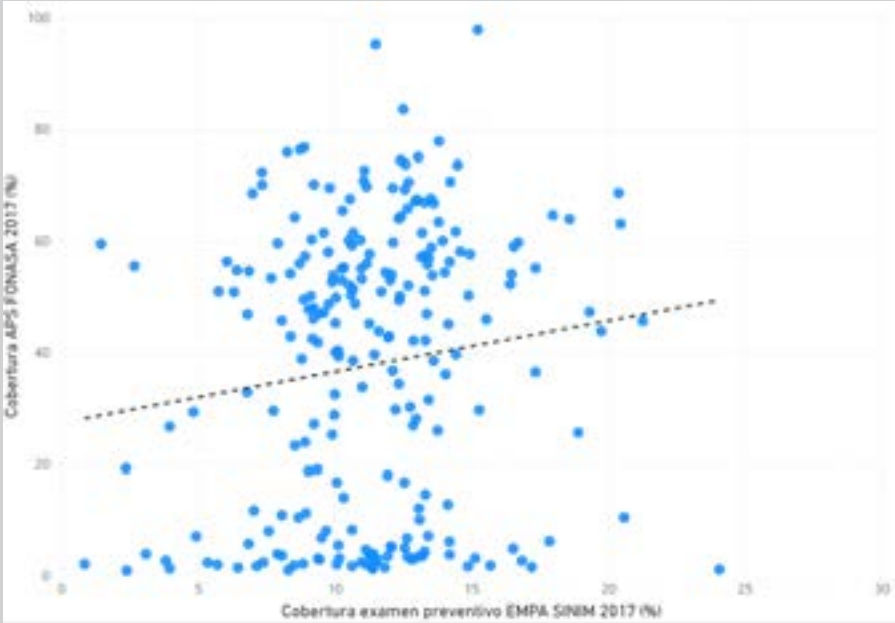
Tabla 1.4. Ejemplos de plazos en la aprobación de convenios PRAPS por Servicios de Salud.

Año	Servicio de Salud	Mes de aprobación convenio	Vínculo
2011	Talcahuano	Julio	Res. exenta 976
2012	Magallanes	Julio	Res. exenta 3.639
2015	Ñuble	Enero	Res. exenta 365
2016	Metropolitano Oriente	Abril	Res. exenta 641
2016	Metropolitano Sur	Diciembre	Res. exenta 3.291
2017	Magallanes	Febrero	Res. exenta 1.484
2018	Magallanes	Junio	Res. exenta 5.925
2019	Viña del Mar - Quillota	Abril	Res. exenta 3.200
2019	Arica	Julio	Res. exenta 1.835
2020	Coquimbo	Marzo	Res. exenta 1.872
2020	Coquimbo	Abril	Res. exenta 2.087
2020	Metropolitano Sur	Abril	Res. exenta 904
2020	Chiloé	Mayo	Res. exenta 4.342
2021	Coquimbo	Marzo	Res. exenta 1.117
2021	Concepción	Abril	Res. exenta 1.905
2021	Araucanía Sur	Abril	Res. exenta 4.010
2021	Araucanía Sur	Abril	Res exenta 4.012

Fuente: elaboración propia con base en la transparencia activa de los servicios de salud señalados.

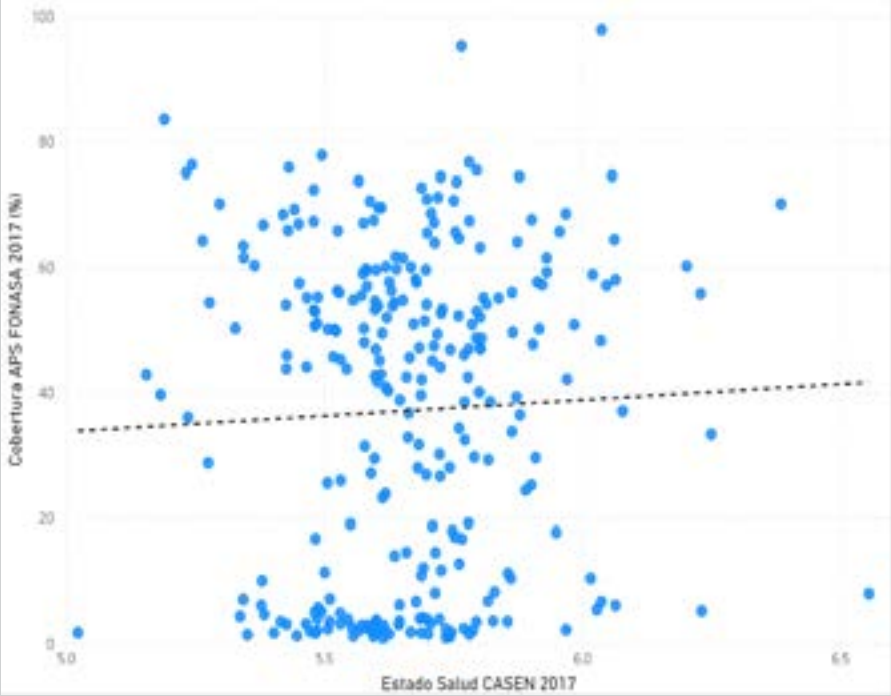
Nota: Res. exenta 976, Res. exenta 3.639 , Res. exenta 365, Res. exenta 641, Res. exenta 3.291, Res. exenta 1.484, Res. exenta 5.925, Res. exenta 3.200, Res. exenta 1.835, Res. exenta 1.872, Res. exenta 2.087, Res. exenta 904, Res. exenta 4.342, Res. exenta 1.117, Res. exenta 1.905, Res. exenta 4.010, Res. exenta 4.012.

Figura 1.1. Relación entre cobertura APS y cobertura examen preventivo por comuna.



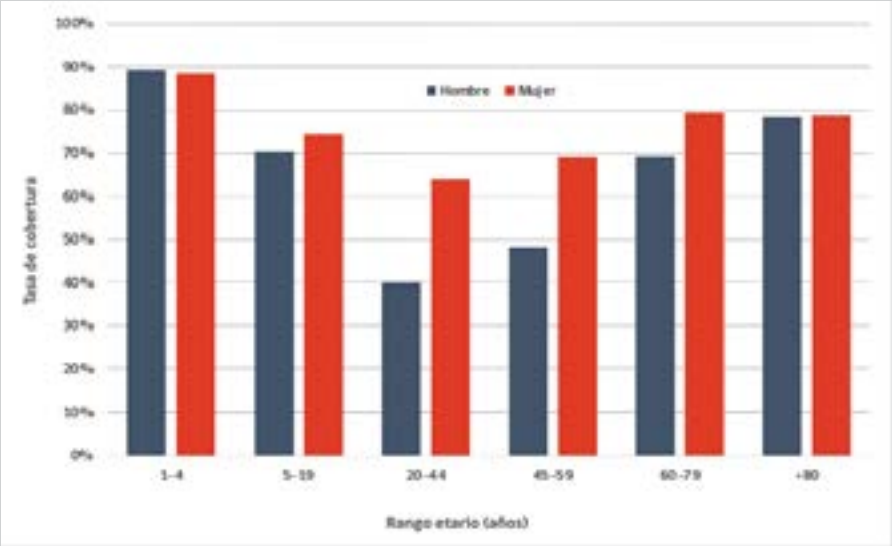
Fuente: elaboración propia con base en datos de FONASA y SINIM.
Nota: Cada punto representa una comuna del país, donde se recogen las medias comunales de las variables en cuestión. Fueron filtradas comunas con bajo 5% de pobreza de ingresos para determinar un nivel de carga mínima para la APS.

Figura 1.2. Relación entre cobertura APS y estado de salud por comuna.



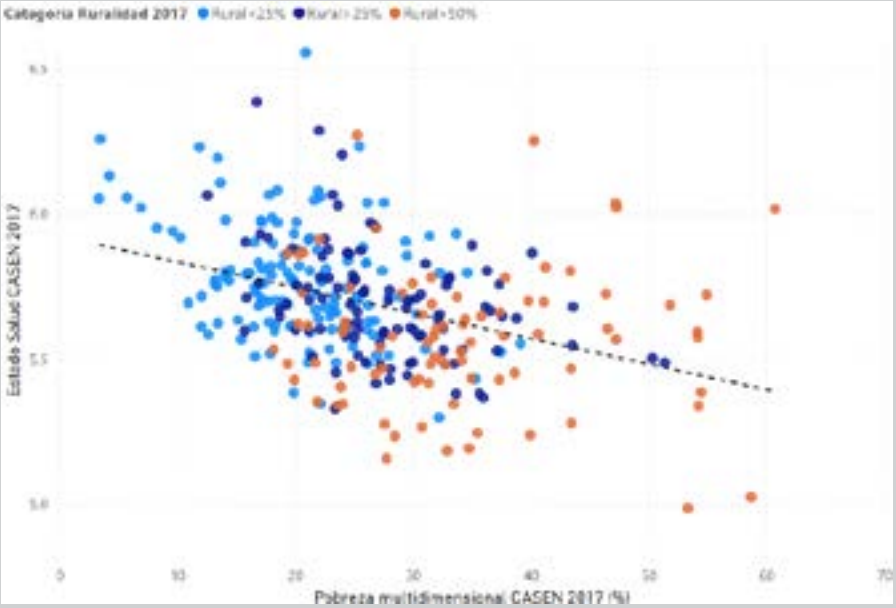
Fuente: elaboración propia con base en datos de FONASA y CASEN.
Nota: Cada punto representa una comuna del país, donde se recogen las medias comunales de las variables en cuestión. Fueron filtradas comunas con bajo 5% de pobreza de ingresos para determinar un nivel de carga mínima para la APS. Estado de salud por encuesta CASEN es auto percibido, en una escala de 1 a 7.

Figura 1.3. Tasa de cobertura de APS en territorio del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, según rango etario y género (2018).



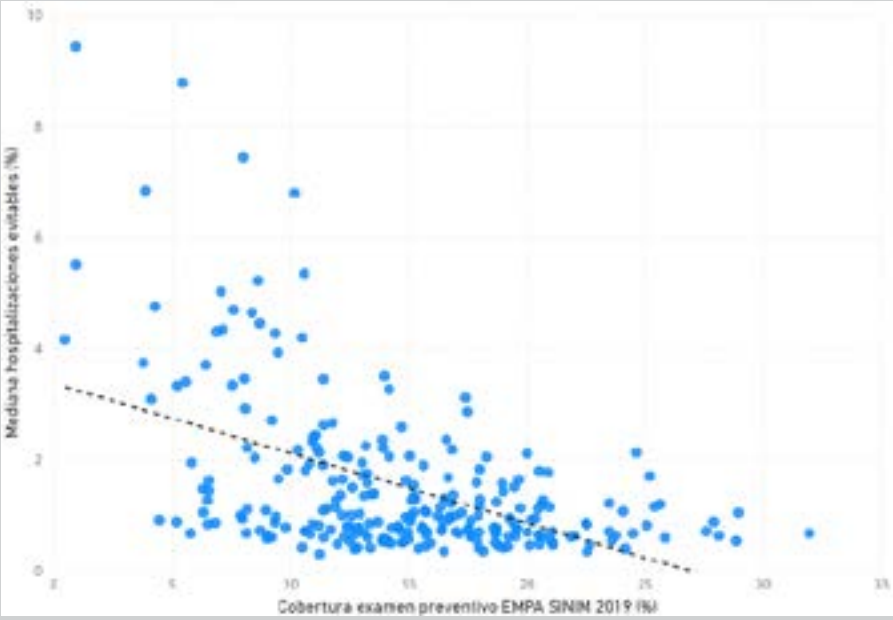
Fuente: SSMSO (2018). Nota: El territorio del SSMSO comprende las comunas de Puente Alto, La Florida, San Ramón, La Granja, La Pintana, San José de Maipo y Pirque. En total cubre a una población de 1.6 millones.

Figura 1.4. Relación entre estado de salud y pobreza multidimensional (4 dimensiones) por comuna.



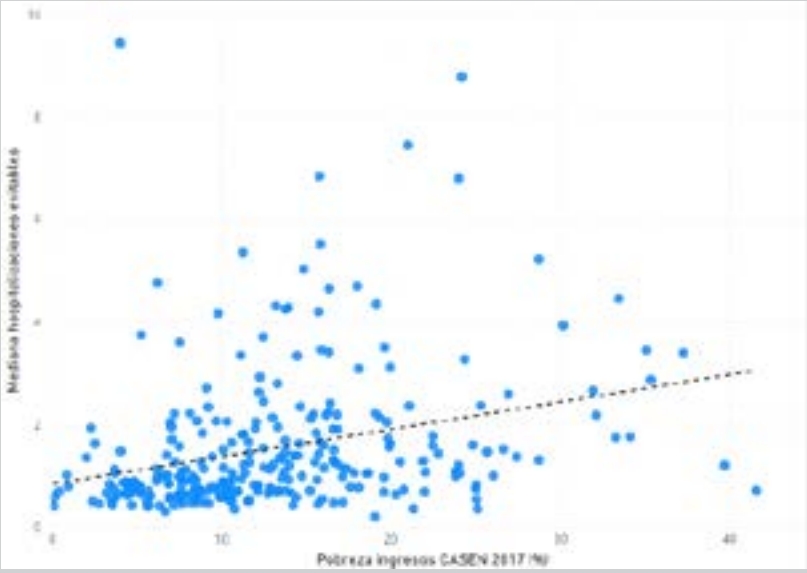
Fuente: elaboración propia con base en datos de CASEN e INE.
Nota: Cada punto representa una comuna del país, donde se recogen las medias comunales de las variables en cuestión. Estado de salud por encuesta CASEN es autopercibido, en una escala de 1 a 7.

Figura 1.5. Relación entre hospitalizaciones evitables y EMPA.



Fuente: elaboración propia con base en datos de SINIM y DEIS.
Nota: Cada punto representa una comuna del país, donde se recogen las medias comunales de las variables en cuestión. Para el caso de las hospitalizaciones evitables, existen problemas de registro para el año 2019, por tanto, para corregirlo se tomó el valor de la mediana entre los años 2015 y 2019. Asimismo, estas se computan como proporción de la población inscrita en APS.

Figura 1.6. Relación entre hospitalizaciones evitables y EMPA.

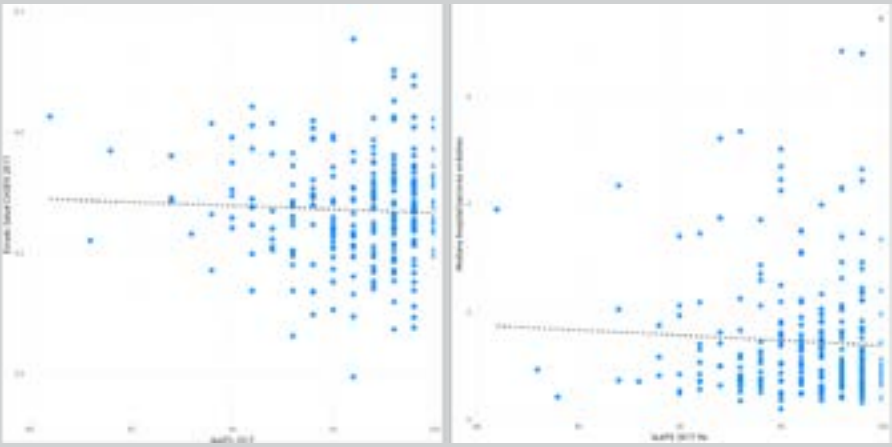


Fuente: elaboración propia con base en datos de SINIM y DEIS.
Nota: Cada punto representa una comuna del país, donde se recogen las medias comunales de las variables en cuestión. Para el caso de las hospitalizaciones evitables, existen problemas de registro para el año 2019, por tanto, para corregirlo se tomó el valor de la mediana entre los años 2015 y 2019. Asimismo, estas se computan como proporción de la población inscrita en APS.

Figura 1.7. Proporción de municipios con grado de cumplimiento de IAAPS sobre 80%, periodo 2005-2018.

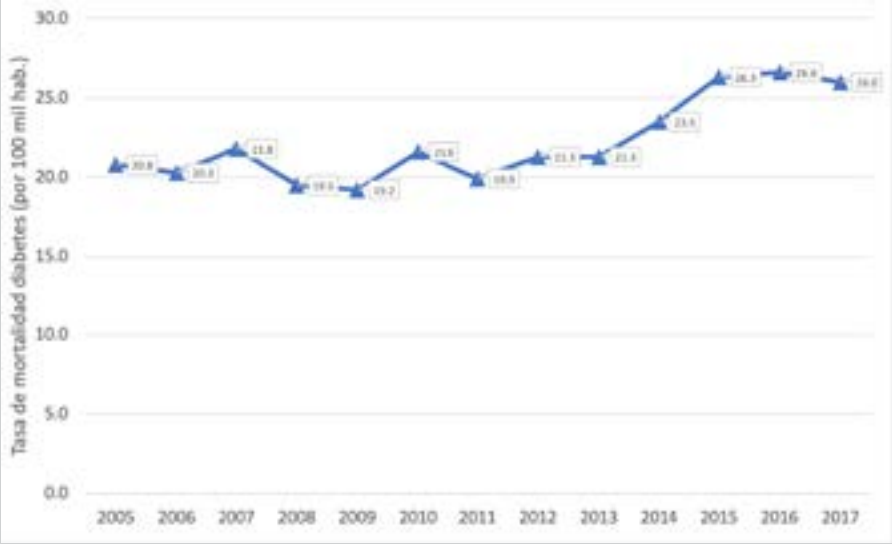
Fuente: elaboración propia a partir de datos de SINIM.

Figura 1.8. IAAPS y variables de resultados sanitarios.



Fuente: elaboración propia con base en datos de CASEN, SINIM y DEIS.
Nota: Cada punto representa una comuna del país, donde se recogen las medias comunales de las variables en cuestión. Para el caso de las hospitalizaciones evitables, existen problemas de registro para el año 2019, por tanto, para corregirlo se tomó el valor de la mediana entre los años 2015 y 2019. Estas se computan como proporción de la población inscrita en APS comunal. Estado de salud por encuesta CASEN es autopercibido, en una escala de 1 a 7.

Figura 1.9. Tasa de mortalidad de diabetes mellitus Chile (2005-2017).



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos en web de Servicio de Salud Osorno a partir de información del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) de MINSAL.

Capítulo 2

Infraestructura TIC y Civil para una mejor gestión en la APS

Síntesis

La infraestructura civil (y su equipamiento) junto con la infraestructura de tecnologías de la información (TIC) son fundamentales para proveer a las personas un acceso oportuno, coordinado y equitativo a la atención de salud. Esta sección analiza alternativa mediante Asociación Público-Privada para desplegar más y mejor infraestructura civil en la APS, junto con analizar estrategia TIC que permita soslayar la falta de interoperabilidad. Así, las recomendaciones elaboradas en esta sección buscan reducir brechas que obstaculizan el acceso (presencial como remoto), capacidad resolutiva y mejorar procesos de atención.

Abstract

Civil infrastructure (and its equipment) together with information technology (ICT) infrastructure are essential to provide people with timely, coordinated, and equitable access to health care. This section analyzes Public-Private Partnership as an alternative to deploy more and better civil infrastructure in PHC. Additionally, an ICT strategy that allows circumventing the lack of interoperability is analyzed. Thus, the recommendations made in this section seek to reduce gaps that hinder access (face-to-face and remote), the resolution capacity, and therefore improve care processes.

Puntos Claves

- La cobertura promedio en la APS es de 50%, cuando referentes muestran tasas superiores al 65%. También, la información de FONASA sugiere que alrededor de 6 millones de personas beneficiarias no tiene registro de haber recibido una atención del tipo primaria durante el año (tanto en la APS como en el sector privado), lo que sugiere que existen amplios espacios de mejora en la cobertura de APS que pueden ser en parte solucionadas con mayor infraestructura TIC y civil.
- Es necesaria la adopción tecnológica como pieza clave en el desarrollo de un sistema de APS eficiente, donde el desarrollo de herramientas bajo un esquema de interoperabilidad es clave respecto de la infraestructura digital TIC.
- En el contexto sanitario, la interoperabilidad puede mejorar la trazabilidad del paciente en términos de tratamientos, diagnósticos, uso de medicamentos, entre otros. Además. el intercambio de información disminuye los errores de prescripción y la readmisión hospitalaria.

- La interoperabilidad en países referentes fue una política que tomó 10 años. En Chile se lleva 14, y aún queda por avanzar.
- La ausencia de un liderazgo claro en la implementación de la interoperabilidad afecta también a servicios de salud y municipalidades, los que no siguen directrices homogéneas para efectuar contrataciones. En ocasiones, esto ha derivado en contratos mal diseñados y en sistemas que tienen dificultades para intercambiar información.
- Se estima una inversión de US$2.700 millones para cerrar la brecha de infraestructura ligada a la APS. Hoy, la construcción y entrega de un consultorio (CESFAM) toma alrededor de 3,7 años. A 2022, solo 1 de 28 proyectos en proceso de licitación no arrastra problemas, tales como relicitaciones.
- Se estima que las hospitalizaciones evitables explican el 20% de los días cama y el 11 % de los egresos en un año. Reducir un 20% las HE permitiría liberar días-cama para 69 mil egresos quirúrgicos programados, volumen cercano al 25 % de los casos en lista de espera quirúrgica.
- En Chile, 4 kilómetros es la distancia promedio entre un establecimiento de APS y una manzana. En zonas rurales el establecimiento de APS más cercano está en promedio a 8 kilómetros. Para el 23% de la población el establecimiento de APS más próximo está en una comuna que no es la de residencia. Para el 13% de la población el establecimiento APS más cercano es una posta de salud rural.
- Existen comunas donde la cantidad de beneficiarios de los establecimientos de APS es superior a su capacidad formal. Así, se estima que cerca de 5,4 millones de personas ven limitado su acceso, oportunidad y continuidad en la atención.
- Un consultorio adicional de APS (CESFAM o CECOSF) reduciría, en promedio, cerca de un 5% las HE. La implementación de centros de urgencia a nivel primario permitiría reducir en 31% las HE. Señal de que una mayor dotación de infraestructura en la APS está asociada a un mayor acceso y capacidad resolutiva de urgencia.
- Una alternativa que ha sido utilizada para mejorar la infraestructura pública a nivel primario (por ejemplo, Inglaterra) es la Asociación Pública-Privada. Esta tiene diversas ventajas en este contexto: permite aumentar la equidad en el acceso, toda vez que el financiamiento y gestión de los proyectos depende de nivel central y no del esfuerzo local; permite diferir el impacto fiscal de reducir significativamente la brecha existente; permite incluir de manera significativa equipamiento clínico y de apoyo; posibilita una mejor redistribución de los establecimientos en el territorio.

Introducción

Para que la Atención Primaria de Salud cumpla a cabalidad su rol preventivo, el modelo de atención integral debe cumplir con tres grandes principios: ser centrado en las personas,[293] exhibir integralidad de la atención[294] y dar continuidad al cuidado.[295] Para esto, es fundamental facilitar a las personas un acceso oportuno y equitativo a la atención de salud, en particular a la población más vulnerable y alejada de centros urbanos. La atención, tanto promocional como preventiva debe comprender el contexto socioeconómico de las personas además de su condición biomédica particular y ofrecer un apoyo eficiente y efectivo a lo largo de todo el ciclo de vida de la persona, reduciendo para ello la fragmentación del cuidado, mejorando la coordinación entre los niveles de atención y aumentando la accesibilidad del sistema.

En este contexto, la infraestructura civil (y su equipamiento), junto con la infraestructura de tecnologías de la información y comunicación (TIC), resulta fundamental. Por ejemplo, en el caso de infraestructura civil, Valdés et al. (2019) encuentra que el desarrollo de salas ERA[296] permitió reducir significativamente el fallecimiento de personas mayores por cuadros respiratorios agudos en cerca de 78% en sus primeros 15 años de implementación. Con relación a las TIC, en el periodo de pandemia la telemedicina, las redes sociales y pilotos de plataformas de atención jugaron un rol fundamental en mantener el contacto y atención de los usuarios. También en el ámbito tecnológico se identificó en la comuna de San Bernardo un piloto de atención en terreno con equipo clínico móvil, permitiendo a los consultorios aumentar en 6 veces la atención de usuarios de zonas rurales. En conclusión, alternativas para llevar a cabo proyectos de infraestructura civil, como la implementación de políticas y estrategias TIC, ayudarían a reducir brechas que obstaculizan el acceso (presencial como remoto), la implementación de estrategias de

293 Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definirlas y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios" (MINSAL, p. 15).

294 "... es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables" (MINSAL, p. 16).

295 Ha sido conceptualizada desde distintos puntos de vista: considerando las personas atendidas, consiste en el grado en que una serie de hechos del cuidado son vivenciados como conectados y coherentes entre sí; considerando los sistemas de salud, destacan 3 aspectos, continuidad clínica, funcional y profesional (MINSAL, p.17).

296 Las salas ERA e IRA son espacios adecuados en algunos consultorios para atender problemas respiratorios, tanto para menores (IRA) como para adultos (ERA).

atención con foco integral y la coordinación entre niveles de atención y la capacidad resolutiva de baja complejidad.

En el caso del equipamiento TIC, su avance ha generado herramientas que fomentan una mejor gestión de los establecimientos de APS. La gran cantidad de información producida de forma rutinaria en los establecimientos es de utilidad para mejorar los procesos de atención,[297] reducir el tiempo administrativo que consumen los profesionales clínicos[298] y evaluar el impacto de acciones sanitarias a nivel local. En la actualidad, el paradigma predominante en el desarrollo de la infraestructura TIC en el sector salud en los países referentes (Canadá, España, Inglaterra, Japón, entre otros) es la interoperabilidad, la cual se entiende como la habilidad de dos o más sistemas de intercambiar información y utilizarla.[299] Hay evidencia que la interoperabilidad genera una mejora en los resultados clínicos,[300] así como mayor eficiencia en el sistema sanitario.[301]

En el caso de Chile, políticas de esta índole vienen tratándose de implementar desde hace más de una década y se detecta, en general, una falta de una estrategia robusta, coordinada y estable en el tiempo. Su desarrollo ha sido llevado a cabo mediante iniciativas aisladas y sujetas al ciclo político. En otras palabras, si bien hay algunos avances, aún están lejanos respecto de la situación de los sistemas referentes. Es imperativo establecer una estrategia TIC en salud y concentrar en una unidad el rol de conducir la elaboración de estándares nacionales, índice maestro de pacientes y normativas que conduzcan a un mejor apoyo TIC en salud, fomentando la interoperabilidad (sujeto a los principios generales relativos a medios electrónicos de la Ley de Transformación Digital del Estado como la Neutralidad Tecnológica, Actualización y Cooperación). Esta estrategia debe tener una mirada interdisciplinaria e interministerial para así facilitar el acceso y mejor uso de la información a pacientes y equipos de atención y con una mayor coordinación entre niveles.

Respecto de los establecimientos de APS, cada Servicio de Salud gestiona una red asistencial compuesta por los tres niveles[302] de atención. Esta red está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del servicio, los

297 Ver Mustafa y Shekhar (2021).

298 Por ejemplo, pueden identificar mejor los perfiles sanitarios de los inscritos por zonas del territorio a cargo del establecimiento, lo que permite planificar mejor las salidas a terreno, una acción considerada por los entrevistados como de suma relevancia y que actualmente es realizada de manera frecuente por los establecimientos.

299 IEEE (1991).

300 Por ejemplo, Bates y Gawande (2003) encuentran que la interoperabilidad permite disminuir los errores de prescripción. Fontaine et al. (2010) encuentra que reduce la readmisión hospitalaria.

301 Por ejemplo, Walker et al. (2005) proyectan ahorro de 5% del total proyectado para salud por la implementación de la interoperabilidad para el caso de Estados Unidos.

302 Terciario (hospitales), secundario (CDT/CRS) y primario (consultorios).

establecimientos municipales de APS de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que tengan un convenio con el Servicio de Salud respectivo.[303]

La red asistencial de cada Servicio de Salud se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que solo reciben derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en casos de urgencia y otros.[304, 305] En este modelo de atención, la APS es la puerta de entrada al sistema y debe cubrir la mayor parte de las patologías de las personas. Reflejo de esto es que la gran mayoría de los establecimientos del sistema de salud (sobre el 80%) pertenece al nivel primario. Los establecimientos de APS deberían por tanto cumplir con las características de cercanía, horarios y capacidad resolutiva acorde al nivel de atención. Es decir, estos centros tienen que asegurar un mayor y mejor acceso a toda la población beneficiaria, ofreciendo una atención oportuna y de calidad, indispensable para lograr los objetivos del MAIS.[306] Sin embargo, la evidencia recolectada para este estudio sugiere importantes brechas de infraestructura, las cuales atentan con el acceso y continuidad en la atención. En efecto, cerca del 60% de la población que vive en zonas urbanas se encuentra en una comuna diferente a la de su establecimiento APS más próximo. Adicionalmente, la distancia entre la población y los establecimientos de APS presenta una alta heterogeneidad entre las regiones, por ejemplo, en La Araucanía, Los Lagos y Aysén, casi el 20% de la población vive a, entre 12 y 60 kilómetros de un CESFAM o CECOSF. A esto, hay que añadir que muchos establecimientos APS atienden a una cantidad superior de beneficiarios de lo que su diseño original sostiene, superando con creces sus capacidades formales. Por otra parte, una de las causas de la inequidad en el acceso a la APS es la capacidad heterogénea que tienen las comunas para mantener proyectos de infraestructura a través del tiempo.

Así, considerando evidencia tanto nacional como internacional, se releva la importancia de generar más y mejores establecimientos APS. También se estudia la alternativa que permite reducir estas brechas de manera equitativa y además permite diferir el costo de la inversión, reduciendo el impacto fiscal. En este sentido y tomando en consideración que no se tiene registro de haber realizado tal análisis, la evidencia sugiere solicitar a los Ministerios de Salud y Obras Públicas la necesidad de evaluar someter a la Ley de Concesiones Públicas (mediante el modelo Asociación Público Privada) el diseño y construcción de infraestructura primaria y secundaria con provisión e instalación de equipamiento médico, mobiliario clínico y no clínico, junto con sus respectivas mantenciones, administración y eventual reposición.

---

303 Artículo 17, párrafo 1, Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud.

304 Que señalen la ley y reglamentos.

305 Artículo 18, párrafo 1, Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud.

306 Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria.

A continuación, se analiza el estado del arte de la infraestructura en la APS, tanto TIC como de obra civil, identificando brechas y sugiriendo recomendaciones que apunten a mejorar el acceso, la cobertura, integralidad y continuidad para los beneficiarios.

Institucionalidad y Estrategia TIC: hacia una mayor interoperabilidad

132. Siguiendo el trabajo pionero de la doctora Barbara Starfield (1994), los atributos esenciales de la APS para lograr una mejor capacidad de prevención son: *Accesibilidad, Continuidad, Integralidad* y *Coordinación*. En este sentido, la infraestructura TIC puede fomentar (principalmente) la *Integralidad* y *Coordinación*, en el entendido que, compartir mejor y más información del paciente entre los niveles de atención[307] permite a los equipos sanitarios contextualizar, coordinar y programar una mejor atención, mejorando así la calidad del servicio, la eficiencia en su provisión y la satisfacción de los pacientes.[308]

133. Un mejor y mayor uso de TIC también permite potenciar la *Accesibilidad* de manera remota. Por ejemplo, en Canadá, el 97% de los pacientes que recibe cuidados remotos en el nivel primario lo recomienda. En Dinamarca, el 72% de los pacientes que recibe telemedicina mejora su percepción de seguridad del tratamiento.[309]

134. Por el lado de los usuarios, los equipos TIC en salud empoderan a las personas sobre su cuidado personal. La utilización de aplicaciones móviles que promueven la autogestión de las patologías (recordatorios, tareas y otros) fomenta los comportamientos saludables, afecta de forma positiva los resultados clínicos y mejora directamente la autoeficacia de los pacientes.[310]

135. Considerando que la APS trata la mayoría de las afecciones de la población, almacenar, gestionar y utilizar la información generada a lo largo de la vida de las personas resulta clave para mejorar la capacidad preventiva de los equipos mediante diagnósticos más precisos y coordinados y menor grado de duplicidad de diagnósticos y tratamientos.[311] En esta línea, la OCDE considera la adopción tecnológica como pieza clave en el desarrollo de un sistema de APS eficiente.[312] Por ejemplo, los RCE[313] pueden reducir las visitas de los pacientes a los establecimientos de APS en un 10% a través del mejoramiento de la comunicación entre profesionales médicos y el seguimiento del paciente.[314]

---

307 Y también se pueden incluir otros servicios, por ejemplo, sociales.
308 Ver Buntin at al. (2011).
309 OCDE(2020).
310 Bender et al. (2011); Whitehead y Seaton (2016).
311 OCDE y BID (2016).
312 OCDE (2020).
313 Acrónimo de Registro Clínico Electrónico.
314 Almalki y Simsim (2020).

136. El desarrollo de herramientas bajo un esquema de interoperabilidad, definida como la habilidad de dos o más sistemas de intercambiar información y utilizarla para la atención es la tendencia mundial respecto de la infraestructura digital TIC.[315] Así, la interoperabilidad puede mejorar la trazabilidad del paciente en términos de tratamientos, diagnósticos, uso de medicamentos, entre otros.[316] En el caso de la APS, esta también puede mejorar la coordinación de las referencias y contrarreferencias[317] con los otros niveles de atención. Además, el intercambio de información disminuye los errores de prescripción[318] y la readmisión hospitalaria.[319] Kaelber y Bates (2007) encuentran que hasta el 18% de los errores que afectan la seguridad del paciente y hasta el 70% de los efectos adversos de los medicamentos pueden ser eliminados mediante interoperabilidad, esto, al contar con adecuada información del paciente en el momento adecuado.

137. En términos de eficiencia del sistema, el intercambio y utilización de información promueve una mejor utilización de recursos en los flujos de trabajo,[320] disminuye el gasto atribuible a duplicidades de tareas[321] y mejora significativamente el acceso a los datos.[322] Asimismo, la interoperabilidad supone beneficios por la eliminación de registros de papel y del personal requerido para administrarlos. Park et al. (2015) muestran que, cuando los establecimientos utilizan sistemas de información compartida, el costo por paciente disminuye (en promedio) 13%. Para Estados Unidos, se estima que la implementación completa de interoperabilidad podría reducir los costos de su sistema en 5%.[323]

138. Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para que la interoperabilidad sea alcanzada es necesario definir estándares y condiciones para su implementación a través del tiempo.[324] La misma entidad afirma que en el sector salud debe existir un liderazgo de largo plazo y consistente a través del tiempo para así fomentar el éxito de la implementación de TIC: "la salud digital está llamada a ser prioridad nacional, deben existir líneas presupuestarias sostenibles, deben generarse estrategias precisas y debe asegurarse la integración de los distintos niveles de salud".[325]

---

315 EEE (1991).
316 Kaelber y Bates (2007); Pine (2019).
317 Se entiende como referencia a la derivación de un usuario desde un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutiva, y la contrarreferencia como la derivación de este a su establecimiento de origen.
318 Bates y Gawande (2003).
319 Fontaine et al. (2010).
320 Johnson y Gadd (2007).
321 Hoffman y Podgurski (2009).
322 Menachemi et al. (2018).
323 Walker et al. (2005).
324 BID (2019).
325 BID (2020).

139. Diversos países han seguido estos lineamientos, entre estos, Canadá, España, Inglaterra y Japón.[326] En España, desde 2012 existe la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Esta está compuesta por las entidades de evaluación de tecnologías sanitarias de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas.[327] Su finalidad es promover la calidad, eficiencia y sostenibilidad de la evaluación de tecnologías sanitarias en el Sistema Nacional de Salud.[328] En Reino Unido, el NHS Digital[329] es la agencia pública encargada de fijar estándares de datos y tecnologías mandatorios para su sistema de salud. En Canadá se creó una corporación independiente con participación del sector privado: el Canada Health Infoway,[330] financiada con fondos federales y sin fines de lucro, que se encarga de acelerar la adopción de soluciones de salud digitales, como los registros electrónicos.

140. A nivel mundial, algunos de los principales referentes en implementación y uso de infraestructura TIC en salud son Canadá y España (OCDE, 2020), quienes se destacan en el grado de interoperabilidad y uso de sistemas de información en la APS para gestionar las necesidades sanitarias de la población mediante la estratificación por riesgo. Así, los pacientes son clasificados acorde a su perfil sanitario, permitiendo a la APS programar de manera más oportuna la atención de la persona, antes que se desencadene un evento adverso, generando un impacto directo en el bienestar de esta y beneficios en lo colectivo, esto último, considerando que la intervención oportuna es costo-eficiente. Cabe mencionar que en el caso de Canadá y España los plazos de implementación para alcanzar interoperabilidad fueron cercanos a la década,[331] esto porque requiere del esfuerzo y coordinación mancomunada del sector público y privado[332] para definir un marco normativo, estándares, procesos, entre otros aspectos. En el caso de Cataluña, la Historia Clínica Compartida (HC3) es el modelo de interoperabilidad utilizado desde 2008, el cual permite compartir información entre los diferentes sistemas de información de centros

326 FCh (2021).

327 La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid, la Unidad de Asesoramiento Científico-técnico de Galicia, la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, el Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

328 AETSA (2020). Así, AETSA, por ejemplo, evalúa tecnologías sanitarias para facilitar la toma de decisiones informada sobre su incorporación, uso y obsolescencia. Con ello, busca mejorar los resultados de salud de la población y la calidad y equidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Además, elabora guías y recomendaciones basadas en evidencia. (AETSA)

329 Ver NHS digital.

330 Ver Canada Health Infoway.

331 Según opinión de algunos entrevistados para este proyecto, el plazo actual puede ser menor considerando el contexto de hoy versus la implementación de hace 10 o más años atrás.

332 Principalmente proveedores TIC, aunque también seguros o prestadores privados.

de atención[333] (públicos como privados), que hoy llegan a 422. Este sistema trabaja sobre el marco normativo de la Ley General de Sanidad (14/1986) y la Ley 41/2002, además de otros requisitos, tales como los perfiles de profesionales que tienen acceso al HC3, obligación de garantizar y clasificar correctamente la información que se publica, entre otros.

141. En el ámbito nacional los esfuerzos por implementar políticas TIC en salud se remontan (al menos) a 2008, con el inicio de la estrategia Sistemas de Información de la Red Asistencial (SIDRA). El propósito de SIDRA era impulsar una estrategia y plan de acción para digitalizar e interconectar los establecimientos que conforman la Red Asistencial de Salud, incluyendo los de atención primaria. Desde entonces continúan los esfuerzos por implementar estrategias TIC en el sector público de salud. Según opinión de entrevistados,[334] muchos de estos esfuerzos aún no generan los impactos deseados. Entre las causas sugeridas que explican esto está la falta de una institucionalidad que defina roles[335] y también que fije objetivos que se mantengan en el tiempo, ya que en la actualidad estos estarían sujetos a ciclos políticos.

142. Valga como ejemplo de esto último el caso del proyecto Hospital Digital,[336] estrategia de informatización lanzada en mayo del 2019, donde a palabras del entonces ministro, incluía "uno de los servicios más esperados por los usuarios: el agendamiento remoto de horas en consultorios" (MINSAL, 2019). Se proyectaba su completa implementación en los establecimientos para el primer semestre del año 2020. Asimismo, se promocionaba una "nueva forma de atender" (SSMS, 2019), prometiendo disponer consultas de especialidad a distancia para reducir las listas de espera, con un alcance estimado de casi 2 millones de pacientes al año.[337] Sin embargo, la estrategia de la plataforma fue ampliamente modificada y su alcance disminuido con la llegada del nuevo ministro el año 2019 (perteneciente al mismo gobierno).

143. Hoy no se cuenta con métricas actualizadas sobre Hospital Digital, pero según informe de la CGR (2021), el cumplimiento de metas de interconsultas consideradas

333 La adhesión de los centros sanitarios a la HC3 se produce mediante un convenio entre estos y el Departamento de Salud, por el cual los primeros se comprometen a cumplir y hacer cumplir la normativa prevista en la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD), así como a proteger los datos, permitir el acceso solo a aquellos profesionales autorizados y exigirles un uso adecuado de la información disponible.

334 Representantes de APS, Servicios de Salud, expertos sanitarios y TIC.

335 Tales como de liderazgo, operativo, participativo, etc.

336 "... modelo de atención en salud, centrado en el paciente y que aprovecha el potencial de las tecnologías para acercar la atención a las personas, instalando una alternativa al modelo tradicional (basado en una red de establecimientos físicos y con restricción de horarios). De esta forma se espera transformar y modernizar nuestro sistema público de salud" (Hospital Digital, s.f.)

337 Entrevista Ministro de Salud, Dr. Emilio Santelices en Pauta, 2018.

en el proyecto fue menor al 3% al tercer trimestre del 2019. En el contexto del mismo estudio, la CGR detectó entre enero de 2018 y diciembre de 2019 otros problemas en la estrategia de implementación de activos digitales en MINSAL, específicamente con respecto a la Plataforma Convergente, cuyo objetivo es contar con información detallada de los pacientes que ingresan a centros asistenciales:

- Pagos de más de $3.200 millones por cerca de 22.000 licencias de software, de las cuales menos del 1% fueron ocupadas;
- Falta de estudios sobre recursos tecnológicos disponibles para una gestión eficiente y eficaz;
- Falta de implementación de partes del proyecto sin justificación.

De esta manera, la entidad Contralora señaló que las TIC deben ser desarrolladas a través de un proceso ordenado, concretando tareas, implementando mejoras de forma incremental, cuestiones que según la CGR no se cumplieron en los apartados mencionados anteriormente.

144. Según entrevistados, otra consecuencia relevante de la falta de institucionalidad es la baja coordinación entre los estamentos atingentes, fragmentando esfuerzos y tareas. En concordancia con lo anterior, hoy en el sector público de salud se identifican al menos 7 entidades relacionadas con políticas TIC en salud, entre los cuales destacan:

- Departamento de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) (Gabinete/MINSAL);[338]
- Departamento de Estadísticas e Información en Salud (SSSP/MINSAL);[339] [340]
- Departamento de Salud Digital (Gabinete SSRA/MINSAL)[341] y;
- División Tecnologías de Información (FONASA).[342]

145. Las anteriores entidades mencionadas han intentado implementar diversas estrategias para alcanzar interoperabilidad, sin embargo, según entrevistados,[343] dichas estrategias se han realizado sin un liderazgo claro, lo que se ha materializado en esfuerzos parciales, inconclusos o insuficientes. Por ejemplo, en 2016 se publicó el llamado a licitación para continuar la estrategia SIDRA, SIDRA 2, que buscaba que la gestión de la APS[344] fuera en

---

338 MINSAL (2021).

339 Ayudó a elaborar la Norma Técnica sobre Estándares de Información de Salud (aprobada mediante el Decreto 820 de 2011 del Ministerio de Salud), que facilita, entre otros, la interoperabilidad y/o integración de datos.

340 MINSAL (N.d.). Subsecretaría de Salud Pública (SSSP)

341 MINSAL (N.d.). Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA).

342 FONASA (N.d.).

343 Ex funcionarios del área de salud, funcionarios de Servicios de Salud y MINSAL, expertos y académicos del área de salud y TIC.

344 Entre otros aspectos, fármacos y vacunaciones, medicamentos en farmacias y CENABAST, pabellones y avanzar hacia la adopción del estándar HL7.

línea y centralizada. Se estimaron $300 mil millones al año en ahorros[345] de implementarse. No obstante, debido a la filtración de casi 3 millones de archivos de MINSAL, que expuso información confidencial de pacientes como datos de personas con VIH o problemas de salud mental, la licitación quedó sin efecto;[346] la seguridad y confidencialidad no estaban cubiertas adecuadamente.[347] En la actualidad, el estado de SIDRA 2 es desconocido.

146. Como se adelantó, la ausencia de una institucionalidad se traduce en la implementación de estrategias TIC inconclusas, lo cual afecta (entre otros) a Servicios de Salud y municipalidades. Por ejemplo, tanto las distintas divisiones de MINSAL, como Servicios de Salud y municipalidades contratan programas tecnológicos para sus establecimientos sin seguir directrices homogéneas. En ocasiones, ello deriva en contratos mal diseñados y en sistemas que tienen dificultades para intercambiar información. Por ejemplo, en 2010 la contratación por parte de MINSAL del software de sistema de inmunización de Saydex,[348] no especificó la funcionalidad que permitía obtener estadísticas a partir de la información almacenada. En consecuencia, cada vez que se requería obtener estadísticas, el proveedor realizaba un cargo adicional. Esta situación fue relevada por el BID como un ejemplo de contratación de software de salud ineficiente.[349]

147. Así como se mencionó, el sector público de salud lleva trabajando más de una década en la adopción de una estrategia TIC para alcanzar una adecuada interoperabilidad. Desde 2008, el plan nacional para la informatización y automatización de los procesos clínicos, asistenciales y administrativos de los establecimientos de salud, SIDRA, ha buscado un funcionamiento en red. Esta estrategia partió como una iniciativa aislada, pero el Plan Estratégico de Tecnologías de Información [e-Salud] 2011-2020, que tenía entre sus objetivos identificar y definir estándares de información y definir la arquitectura tecnológica para el sector e iniciativas, posicionó a SIDRA de forma central.[350] Posteriormente, la estrategia fue incluida en la Agenda Digital 2020, como uno de sus compromisos. Sin embargo, sus resultados fueron comparativamente bajos: el 68% de las metas propuestas fueron cumplidas, lo que equivale a casi 20 puntos porcentuales menos que la media de las iniciativas de la agenda.[351, 352] En la actualidad, la continuidad de SIDRA y el avance de la Agenda Digital 2020 son desconocidos.

---

345 El Mercurio (2017).
346 La Tercera (2016).
347 El Mercurio (2017).
348 Proveedor de servicios TIC en salud. En la actualidad es conocida por ofrecer el sistema TIC para APS denominado Rayen (representando alrededor del 70% del mercado) y a nivel hospitalario el sistema Florence.
349 BID (2019).
350 MINSAL (2013).
351 Información agregada. Disponible solo para 2018.
352 Gobierno de Chile (2018); Agenda Digital 2020 (N.d.).

148. Las críticas del medio especializado frente al alcance de la interoperabilidad también señalan la falta de una estrategia robusta, coordinada y estable en el tiempo, donde el desarrollo de la materia ha sido llevado a cabo mediante iniciativas aisladas y sujetas al ciclo político.[353] En el mundo, esta problemática es transversal en tópicos de estrategias de informatización en salud. La literatura internacional reconoce una falta de liderazgo y planes estratégicos de largo plazo, lo que podría ser explicado por las bajas competencias tecnológicas y de negocios, como también problemas de gobernanza.[354] SIDRA comenzó bajo un esquema de 5 módulos.[355] No obstante, en el contexto hospitalario, la implementación de los módulos tuvo serias complicaciones. En 2012, SIDRA fue rediseñado con especial foco en la automatización punta a punta de los procesos clínicos asistenciales: habilitar el RCE en toda la red asistencial pública del país se convirtió en su objetivo principal.[356] La adopción completa del RCE se esperaba para 2021.[357] Sin embargo, a más de una década de su inicio, los módulos iniciales de SIDRA siguen teniendo brechas: al analizar el estado del arte en el SSMOC,[358] Amigo (2017) da cuenta que ningún hospital de la red tiene implementado un sistema de contrarreferencia.[359] Las derivaciones entre la APS y los hospitales ocurren sin una comunicación fluida entre los médicos tratantes sobre las condiciones que gatillan la referencia.[360] Además, los pacientes que vuelven a la APS tampoco son acompañados de indicadores clínicos que sirvan de guía al médico tratante. En la actualidad, la información sobre estas brechas es desconocida.

149. En resumen, las diferentes iniciativas nacionales como internacionales y las sugerencias contenidas en diferentes estudios académicos y documentos técnicos, muestran que la lista de actividades por cumplir para lograr en Chile la interoperabilidad y un mejor

---

353 Seminario Transformación Digital en Salud (2021).

354 Fontaine et al. (2010).

355 Agenda: los establecimientos de salud deben gestionar sus recursos, y coordinar, colaborar, cooperar y comunicar información relevante para la atención de los pacientes; Referencia y contrarreferencia: proceso de derivación de pacientes de una institución médica a otra de mayor capacidad resolutiva, constituyendo un elemento fundamental para la continuidad de la atención; Dispensación de fármacos: las farmacias de los establecimientos de salud deben gestionar la entrega de medicamentos de forma oportuna; Urgencia: las áreas de urgencia deben atender los pacientes de manera estandarizada y automática; RCE: los establecimientos de salud deben registrar los eventos clínicos de los pacientes de forma electrónica, sustituyendo los documentos de papel.

356 MINSAL (2013).

357 MINSAL (2021).

358 Acrónimo de Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

359 Según entrevistados, existen casos donde hay un conjunto menor de datos, no así sistémico. Por tanto, se considera no resuelto.

360 Por ejemplo: Acta reunión No. 6 del 23 de septiembre de 2019, Comité Lista de Espera, Servicio de Salud de Osorno: "Respecto a egresos automáticos integrados Rayen-Phoenix que no están funcionando, Sr. XXXXXXXX explica que están todos en la capa de integración, que no depende ya de él. Sra. XXXXX informa que han detectado que falta crear usuarios en Phoenix, es decir funcionarios de APS que egresan SIC y otros problemas técnicos que esperan solucionar".

uso de TIC en salud es larga y aún queda mucho por hacer.[361] Así, el esquema general a implementar se puede interpretar como un análisis de qué cambiar para evitar que lo ocurrido vuelva a ocurrir y qué acciones adicionales se deben hacer.

150. La idea principal detrás es implementar una forma de priorizar las tareas de manera de dar un sentido a ellas y lograr iniciar un proceso que requiere de apoyos importantes de diferentes actores públicos y privados. Para llevar a cabo este proceso la evidencia sugiere tener una estrategia clara cuyas acciones deben tener un liderazgo definido. Por lo tanto, un primer esfuerzo apunta a establecer una estrategia TIC en salud y concentrar en una unidad el rol de conducir la elaboración de estándares nacionales, índice maestro de pacientes[362] y normativas que conforman los pasos previos a la construcción de la red de interoperabilidad.

151. En este sentido, la estrategia debe estar acompañada de la definición clara de cuáles son los organismos que serán los responsables de efectuar cada una de las tareas que son parte de la visión a largo plazo. La forma de generar una visión robusta y estable en el tiempo es por medio de incluir en el desarrollo de esta una mirada interdisciplinaria e interministerial, que considere (entre otros) MINSAL (Redes Asistenciales, FONASA, Salud pública, ISP, etc.), Gobierno Digital,[363] universidades y representantes de la salud privada, entre otros.[364]

152. Por otro lado, la determinación de estándares nacionales que permitan la interoperabilidad sintáctica y semántica[365] es una competencia técnica que debe ser determinada por un organismo que tenga la capacidad de generar normativas y planes a nivel nacional y además velar por el cumplimiento de estas normativas en el tiempo.

153. En este contexto, resalta la labor del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), servicio público que posee autonomía de gestión y está dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Este depende de MINSAL para la aprobación de sus políticas, normas y planes generales de actividades, así como en la supervisión de su ejecución. En su misión institucional está la vigilancia, autorización, investigación y transferencia tecnológica que permita promover y proteger la salud de la población. Dentro de este se encuentra el

361 Ver, por ejemplo, Grupo de Trabajo Industria Salud Digital (2018).

362 Registro clínico, financiero y administrativo de pacientes de todo el sistema de salud.

363 Entidad perteneciente al Ministerio de la Secretaría General de la Presidencia a cargo de propulsar las iniciativas digitales en el Estado.

364 Además, esta visión, en la medida que aumenten las definiciones, debe estar acompañada de planes locales los que pueden variar entre Servicios de Salud, ya que, como se observa, el desarrollo tecnológico puede variar, entonces un único plan nacional no parece entregar la flexibilidad que se requiere luego de la evaluación del estado de la red localmente.

365 La interoperabilidad sintáctica implica el desarrollo de un formato de datos común entre los sistemas. Ello es previo a la interoperabilidad semántica, término referido a la capacidad de los sistemas de intercambiar datos uniformados.

Departamento Agencia Nacional de Medicamentos, encargado del control de los productos farmacéuticos y cosméticos que se fabrican localmente, se exportan o se importan para ser distribuidos en el país. También integra el ISP el Departamento Agencia Nacional de Dispositivos Médicos I+D, encargado de garantizar la seguridad y el desempeño de los dispositivos médicos. En este contexto, se propone la creación de otro departamento dentro del ISP encargado de garantizar la seguridad, desempeño e interoperabilidad de los sistemas TIC en salud. Cabe señalar que, en entrevistas en el marco de este estudio, referentes de salud y de TIC sugirieron la misma alternativa. Ello, por la relevancia de su autonomía de gestión y carácter técnico, con menor sujeción a ciclos políticos frente a otros entes estatales del área de la salud.

154. Por tanto, en vista de los antecedentes expuestos, el Consejo de la CNEP propone las siguientes recomendaciones a la Presidencia de la República, con el objetivo de institucionalizar la estrategia digital en el sector público de salud, toda vez que la evidencia[366] y la literatura señala la necesidad de un liderazgo de largo plazo y consistente a través del tiempo para su implementación adecuada y así mejorar la atención de los pacientes.

Recomendación 2.1: 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 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.

366 La evidencia nacional así lo corrobora, mostrando que la falta de esta se ha traducido en diversas estrategias fragmentadas, inconclusas y con un impacto bajo, como también problemas operacionales respecto a la estandarización y competencias, entre otros aspectos.

- Registrar y autorizar a proveedores de tecnologías de información y comunicación en el sector salud.

Recomendación 2.2: 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.

155. Cabe señalar que estas recomendaciones se enmarcan en un esquema general de implementación que involucra diversos actores, etapas y procesos. Ello requiere de forma inicial de la definición de una estrategia y de un liderazgo claro, robusto y permanente. Por esto, una de las primeras acciones dentro de este esquema de implementación tiene que ver con las recomendaciones anteriormente enunciadas, mediante la creación del Departamento TIC dentro del ISP, tomando el rol de establecer y velar por el cumplimiento de normas y estándares en materia digital para la salud pública y la posterior definición de una estrategia TIC en salud para el país. Así, este esquema fue elaborado en función de la experiencia internacional (Ver Figura 2.1).

156. Si bien, en el contexto de este informe el esquema no involucra otras recomendaciones puntuales, el Consejo considera relevante mencionar que, además de objetivos, normativas, instituciones y presupuesto, la visión estratégica en salud debe contemplar un estudio sobre qué datos y qué organizaciones deben interoperar en distintos plazos. Con base en esto, se debe plantear un diseño metodológico en etapas (y plazos) que permita sustentar las decisiones de adquisición de servicios y compras y la estandarización de los datos (o intersecciones funcionales). Cabe mencionar que este es uno de los principales problemas detectados en la investigación de la Contraloría General de la Republica en el proyecto de Hospital Digital anteriormente mencionado.

157. Así, existe una gran lista de actividades que se debe cumplir para poder dimensionar las organizaciones, los registros, entre otros, que estarían llamados a interoperar. Algunas de estas acciones son:

- Determinar actores relevantes del ecosistema de salud y sus modelos funcionales;
- Coordinación con otros organismos que pueden participar del proyecto de interoperabilidad y no son parte de la red asistencial (Registro Civil, Minis-

terio de Desarrollo Social y Familia, entre otros);
- Priorización y plan de incorporación a la red de los organismos internos y externos;
- Evaluación de normativas vigentes y actualización;
- Estimación de la capacidad disponible;
- Estimación de capacidad requerida y plan de adquisiciones;

158. Como se mencionó previamente, la definición de estándares nacionales y normativa que permiten la interoperabilidad es una competencia técnica que debe ser determinada por un organismo que tenga la capacidad de generar normativas y planes a nivel nacional, pero además velar por el cumplimiento de estas en el tiempo. En este sentido, el ISP y en particular el departamento propuesto, cumplen con el perfil para asumir dicha labor.

159. Con ello, se inicia un proceso de largo aliento cuyo objetivo final es ofrecer a los usuarios una atención sanitaria de mayor calidad. En el contexto específico de la APS, dicha mejor atención ocurre considerando que estas recomendaciones apuntan a potenciar (sobre todo) los atributos de Integralidad y Coordinación, en el entendido que disponer de más y mejor información sobre el usuario permite realizar acciones con menor margen de error, con mejor comprensión del contexto, con mayor satisfacción del usuario y de manera coordinada entre los niveles de atención.

160. Bajo este contexto de plazos extensos para desarrollar una solución óptima para la interoperabilidad y de urgencia por percibir los beneficios sanitarios atribuidos a su implementación, es que en el marco de este proyecto se buscaron soluciones transitorias, de menor complejidad y costo, tal que la implementación de alguna de estas permitiera percibir los beneficios del uso de la información en la atención mientras se desarrolla la solución definitiva. En este sentido, la literatura en general apunta a soluciones del tipo repositorio, donde cada entidad involucrada deposita información sobre los usuarios para luego requerir información complementaria que el resto de las entidades involucradas también depositan. Estos son denominados Repositorios de Datos Clínicos, los cuales congregan información granular de pacientes desde distintas bases de información y son útiles para múltiples usos (Gartner, s.f.). Así, como se adelantó, el uso de esta información recopilada genera beneficios frente a la mejora en la atención y consecuentes resultados sanitarios.[367] Además, permite el estudio de la epidemiología de la población, siendo útil para detectar tendencias en las patologías (Mullins, et al, 2006).

161. A nivel nacional, pese a las diversas estrategias inconclusas que han dificultado el avance de la interoperabilidad, algunos Servicios de Salud han desarrollado la interconexión y estandarización de sus sistemas. Como parte de su planificación estratégica, el

[367] Por ejemplo, ver Fontaine et al. (2010).

SSMSO[368] ha desarrollado la plataforma VIAU.[369] Mediante esta plataforma los profesionales clínicos de los establecimientos de toda la red del servicio pueden visualizar de forma oportuna y en línea información clínica de las atenciones de los pacientes a los cuales tratan, obtenida desde los distintos niveles de atención y proveedores. La información disponible contempla, entre otras, datos de atenciones ambulatorias, recetas, exámenes, procedimientos, interconsultas, urgencias y epicrisis.[370] Por otro lado, el SSMAULE[371] lleva cerca de una década desarrollando la plataforma SISMAULE,[372] la cual busca automatizar los procesos vinculados a la atención de los pacientes.[373] Mediante un registro centralizado en una base de datos única (Ficha Clínica Única Regional), los médicos tratantes pueden acceder en línea y oportunamente a información clínica sobre, entre otros, fichas clínicas, prestaciones, imagenología y urgencias. El sistema contempla, incluso, un portal para los pacientes, donde estos pueden revisar, mediante autenticación con Clave Única, los resultados de sus exámenes de laboratorio (incluyendo el Covid-19), horas de atención pendientes y resultados de la prueba de antígeno.[374, 375] Un referente internacional que sugiere que estos esfuerzos van bien encaminados es el caso de Cataluña, donde existe la plataforma denominada La Meva Salut (LMS), la cual permite a la ciudadanía disponer de su información personal de salud y de otros servicios en línea, como tomar consultas, por ejemplo. Entre la información disponible para el usuario está el plan de medicación vigente, las vacunas administradas, los diagnósticos, los informes clínicos y los resultados de las pruebas y exploraciones complementarias.[376]

162. A pesar de estos casos,[377] representantes de la salud y expertos opinan, de manera generalizada, que existe una alta heterogeneidad en capacidades entre los Servicios de Salud: los desarrollos señalados son adelantados y atípicos en comparación con el contexto nacional. Ello no solo tiene consecuencias negativas para el desarrollo de interoperabilidad, sino indudablemente también frente a otros avances digitales de alta prioridad para el sector. Por ejemplo, el Centro de Políticas Públicas UC (2014) resaltaba la existencia de heterogeneidad en la implementación del Registro Clínico Electrónico en CESFAM.[378] Asimismo, las diferentes capacidades, tanto técnicas como culturales, podrían

368 Acrónimo de Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
369 SSMSO (2020).
370 SSMSO (2020).
371 Acrónimo de Servicio de Salud Maule.
372 Considerando todos los establecimientos que conforman la red de salud del servicio.
373 SSMaule (2017).
374 En el futuro podrá revisarse si se tiene medicamentos disponibles para retirar.
375 SSMaule (2015).
376 Ver Fundación Chile (2021).
377 También algunos entrevistados mencionaron otros servicios como el de Iquique sin más detalle.
378 Centros de Salud Familiar.

minar el avance de innovaciones tecnológicas de vanguardia con probadas mejoras de eficiencia para el nivel, como la instalación masificada del ya mencionado Teletriage.

163. Frente a los diferentes grados de avance tecnológico, resaltan iniciativas de menor complejidad que el desarrollo de interoperabilidad, las cuales han congregado información digital de pacientes, demostrando creación de valor social. Este es el caso de MeVacuno.cl, plataforma centralizada que recopila información de las vacunas contra COVID-19 de cada uno de los ciudadanos y proveniente de múltiples prestadores. Esto funciona como un repositorio de cara al usuario mediante una autenticación segura utilizando Clave Única. En este sentido, las experiencias internacionales sugieren que esta iniciativa podría ser ampliada a más tipologías de atenciones, donde los prestadores carguen información no estandarizada en formatos típicos extraíbles de sus sistemas: png, jpeg, pdf, entre otros, los cuales pueden ser visualizados por el paciente o el personal tratante bajo la autorización del primero. Por su parte, vale la pena destacar que esta iniciativa no es solo atingente a los establecimientos públicos, sino que también, mediante lo estipulado en el DFL 1 /2006 de MINSAL este podría solicitar información sanitaria de los pacientes a los prestadores privados, siempre que sea en beneficio de los primeros.

164. Lo mencionado con anterioridad también podría ser de utilidad para que los establecimientos de APS den curso al Reglamento sobre Acciones Vinculadas a la Atención de Salud realizada a Distancia,[379] el cual establece que el prestador, por medio de una casilla o plataforma digital,[380] debe entregar al paciente un documento que contenga una copia del informe y registro de la atención.[381, 382] Por su parte, el paciente[383] debe señalar una dirección de correo electrónico o acordar con el prestador algún otro medio para recibir notificaciones en el marco de la atención a distancia, de lo cual debe dejarse constancia en la ficha clínica.[384]

165. Ante estos antecedentes, el Consejo de la CNEP propone las siguientes recomendaciones a la Presidencia de la República, con el objetivo de implementar un repositorio digital que permita a los usuarios acceder a información de sus atenciones de salud más frecuentes, como para que los mismos dispongan (mediante autorización) dicha información a los equipos de salud en pos de una mejor atención.

379 Decreto 6 de 2021 del Ministerio de Salud.
380 U otro medio acordado con el paciente o la persona bajo cuyo cuidado se encuentre.
381 Que incluya la identificación del paciente, diagnóstico o hipótesis diagnóstica, las indicaciones dadas al paciente y la identificación del prestador individual que realizó la atención.
382 Artículo 16, párrafo 3°, Decreto 6 de 2021 del Ministerio de Salud.
383 O la persona bajo cuyo cuidado se encuentre.
384 Artículo 16, párrafo 4°, Decreto 6 de 2021 del Ministerio de Salud.

Recomendación 2.3: 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.

R**ecomendación 2.4:** En línea con la Recomendación 2.3, 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.

Infraestructura Civil: para un mejor acceso y resolutividad

166. La *Accesibilidad*, como atributo, apunta a la capacidad de la APS para ser el primer punto de contacto del usuario con el sistema sanitario ante un evento que requiera de atención. Siguiendo el trabajo de la Doctora Starfield (1994), cumplir con el rol de primer punto de contacto guarda relación tanto con la cercanía (presencial y remota) de la APS con las personas, como también con la capacidad de generar un vínculo, tal que el usuario sienta que es el primer lugar al cual puede acudir ante una necesidad sanitaria, sea esta urgente o no.

167. En línea con lo expuesto en otras secciones, si bien en los IAAPS[385] existen indicadores relacionados a *accesibilidad*,[386] la información proveniente de SINIM[387] sugiere que la meta de estos indicadores es alcanzada por la mayoría de los establecimientos; la información compartida para este proyecto por FONASA y SSMSO también sugiere que la cobertura[388] (señal de accesibilidad) es baja respecto a referentes internacionales, en Chile la cobertura promedio está alrededor de 50%, cuando las referencias sugieren sobre 65%.[389] En el caso de Chile, estas cifras pueden llegar a ser aún menores cuando se analiza por edad, género o comuna en particular.[390] También, la información de FONASA sugiere que alrededor de 1,5 millones de personas beneficiarias, estando inscritas en la APS, deciden atenderse exclusivamente en el extra sistema (proveedores privados) usando MLE.[391] Junto con ello, hay 6 millones de personas beneficiarias de FONASA que no reciben atención primaria durante el año, por tanto, la APS desconoce su situación sanitaria.[392]

168. Estas cifras, tanto de no inscritos, coberturas y atenciones del extra sistema, sugieren desafíos importantes sobre el rol de primer punto de contacto que se aspira tengan los centros de atención primaria, en el entendido que son el punto más cercano y continuo de atención que tiene disponible la población. En el caso de las atenciones extra sistema, como la no inscripción en la APS, las cifras sugieren la necesidad de fortalecer el vínculo con las personas, en el caso del extra sistema, mediante (al menos) la interoperabilidad entre niveles y sistemas de atención y en ambos casos, mediante una mayor cercanía, oportunidad y capacidad de cubrir la mayoría de las necesidades.[393]

169. La cobertura a nivel comunal, la cual está entre 20-65% para la mayoría de las comunas según SINIM,[394] también sugiere la existencia de diversas barreras al acceso, algunas por

---

385 Acrónimo de Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud.

386 Relacionado al Ámbito RISS, ver Decreto 29, por ejemplo.

387 Ver datos municipales del Sistema Nacional de Información Municipal. Se trabaja bajo el supuesto que el indicador en cuestión está altamente correlacionado con el nivel de cumplimiento de las comunas respecto al IAAPS.

388 Medido como el número de personas atendidas en la APS de la comuna sobre el número de inscritos en APS de la misma comuna.

389 Ver Health at a Glance (OCDE, 2019), Van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Cmaj, 174(2), 177-183.

390 La cobertura según SINIM está entre 20-65% a nivel de comuna.

391 Acrónimo de Modalidad Libre Elección. Mecanismo por el cual el beneficiario de FONASA, mediante un copago, se atiende en el sector privado. Para efectos del cálculo se utilizaron exclusivamente aquellas atenciones asociadas al nivel primario.

392 Por ejemplo, en el caso de SSMSO, a 2017 existían cerca de 512 mil personas que no presentaron contacto con la red (primaria, secundaria o terciaria).

393 El hecho que utilicen el extra sistema, o bien, no estén inscritos, sugiere que la oferta de servicios, el tiempo de espera de este e incluso la calidad, desincentiva su uso en una proporción importante de la población beneficiaria.

394 Ver Sistema Nacional de Información Municipal.

motivos de distancia, geografía, disponibilidad de tiempo, movilidad de la propia persona, como oferta misma. Una infraestructura APS más cercana y con mejor y más equipos permitiría reducir algunas de estas brechas. Por ejemplo, mediante equipo clínico móvil que permita de manera asincrónica la evaluación médica de un paciente de zona rural con problemas de movilidad, o bien, tecnología que permita la programación y coordinación de la cita de manera remota, permitiendo mayor acceso a personas en edad laboral y jóvenes.

170. El desafío por generar mayor accesibilidad también tiene sentido de urgencia considerando que al menos 11 millones de personas con multimorbilidad[395] requieren atención médica y control crónico anual de por vida (Margozzini y Passi, 2018). El estudio concluye que "la magnitud de población que requiere atención médica y cuidados crónicos supera la capacidad de respuesta del sistema de salud". Los autores también sugieren implementar estrategias preventivas potentes, junto con estrategias de priorización a través de riesgo; ambas estrategias requieren del apoyo de infraestructura tanto tecnológica, de equipos, como de obra civil.

171. Otro ejemplo mencionado anteriormente y que releva la necesidad de potenciar la accesibilidad de la APS, guarda relación con las hospitalizaciones evitables (HE)[396], entendiendo estas hospitalizaciones (crónicas como agudas) como aquellas asociadas a personas que sufrieron una descompensación que los llevó a ingresar al hospital (muchas veces de urgencia) por causa de restricciones de acceso, seguimiento y/o capacidad resolutiva del nivel primario. El Estudio de la USS (2021) en el marco de este proyecto cifró en USD$300 millones anuales el gasto asociado a estos casos para el sistema público de salud. Junto con el gasto en atención, el estudio estimó que las HE utilizan en promedio cerca del 21% de la oferta de días-cama de los hospitales y además estos casos representan cerca del 11% de los egresos en un año.

172. Una APS más accesible y resolutiva para los usuarios permitiría reducir la proporción de HE, disminuyendo también el número de fallecidos: en promedio durante 2010-2018 un 27% de las HE terminó en un egreso fallecido.[397] Potenciar este atributo permitiría liberar recursos a nivel hospitalario para ser utilizado en casos vinculados, por ejemplo, a la lista de espera quirúrgica o casos GES que requieren hospitalización y/o cirugía. A modo de ejemplo, el 20% de días-cama utilizados por los casos HE equivale al uso promedio de días-cama de 69 mil egresos quirúrgicos programados, cercano al 25% de los casos en lista de espera quirúrgica (a noviembre 2021).[398]

---

395 Personas con al menos dos enfermedades crónicas.

396 La definición más correcta debería ser "Hospitalizaciones Evitables por Condiciones Sensibles a Atención Ambulatoria" cuyo acrónimo en inglés es ACSC: Ambulatory Care Sensitive Conditions.

397 Ver USS (2021).

398 A partir de estudio de pabellones de CNP (2020) se ocupa un promedio de estancia de 3,5 días por egreso.

173. No es difícil concluir, con base en esta evidencia, que se requiere de un modelo de gestión en red donde la APS juegue un rol primordial en asegurar la atención oportuna y de calidad al definirse esta como el primer punto de contacto del usuario con la red. Para esto es necesario contar con infraestructura equipada, es decir, con los recursos humanos, equipamientos[399] y equipos[400] con capacidad resolutiva tal que las personas puedan resolver parte importante de sus problemas de salud cerca de sus domicilios. Asimismo, la cercanía es vital para que la atención primaria pueda poner énfasis en lo preventivo, promocional y comunitario sin descuidar la calidad de los aspectos curativos y de rehabilitación.

174. Respecto de la cercanía de los establecimientos, la información del DEIS, BIP, INE, FONASA, entre otras fuentes, permite concluir que en zonas urbanas[401] el establecimiento de APS más cercano está, en promedio, a 4 kilómetros del hogar.[402] Así, en una ciudad como Santiago, una persona podría llegar a un establecimiento APS, por ejemplo, caminando (60 minutos aproximadamente), en auto (20 minutos aproximadamente) o en transporte público (40 minutos aproximadamente). Sin embargo, el establecimiento de APS más próximo no necesariamente es el que le corresponde al usuario, debido a que puede estar en una comuna distinta o estar inscrito en otro. Por tanto, esta distancia y tiempo pueden ser aún mayores para varios beneficiarios.

175. En las regiones de Tarapacá, Atacama, Metropolitana, O'Higgins y La Araucanía, para más de la mitad de la población que vive en zonas urbanas (casi el 60% de la población) el establecimiento APS más cercano está en una comuna colindante, señal de una distribución poco eficiente.[403] En zonas rurales,[404] el establecimiento de APS más cercano está, en promedio, a 8 kilómetros. Sin embargo, el 5% de la población vive a más de 12 kilómetros y para el 23% de la población su establecimiento de APS más próximo está en una comuna distinta. En general, para el 13% de la población (sobre 2 millones de personas) el establecimiento de APS más cercano es una posta, la cual no suele estar

399 La definición general corresponde a aquellos bienes que permiten el alhajamiento de un inmueble, tales como sillas, mesas, camas, escritorios, papeleros, estantes, muebles de instalaciones, etc. (MDSF, 2020).

400 La definición general corresponde a maquinarias y equipos para la industria, hospitales, escuelas, etc., tales como scanner, tomógrafos, RX, esterilizadores, lavadoras, planchas industriales, TV, cocinas, equipos y programas informáticos, etc. (MDSF, 2020). En el contexto de APS se entiende que el listado de equipos es un subconjunto de este, entendiendo que la APS aborda baja complejidad.

401 Donde el censo está a nivel de manzanas.

402 En este caso se mide distancia de una manzana con respecto a un establecimiento APS, donde la manzana tiene asociado la población que habita en esta.

403 Hay que recordar que hoy la inscripción se da a nivel de comuna, por tanto el usuario que vive en una comuna determinada tiende a inscribirse en un establecimiento de dicha comuna.

404 Donde el censo utiliza localidades.

equipada para dar todas las acciones y/o prestaciones del PSF.[405, 406] Al analizar la distancia entre la población y los establecimientos de APS, se observa una alta heterogeneidad entre las regiones: en La Araucanía, Magallanes, Los Lagos, Valparaíso y Ñúble, casi el 20% de la población vive a 12-60 kilómetros de un CESFAM[407] o CECOSF,[408] en el caso de Aysén llega ser 50% (Ver Figura 2.2).

176. Cada tipo de establecimiento de APS es diseñado para atender una cantidad máxima de población beneficiaria, estimando para ello infraestructura, equipamiento, equipos y recurso humano necesarios para satisfacer la demanda (Ver Tabla 2.1). No obstante, existen comunas donde la cantidad de beneficiarios de los establecimientos es superior a su capacidad estimada. La Figura 2.3 muestra la relación de inscritos sobre capacidad teórica de beneficiarios APS por comuna. En 201 establecimientos (CESFAM, CECOSF y PSR[409]), la cantidad de inscritos supera a la cantidad para la que fueron diseñados. En tanto, la Figura 2.4 evidencia para comunas con brechas de capacidad, principalmente de la región Metropolitana, una relación negativa entre el cociente de inscritos sobre capacidad teórica de beneficiarios y el porcentaje de la población inscrita comunal que acude a un CESFAM. Esto sugiere que, cuando se tiene una población de inscritos que supera la capacidad teórica, el acceso de la atención es limitado. Considerando las comunas afectas a esta situación, esto se traduce en que más de 5,4 millones de personas, o cerca del 36% de los beneficiarios del sistema, ven limitado su acceso, oportunidad, calidad y continuidad de la atención. En otras palabras, cuando la cantidad de inscritos de un establecimiento es mayor a su capacidad teórica, la adhesión a la APS se dificulta. La Figura 2.5 muestra una alta dispersión entre el mínimo y máximo de inscritos por tipo de establecimiento y región.

177. Es indiscutible que el país ha ido reduciendo las brechas de infraestructura pública de salud. Estos esfuerzos han estado concentrados en la construcción de hospitales,

405 "Las Postas Rurales de Salud son establecimientos de atención ambulatoria y desarrollan básicamente acciones de fomento y protección, ejecutan actividades curativas de bajo nivel de complejidad y derivan a establecimientos de mayor complejidad las situaciones que no pueden atender con sus medios. La Posta Rural está a cargo de un auxiliar paramédico permanente, capacitado para desempeñarse en estas funciones y que actúa bajo la supervisión de un equipo profesional de salud" (artículo 37, Decreto 140 de 2005 del Ministerio de Salud).

406 "Las prestaciones y/o acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, se resumen en el "Plan de Salud Familiar", que se contextualiza en el modelo integral de salud familiar y comunitario e integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, contribuyendo con estas a ejercer la función de la atención primaria en su territorio a cargo, en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación cuando corresponda" (artículo 5, párrafo 1°, Decreto 29 de 2021 del Ministerio de Salud).

407 Centros de Salud Familiar.

408 Centros Comunitarios de Salud Familiar.

409 Posta de Salud Rural.

principalmente de alta y mediana complejidad, lo que ha traído beneficios, pero también consecuencias: sobrecarga de interconsultas (debido a la falta de capacidad resolutiva del nivel primario), sobrecarga de los servicios de urgencia (baja capacidad resolutiva a nivel secundario y primario) y fragmentación en la atención, en parte por las limitantes al flujo de información de los pacientes.

178. El foco en hospitales es observado, por ejemplo, en los planes de inversión de los últimos gobiernos, los cuales contemplaron desde 2014 más de 114 proyectos. Según McKinsey Global Institute (2020), esto sería una política poco eficiente. En cambio, trasladar la inversión y el gasto hacia políticas de prevención y detección temprana de enfermedades (con énfasis en la APS) implicaría tratamientos menos costosos y más efectivos: el beneficio económico de invertir 1 dólar adicional en mejorar la salud de la población chilena sería de 1,8 dólares. Como referencia, el costo equivalente por atención en un CESFAM es M$ 15 (M$ 9-45), mientras que en un hospital de alta complejidad el costo equivalente por atención/egreso es M$ 1.082, es decir, al menos 20 veces más que la atención primaria. Según estimaciones para este proyecto, un consultorio adicional de APS (CESFAM o CECOSF) reduciría, en promedio, cerca de un 5% las HE. Esto es señal de que una mayor dotación de infraestructura en APS está asociada a un mayor acceso y efectividad.[410]

179. También existen brechas importantes en la dotación de infraestructura de atención primaria de urgencia (SAPU[411] o SAR[412]). En concreto, a enero 2022,[413] solo 139 comunas en Chile contaban con al menos un centro de atención primaria de urgencia, afectando la capacidad resolutiva de la APS ante cuadros agudos e induciendo flujos de casos evitables hacia la atención secundaria y terciaria en 206 comunas que no cuentan con estos. En otras palabras, 1 de 3 inscritos, beneficiarios de FONASA, no tiene acceso a un servicio de atención primaria de urgencia en su comuna.

180. Es importante señalar que los centros de urgencia, sean SAPU o SAR, están generalmente adosados a un CESFAM. A nivel nacional existen 278 CESFAM sin urgencia, lo que se muestra como una oportunidad para ampliar la cobertura de la APS de urgencia sin la necesidad de incurrir en la construcción de un CESFAM. Más aún, se identifican 125[414] comunas que cuentan con al menos un CESFAM, pero no así un centro de urgencia.

181. Por otro lado, existen 10 comunas que, a enero 2022, no cuentan con centros de APS en su territorio. Estas son: Mejillones, Tocopilla, Andacollo, Isla de Pascua, Coinco, Graneros, Cochrane, Cabo de Hornos, Porvenir y Primavera. En la Tabla 2.2 se muestra

410 Valor de la estimación estadísticamente significativa al 1%. Ver Nota Técnica USS y CNEP (2022).
411 Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).
412 Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR).
413 Cifras DEIS.
414 Al considerar aquellos SAR en construcción el número de comunas cae a 123.

un resumen de las características de estas comunas de lo que se destaca que, con la excepción de Primavera, estas comunas se caracterizan por contar con un hospital de baja complejidad en la comuna, lo que sugiere que puede hacer parte de las labores de salud de nivel primario y secundario.

182. Tener un mayor acceso a una capacidad mínima resolutiva permitiría abordar una parte significativa de las HE. De hecho, según estimaciones para este proyecto, la implementación de centros de urgencia a nivel primaria permitiría reducir en 31% las HE por cada mil beneficiarios, teniendo un efecto aún mayor sobre aquellas HE ligadas a cuadros agudos; donde estos centros permitirían reducir alrededor de un 38% las HE. Esto es especialmente relevante en el caso de Chile, donde las HE agudas representan casi el 50%[415] del total de las hospitalizaciones evitables en un año.[416]

183. El actual Plan de Inversión 2018-2022 contempla la construcción, normalización o ampliación de más de 165 establecimientos de APS. A agosto de 2021, 98 han sido terminados,[417] 36 están en ejecución[418] y 31 en etapa de estudio o licitación. Las evaluaciones ex post[419] de MDSF muestran que las estimaciones iniciales de costos y duración de los proyectos de APS son sobrepasadas entre 2014 y 2019, los proyectos evidencian desde un 3% de sobre costo y desde un 121% de aumento de duración sobre las cifras iniciales[420] (Ver Tabla 2.3). Si bien, en el caso de sobre costo el porcentaje se encuentra dentro del rango estándar aceptable,[421] no es así para el caso de los plazos. En este último, esto se traduce en que la construcción de un CESFAM más un SAR toma en promedio 3,7 años.[422]

184. Para reducir la brecha de infraestructura en APS el presupuesto del sector público en salud debería crecer significativamente. La Tabla 2.4 y Tabla 2.5 muestran los costos referenciales y ex ante de infraestructura de APS. Así, considerando documentos oficiales, parámetros de valores y plazos, además de la oferta actual y el Plan de Inversión 2018-2022, la CNEP estima que la brecha de infraestructura de APS puede ser cerrada con 115 CECOSF,

415 En el caso de países desarrollados es menor (7%).

416 En el caso de las hospitalizaciones por causa de patologías crónicas descompensadas el impacto es cercano al 24%, ver Nota Técnica USS & CNEP (2022).

417 49 CESFAM, 11 CECOSF y 37 SAR.

418 CESFAM, CESFAM con SAR, y SAR.

419 Evaluación que hace el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), posterior a la entrega de proyectos de infraestructura que hayan pasado por el sistema nacional de inversión.

420 Los aumentos de costos son calculados con base en el último monto total solicitado y aprobado, y no necesariamente con base en el costo inicial estimado. Esto puede esconder una variación relevante.

421 Ver CNEP (2020).

422 El valor promedio ex-ante es de 37 meses, con valor mínimo de 25 meses y máximo de 55.

48 CESFAM y 121 PSR, distribuidos en 28, 40 y 44 comunas respectivamente.[423, 424] Asimismo, para cubrir el déficit de atención primaria de urgencia se deberían construir 123 SAR.[425] La inversión total aproximada en estos centros equivaldría a $897 millones de dólares en obras civiles, $39 millones de dólares en equipos y un costo de mantenimiento anual estimado de $6 millones de dólares (Ver Tabla 2.6). En consecuencia, cerrar la brecha en la capacidad de la atención primaria implicaría una inversión equivalente a casi el 32% del presupuesto de APS para 2022.[426]

185. Junto a la inversión, también es relevante considerar la actual cartera de establecimientos, los que, para apoyar una mayor accesibilidad y capacidad de atención por parte de los equipos, requerirían reinvertir, tanto en obras como en equipos y equipamiento. Según primeras estimaciones de la CNEP, el valor de la cartera de infraestructura de la APS está en torno a los 5.500 millones de dólares, mientras que el valor de su equipamiento se estima en torno a los 300 millones de dólares (Ver Tabla 2.7).[427]

186. Así, tomando el contexto económico y social: proyecciones bajas de crecimiento,[428] nivel de ocupación aún por debajo de los niveles previos a pandemia,[429] políticas sociales alternativas (vivienda, pensiones), salario mínimo, entre otras; la inversión requerida para reducir la brecha de infraestructura y mejorar la cartera actual tiene un costo social alternativo importante y un financiamiento complejo.

---

423 Para el cálculo de dicha brecha se consideró como criterio cerrar el exceso de inscritos por comuna. En este sentido, la infraestructura propuesta es la necesaria para asegurar que la infraestructura cubra, al menos, la población para la que fue diseñada tomando en cuenta que, la brecha debe ser cubierta con un centro del mismo tipo. Más aún, considerando la restricción de RRHH: en las comunas con hospitales y al menos 2 CESFAM, se propone modificar uno de estos CESFAM a un centro de atención secundario del tipo CDT, los cuales, al compartir personal con el hospital permiten liberar recursos humanos para distribuirlos en centros más granulares que acerquen la APS a la población, por ejemplo, CECOSF.

424 Cabe destacar que la cartera propuesta es una alternativa a otras posibles carteras.

425 Se consideró que toda comuna que tenga al menos un CESFAM debe tener al menos un centro de urgencia. Para esto, se considera el centro de urgencia que se construye actualmente: SAR, y así cerrar la brecha con el estándar actual.

426 El Presupuesto de APS en 2022 según Ley de Presupuesto asciende a los $2.398.725.892 miles de pesos, equivalente a $2.998 millones de dólares a un tipo de cambio de $800 CLP/USD.

427 Esta estimación debe ser vista como cota superior. En este caso el valor del activo se obtiene bajo el supuesto que las mantenciones que se le aplican a la infraestructura le permiten mantener su valor a lo largo del tiempo, es decir, se asume que la depreciación es exactamente cubierta por las mantenciones, así como proyectos de ampliación y normalización, estos últimos están considerados dentro del monto agregado de obras civiles. Para más detalles ver Documento de Trabajo CNEP.

428 El World Economic Outlook (FMI, 2021) proyecta para Chile un crecimiento de 2,5% para 2022 y, para el periodo 2022-2026, un crecimiento promedio de 2,2%. El IPoM de diciembre 2021 estimó un crecimiento entre 1,5-2,5% para 2022 y entre 0-1% para 2023.

429 Según cifras del INE, la ocupación para el trimestre noviembre 2021 - enero 2022 aún no alcanza los niveles previo a pandemia (194 mil ocupados menos que a trimestre febrero-abril de 2021).

187. Junto a lo anterior, también están los temas de plazos y sobrecostos del desarrollo de proyectos APS expuestos en el párrafo 183. La información de Mercado Público también sugiere que una parte importante de las licitaciones de infraestructura de APS presentan dificultades durante su desarrollo. Por ejemplo, solo un 4% de los proyectos en proceso de licitación a marzo 2022 no ha presentado problema en su proceso, mientras que un 61% de estos ha presentado al menos una licitación desierta; un 25% una licitación revocada y un 14% una extensión del plazo de licitación por no encontrar una contraparte en el plazo designado[430] (Ver Tabla 2.8).

188. Este problema no solo está presente en los proyectos en licitación. Los proyectos en construcción también tuvieron dificultades para asignar la licitación, los datos de Mercado Público sugieren que un 28% de estos tuvo una extensión de plazo en su licitación. En la etapa de construcción también se evidencian dificultades que redundan en mayores plazos: tan solo un 18% de los proyectos en construcción no han tenido observaciones. Más aún, cerca de la mitad de los proyectos tuvo un término anticipado del contrato y un 13% de estos extendió su plazo de construcción con respecto a lo planificado. Estas observaciones tienden a ser más recurrentes en la construcción de los centros SAR (Ver Tabla 2.9).

189. El financiamiento de estos proyectos proviene de dos fuentes: Sectorial o Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR); donde, para la primera la institución financiera es MINSAL, mientras que para la segunda la institución financiera es el Gobierno Regional y las respectivas municipalidades.[431] En la Tabla 2.10 se observa la distribución del número de proyectos de baja complejidad según fuente de financiamiento. En concreto, se observa que los montos promedio de inversión son similares entre estas fuentes, sin embargo, varían en la cantidad de proyectos y tipología de estos. Específicamente, el Gobierno Regional tiende a financiar proyectos de PSR, financiando 23 de los 24 proyectos de este tipo. Mientras que el nivel central tiende a financiar los CECOSF y SAR; por último, la distribución de CESFAM es homogénea.

190. En agregado, la información sobre financiamiento de proyectos para la APS sugiere que la mayoría de estos se financia vía sectorial, representando un 64% del monto total, el restante 36% proviene de FNDR. En este último caso la literatura sugiere que la elección y distribución de estos planes de inversión pareciera responder a una mixtura entre criterios ligados a eficiencia y equidad con factores políticos. Livert y Gainza (2017) como Corvalán, Cox y Osorio (2018) estudian la influencia del ciclo político en la asignación de fondos de inversión desde nivel central al nivel municipal en Chile,[432] encontrando un aumento de

430 Porcentajes no suman 100% pues la licitación del CESFAM V de Renca fue revocada en 2 ocasiones y en su tercer proceso, la licitación quedó desierta. Así, este CESFAM clasifica en 2 categorías.

431 Si bien existen proyectos que obtienen financiamiento por parte de estos dos mecanismos, la tendencia es que sean financiados por uno u otro.

432 Entre estos el FNDR.

dicha inversión en periodos electorales, como también sesgo de una mayor inyección de recursos hacia comunas alineadas con el oficialismo.[433] Más aún, Livert y Gainza también identifican que las comunas con mayores recursos y por ende mejores capacidades de formulación de proyectos, tienden a adjudicarse los concursos de infraestructura con mayor probabilidad, aumentando así la inequidad existente entre comunas.

191. Una alternativa a los dos mecanismos anteriores y que ha sido utilizada para aumentar y mejorar la infraestructura pública, es la Asociación Pública Privada (APP). Esta asociación tiene lugar cuando un conjunto de actores público y privados se reúnen para mejorar el bienestar de la población sobre la base de principios y funciones acordados mutuamente.[434] En general, puede comprender la contratación de servicios públicos; el financiamiento por parte del sector privado; el diseño y construcción de infraestructura y el financiamiento de proyectos de responsabilidad social empresarial mediante mecanismos de corregulación, entre otros.

192. Existen diversas ventajas de la APP, entre estas, permite diferir el costo de la inversión a lo largo de la vida útil de la asociación, reduciendo el impacto fiscal de políticas de infraestructura. Además, contribuye a cerrar la inequidad en el acceso a bienes y servicios públicos, disminuir los plazos de construcción de infraestructura, evita los costos excesivos ligados a la burocracia e induce a una mejor y más eficiente mantención.[435] Por tanto, puede fortalecer la gestión del Estado, proporcionando servicios de manera más eficiente.[436] De hecho, la evidencia sugiere que el mantenimiento de la infraestructura[437] es mejor y menos costoso bajo un esquema de APP que a través de la provisión pública[438] (Engel, Fischer y Galetovic, 2021). Esto, debido a que la inversión pública no tiene incentivos a invertir en mantenimiento ya que existen otros proyectos políticamente más atractivos; valga como ejemplo la construcción de nueva infraestructura o la reparación de aquella infraestructura severamente deteriorada.[439] Al contrario, las entidades privadas están incentivadas a minimizar los costos a lo largo del ciclo de vida de la infraestructura, por lo

433 Es importante recordar que a partir de una reforma constitucional a la Ley 20.990 en 2017 se dispone a la elección popular el órgano ejecutivo de los gobiernos regionales. En este sentido, a partir de junio del 2021 comienzan a dirigir los gobernadores regionales electos democráticamente, lo que podría alterar la capacidad del nivel central de influenciar el presupuesto regional. Así, bajo este nuevo contexto queda aún la pregunta abierta si el ciclo político afectará las decisiones de inversión.

434 Kickbusch y Quick (1998).

435 Véase Engel, Fischer y Galetovic (2021).

436 Fai et al. (2020).

437 Infraestructura en general, no exclusiva APS.

438 Esta condición tiende a cumplirse siempre y cuando dentro del contrato se incluya estándares de calidad en la prestación.

439 En el estudio de la CNEP (2020) sobre eficiencia de pabellones se estimó que la inversión anual histórica en equipos clínicos en los hospitales representaba el 0,6% del presupuesto.

que invertirán en mantención y tecnología más perdurable[440] (Hart, 2003). Así, las APP no solo permitirían cerrar la brecha sino también (bajo un contrato bien diseñado) lograrían entregar al final del ciclo de la asociación una mejor infraestructura.[441]

193. La evidencia recolectada para el estudio de la CNEP sobre productividad en el sector de la construcción[442] sugiere que la infraestructura pública hospitalaria concesionada (una especie de APP) desarrollada y finalizada entre 2009 y 2019 resultó ser más costo-eficiente y más productiva que la alternativa de Diseño y Construcción vía Servicio de Salud.[443] En concreto, en hospitales de alta complejidad el costo aproximado de la obra concesionada fue de UF 45/m2, mientras que vía Servicio de Salud fue de UF 51/m2. En el caso de productividad, las obras concesionadas produjeron en promedio 62 m2/día, versus 24 m2/día vía Servicio de Salud. En el caso de los hospitales de mediana complejidad, los resultados obtenidos fueron: UF 48/m2 para concesiones versus UF 55/m2 vía Servicio de Salud, y; 46 m2/día para concesiones versus 14 m2/día para Servicios de Salud (Ver Figura 2.6).

194. En Reino Unido, desde 2001 existen empresas locales (LIFTCo[444]) que renuevan o construyen y mantienen instalaciones de atención primaria y servicios comunitarios bajo un esquema de APP. En las LIFTCo participan el sector público (CHP[445]) y privado. El primero es representado por la empresa estatal CHP y el segundo por una empresa privada. La CHP tiene el 40% de la propiedad de cada LIFTCo y la empresa privada respectiva el resto (60%). Existen 49 LIFTCo que cubren cerca del 60% de la población y 40% del territorio. A la fecha, 350 proyectos han sido desarrollados, donde casi 9 de cada 10 han sido ejecutados en áreas con necesidades de salud superiores al promedio; un estimado del 80% del gasto en construcción ha sido realizado con empresas de las zonas correspondientes; y el 40% de toda la inversión ha sido realizada en el 10% de las comunidades locales más vulnerables.

195. Uruguay, desde 2011, tiene una ley de APP que permite al Estado encargar a un privado el diseño, construcción y operación de infraestructura o alguna de estas prestaciones, además de su financiamiento.[446] La ley aplica en los siguientes sectores de actividad: obras viales, ferroviarias, portuarias y aeroportuarias; energéticas, de disposición y tratamiento

440 Hart (2003) demostró que el beneficio teórico de las concesiones dado por la minimización de costos del ciclo de vida de la infraestructura es condicional a que la calidad de la conservación pueda ser medida y exigida por el contrato. Solo de esta forma será del interés del concesionario mantener e invertir en la infraestructura continuamente.

441 Entiéndase el valor residual del activo es mayor a diferencia de una obra pública tradicional.

442 Productividad en el sector de la Construcción (CNEP, 2020).

443 Una modalidad construcción de obra pública con recursos públicos, donde una adjudicataria debe llevar a cabo la fase de diseño y construcción.

444 Ver Community Health Partnerships.

445 Acrónimo en inglés de Community Health Partnerships.

446 Ley 18.786, sobre Contratos de Participación Público-Privada para la Realización de Obras de Infraestructura y Prestación de Servicios Conexos.

de residuos; sociales (incluyendo cárceles, centros de salud y educación, viviendas de interés social, complejos deportivos y obras de mejoramiento, equipamiento y desarrollo urbano) (Ver Anexo APP Internacional). Vale la pena destacar que una experiencia que guarda similitud con el desafío de la distribución geográfica de la atención primaria en Chile y que ha sido aplicada en este marco asociativo, es la construcción y mantenimiento de infraestructura educacional pública de nivel primario.

196. En el país también existen casos de APP que sugieren la posibilidad de implementar esta a nivel de la APS. Por ejemplo, entre 1996 y 2017, la Municipalidad de Las Condes, por medio de su corporación y de acuerdo con la Ley de Municipalidades, concesionó tres inmuebles municipales para que en estos fueran prestados servicios educacionales. En general, los concesionarios debían, entre otros, asegurar la gratuidad, desarrollar el servicio educacional de acuerdo con el proyecto educativo presentado e incorporar o dar continuidad a los alumnos que participaran en programas sociales de la municipalidad.Los alumnos que asistieron a los establecimientos obtuvieron resultados favorables en pruebas estandarizadas. Si bien, de acuerdo con la Ley 20.845, el municipio puso término de común acuerdo a las respectivas concesiones, esto prueba que municipios con corporaciones pueden participar en estas figuras, dado que estas últimas administran activos que son del municipio.

197. Otro ejemplo que sugiere la factibilidad de implementar una APP a nivel primario tiene que ver con el caso del Centro Metropolitano de Vehículos Retirados de Circulación. En 2005, 20 municipalidades delegaron al MOP[447] (Convenio de Mandato) la entrega en concesión de esta obra pública fiscal. El proyecto consistía en el diseño, construcción, mantención y explotación de un recinto para custodiar los vehículos retirados de circulación o de las vías públicas, por orden de una autoridad. Este tipo de proyecto prueba también la posibilidad de que municipios puedan coordinarse para otorgar en conjunto un mandato para la ejecución y administración de un contrato de APP al MOP.

198. También, el uso de concesiones para redes asistenciales en salud, es decir, para un conjunto de establecimientos, ya ha sido implementado en Chile. A marzo de 2022, existen 3 concesiones de redes las cuales, en su conjunto, contemplan la construcción de 11 recintos.[448] Valga como ejemplo, la concesión Red Biobío, que implica la construcción de 4 hospitales, dos de baja complejidad (Hospital Santa Bárbara y Hospital de Nacimiento), un hospital de mediana complejidad (Hospital de Lota) y uno de complejidad mediana-alta (Hospital de Coronel). Dicha concesión contempla la construcción y mantención de la infraestructura, así como también la adquisición, mantención y reposición de los equipamiento y mobiliario clínico y no clínico. Asimismo, es importante mencionar que excluye servicios adicionales

447 Ministerio de Obras Públicas.

448 Las 3 concesiones de redes son: 1. Concesión Red Bío Bío; 2. Concesión Red Maule; 3. Concesión Red Los Ríos - Los Lagos.

como los servicios de alimentación, aseo, entre otros. De esta forma, es posible aprovechar la experiencia con este tipo de contratos para tenerlo como referencia para la red de APS.

199. También es importante mencionar, en el marco de las APP, la experiencia de los hospitales concesionados en Chile. Estos son producto de Convenios de Mandato entre MINSAL, SSRA y los Servicios de Salud respectivos y MOP. Al cierre del segundo trimestre de 2021, las concesiones hospitalarias comprendían 9 recintos: 4 en operación y 5 en construcción. En estas APP, en general, el MOP es el encargado de gestionar la concesión de la infraestructura y algunos servicios de apoyo no clínicos (Ver Anexo APP Nacional).

200. También resulta importante mencionar que la evidencia y entrevistas con representantes de la APS, sugieren la existencia de una brecha importante de establecimientos a nivel territorial del tipo CDT[449] o CRS,[450] los cuales son parte del nivel secundario:[451] según información del DEIS existen a nivel nacional 9 CDT, 12 CRS y 92 COSAM.[452] No obstante, puede que existan más establecimientos de estos tipos que están adosados a

449 Los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) son establecimientos de atención abierta de alta complejidad adosados a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud y consultorios generales y a pacientes hospitalizados en el establecimiento al cual están adosados. Estos Centros están a cargo de un Director, que dependerá directamente del Director del Servicio, sin perjuicio de lo cual, en casos fundados dicho Director del Servicio puede determinar una modalidad de administración única o coordinada con el Hospital al cual están adosados. Estos Centros cuentan al menos con pabellones para diversas especialidades, laboratorio de alta complejidad e imagenología compleja.

450 Los Centros de Referencia de Salud (CRS) son establecimientos de atención abierta de mediana complejidad, que proporcionan atención de tipo diagnóstico y terapéutico preferentemente a pacientes referidos por los Consultorios Generales. Ellos se crean en aquellos lugares en que es necesario aumentar la capacidad resolutiva de nivel secundario de atención ambulatoria, con el objeto que solucionen los problemas de salud de la población a ese nivel de atención. Estos Centros están a cargo de un Director, que depende directamente del Director del Servicio. Cuando estos Centros se encuentren aledaños a centros hospitalarios, dicho Director podrá determinar una modalidad de administración coordinada o única de estos establecimientos. Los Centros de Referencia de Salud realizan las acciones correspondientes a las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugía, además de especialidades de alta demanda ambulatoria, tales como: dermatología, oftalmología, fisiatría, cirugía infantil, otorrinolaringología, neurología y odontología u otras que el Director del Servicio estime necesarias para satisfacer las demandas de salud de la población.

451 El nivel secundario consiste atención ambulatoria de especialidad como un espacio resolutivo intermedio entre la atención primaria de salud y la atención cerrada de los hospitales. Son los llamados a liderar el proceso de referencia y contrarreferencia de la Red a la que pertenecen y, por lo tanto, son los principales gestores de la demanda y la lista de espera de la Red.

452 Centros Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), son establecimiento de atención ambulatoria, dedicado al área de salud mental y psiquiatría, que apoya y complementa a los consultorios de la comuna en la cual funciona. El COSAM otorga atención a los usuarios residentes en la comuna, beneficiarios de FONASA o PRAIS, inscritos y derivados desde el CESFAM, consultorios o estaciones Médicas de Barrio, así como de hospitales, Tribunales de Familia y otras instancias del poder judicial con motivo de evaluaciones.

los hospitales y, por consiguiente, no es posible contabilizarlos con esta información. En estos casos, la crítica que se puede hacer guarda relación con la escasa proximidad de atención especializada ambulatoria cercana a la comunidad y, por tanto, baja accesibilidad para atención derivada por la APS.

201. Si bien, el nivel secundario no es parte del marco de este proyecto, reducir brechas de estos establecimientos a nivel territorial[453] permitiría una mayor capacidad resolutiva a la red, la que beneficiaría la capacidad de la atención primaria, entendiendo que gran parte de las derivaciones que realiza la APS deberían resolverse en nivel secundario.

202. Por tanto, en vista de los antecedentes expuestos, el Consejo de la CNEP propone las siguientes recomendaciones a la Presidencia de la República, con el objetivo de evaluar la estrategia de inversión en infraestructura civil y equipamiento[454] a nivel primario y secundario de salud por medio de APP, con el objetivo de potenciar un acceso a la atención primaria más equitativo, más cercano y mejor distribuido en el territorio; con mejor y mayor equipo tecnológico que apoye las distintas estrategias preventivas, promocionales, paliativas, resolutivas como de rehabilitación y a su vez, con un nivel secundario también más presente en el territorio, cercano a la APS, con mejor y mayor capacidad resolutiva de especialidad.

Recomendación 2.5: 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.

[453] Entiéndase, no adosado a hospitales sino distribuidos en el territorio del servicio de salud respectivo.

[454] Clínico y tecnológico.

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.

Recomendación 2.6: Evaluado favorablemente el sometimiento de lo propuesto en la Recomendación 2.5, 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.

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.

Recomendación 2.7: Evaluado favorablemente el sometimiento de lo propuesto en la Recomendación 2.5, 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.

203. El objetivo principal de estas recomendaciones es ofrecer al Estado una alternativa para entregar a las personas mayor equidad en el acceso a nivel primario, mejor resolutividad de urgencia, como también una mejor cobertura y prevención en general. Hay

que considerar que hoy, parte de estas brechas a nivel comunal se deben justamente a la diversa disponibilidad de recursos que cada comuna tiene, tanto su capacidad para desarrollar proyectos y lograr financiamiento, como también para adquirir equipos y equipamiento y mantener dicha inversión a través del tiempo. En este sentido, la APP traspasa a nivel central la responsabilidad de disponer y mantener infraestructura, equipos y equipamientos, mientras que los centros de atención orientan sus esfuerzos a las acciones sanitarias.

204. Así, la figura de APP que se propone para el caso de APS es que los municipios vinculados al territorio del Servicio de Salud en cuestión, junto a este, se coordinen con el nivel central para levantar una oferta de servicios capaz de abordar las brechas existentes en el territorio. De esta forma, si la factibilidad técnica como económica del proyecto es favorable, los municipios en conjunto[455] y mediante convenios de mandato, delegarían al MOP (Dirección General de Concesiones de Obras Públicas) la entrega en concesión del proyecto.[456] Es relevante destacar que parte de la eficiencia en el gasto asociado a este tipo de estrategia residirá en la capacidad de los municipios de plantear una oferta en conjunto, lo cual permite (por economías de escala) tener costos menores respecto a la alternativa que un municipio trate de desarrollar un proyecto de este tipo por su cuenta. También otra ganancia de eficiencia es considerar esta alternativa como una oportunidad para definir entre nivel central y territorios mejores estándares[457] y mayor homogeneidad[458] en el tipo de infraestructura y equipo que se requiere y así también asegurar una equidad efectiva y mejoras continuas más eficientes.[459] Esta estandarización también podría abrir la oportunidad para desarrollar a nivel local la construcción industrial.[460]

205. También es importante recalcar que la alternativa que se plantea guarda relación exclusivamente con la construcción y mantención de la infraestructura, como adquisición y mantenimiento de equipos y equipamiento y no se vincula con los actuales servicios que se prestan en los centros de atención. Dicho de otra forma, esta estrategia busca apoyar

455 Similar al caso del Centro Metropolitano de Vehículos Retirados de Circulación expuesto en el párrafo 197 de este documento.

456 El MOP, por medio de la Dirección General de Concesiones de Obras Públicas, lideraría las licitaciones, adjudicaría los contratos de concesión y fiscalizaría su ejecución.

457 En beneficio de los usuarios y funcionarios.

458 Por ejemplo, definir ciertas tipologías de centros, para zona norte, centro y sur.

459 Entiéndase, al ser más homogénea la infraestructura, cualquier mejora en torno a esta se puede implementar en la mayoría de los centros y, por tanto, más usuarios y funcionarios perciben los beneficios de dicha mejora. Es decir, se maximiza el impacto de la mejora.

460 La construcción industrial, ha demostrado ser efectiva en homogeneizar la infraestructura y reducir significativamente los tiempos y costos requeridos para la construcción (CNEP, 2020). A modo de ejemplo, en EEUU más del 65% de las empresas que emplearon esta metodología vieron reducidos sus costos y plazos (McGraw-Hill, 2011). Asimismo, permiten reducir hasta tres veces la generación de residuos (EMB Construcción, 2019).

una mayor y mejor capacidad de prevención de los equipos profesionales residentes en los establecimientos mediante mejor infraestructura y equipos, entendiendo que la restricción estructural del sistema de salud tiene que ver con la capacidad de formar profesionales y técnicos de la salud, por ejemplo, médicos de familia.[461, 462]

206. En este sentido, la experiencia nacional como internacional da cuenta de tecnologías de vanguardia que habilitan una amplia mejora en la eficiencia en la atención a este nivel. Este es el caso de TytoCare, herramienta de examinación móvil equipada para detectar la mayoría de las afecciones comunes, incluyendo exámenes de oído, corazón, pulmones, garganta, piel, abdomen, sangre y otros, con énfasis en enfermos crónicos. Internacionalmente, la herramienta está siendo utilizada en Estados Unidos,[463] Reino Unido,[464] Israel,[465] entre otras naciones, mientras que en territorio local fue piloteada en la municipalidad de San Bernardo durante la presente pandemia por COVID-19. Así, la experiencia nacional muestra que este equipo de examinación móvil fue especialmente útil para la atención de sectores rurales o de difícil acceso, lo que es muy atingente a la realidad chilena, donde cerca de la mitad de los municipios tienen a más de un 25% de sus habitantes viviendo en áreas rurales (INE, 2019).

207. En el caso de la municipalidad de San Bernardo, la herramienta fue utilizada para mejorar la eficiencia de la atención primaria domiciliaria. En este contexto, profesionales de enfermería capacitados para el uso del instrumento recorrieron las áreas rurales de la comuna conectados telemáticamente con un equipo médico bajo dos modalidades: atención sincrónica, donde profesionales de enfermería y pacientes se comunicaban con un médico a través de video conferencia y atención asincrónica, en la cual al final del día un médico revisaba los exámenes que el equipo recolectaba durante el día. Así, esta tecnología está integrada con los sistemas de fichas electrónicas chilenos, almacenando los resultados para posteriores evaluaciones. En ambas modalidades se liberó tiempo de

461 Según estimaciones de la CNEP, a partir de información de la OCDE, cerrar la brecha de profesionales médicos (en general) respecto al promedio OCDE tomaría alrededor de 15 años. En el caso de medicina familiar, considerando también la información de la OCDE, podría ser un plazo aún más extenso. Por tanto, entregar mejor infraestructura, equipos y equipamiento (incluido el tecnológico) permitiría a los mismos equipos de salud tener una mayor capacidad de prevención.

462 Cabe mencionar también que el artículo 25 del D900 del MOP detalla que, "En caso de que las obras concesionadas hayan quedado en desuso o que por razones técnicas resulte improcedente, inconveniente o perjudicial para el Estado de Chile concesionarlas nuevamente, el Presidente de la República podrá declararlo así, mediante decreto fundado y eximir el cumplimiento de lo indicado en el inciso anterior." Por tanto, si de un tiempo en adelante se evalúa que ha resultado perjudicial para el Estado de Chile esta modalidad, el marco legal actual permite a la Presidencia pasar dicha infraestructura a obra pública.

463 Hospitales y Aseguradoras.

464 Por el NHS.

465 Por ejemplo, aseguradoras.

los profesionales médicos, especialmente escaso en áreas rurales, multiplicando por 6 la capacidad de atención domiciliaria en comparación con el sistema tradicional. De esta manera, TytoCare y el ya mencionado Teletriage son ejemplos de activos tecnológicos no convencionales que podrían ser considerados en la canasta de elementos de un potencial APP. Ello podría solventar la escasa penetración de tecnología de vanguardia en el nivel público primario actual, presentando ganancias de eficiencias ya probadas como el caso de Teletriage.

208. Tomando en consideración los hallazgos y la recomendación que aborda Value-for-Money[466] que entregó el estudio de la CNEP sobre productividad en la construcción,[467] el Consejo considera relevante que el proceso de evaluación que se sugiere en la Recomendación 2.5 siga los lineamientos de transparencia y rendición de cuentas expuestos en el estudio anterior, explicando las razones de la determinación de llevar o no, una estrategia APP en la APS. En este contexto, es relevante destacar que la experiencia en Uruguay, si bien se orientó al área educacional, sugiere al momento de evaluar, tener especial atención en el diseño contractual sobre el mantenimiento y reposición de equipos.

209. Respecto al gasto que involucra una estrategia como esta, una de sus ventajas (como se mencionó), es diferir el gasto público que involucra una inversión como esta. Así, si la evaluación es positiva, es posible iniciar en el mediano plazo (3 años[468]) los primeros proyectos, sin tener que realizar un gasto efectivo significativo. En efecto, tomando como ejemplo las concesiones hospitalarias se estima que el subsidio fijo por construcción anual representaría cerca del 15% del presupuesto estimado del proyecto, mientras que el subsidio fijo por operación anual está alrededor del 5% (Ver Tabla 2.11).

210. Así, en un principio se estima que el valor total de la cartera a evaluar para APP, incluyendo el cierre de la brecha y mejora de infraestructura y equipamiento actual, sería de alrededor de $7.454 millones de dólares (Ver Tabla 2.12), lo que se traduce a un valor de concesión de $2.775 millones de dólares, monto, el cual, distribuido entre los territorios de los 29 servicios de salud asciende a $95.7 millones de dólares, equivalente a UF 2.5 millones (Ver Tabla 2.13).[469]

---

466 Value-for-Money es el concepto utilizado en el desarrollo de proyectos que apunta a la implementación de un proceso y metodología que permita evaluar la mejor alternativa para llevar a cabo un proyecto. Parte de este proceso involucra transparentar y rendir cuentas sobre la decisión tomada. Ver, por ejemplo, European PPP Expertise Centre (2015), OCDE (2012), entre otros.

467 CNEP (2020).

468 Aproximación entregada por entrevistados, expertos en el área, en el marco de este proyecto.

469 Valor de la concesión incluye tanto el gasto en infraestructura actual, como en los nuevos centros. En concreto, el gasto en infraestructura actual incluye el mantenimiento de centros actuales, así como la reparación de su infraestructura y ampliación de su equipamiento e inmobiliario. Mientras que el gasto en nuevos centros contempla la construcción, equipamiento y mantención de los nuevos centros. Valor UF de 3 de marzo de 2022: $31.566.

211. Cabe mencionar que otro beneficio asociado a APP es su capacidad de dejar un valor residual del activo[470] mayor por el hecho de que su prestación hacia el Estado es justamente una adecuada mantención.[471] Es importante señalar que en el análisis anterior se trabajó bajo el supuesto que el mantenimiento y las renovaciones no son capaces de mantener el valor de la infraestructura, por tanto, el objetivo (quizás inicial) de la APP sería recuperar el valor de dicha infraestructura para así prestar una atención con mayor y mejor acceso, más preventiva y resolutiva a los usuarios. También, puede considerarse la construcción de nuevos CECOSF a partir de los recursos humanos disponibles en alguno de los CESFAM,[472] y así distribuir de una manera más equitativa la oferta dentro de la comuna.

Resumen de Hallazgos

Hallazgo: Institucionalidad TIC en salud e interoperabilidad

Hallazgo 2.1. La OCDE considera la adopción tecnológica como pieza clave en el desarrollo de un sistema de APS eficiente. Por ejemplo, el Registro Clínico Electrónico puede reducir las visitas de los pacientes a los establecimientos de APS en un 10% mediante el mejoramiento de la comunicación entre profesionales médicos y el seguimiento del paciente (Almalki y Simsim, 2020). En Canadá, el 97% de los pacientes que recibe cuidados remotos en el nivel primario lo recomienda. En Dinamarca, el 72% de los pacientes que recibe telemedicina mejora su percepción de seguridad del tratamiento (OCDE, 2020).

Hallazgo 2.2. El desarrollo de herramientas bajo un esquema de interoperabilidad es la tendencia mundial respecto de la infraestructura digital TIC (IEEE, 1991). En el contexto sanitario, la interoperabilidad puede mejorar la trazabilidad del paciente en términos de tratamientos, diagnósticos, uso de medicamentos, entre otros (Pines, 2019). El intercambio de información disminuye los errores de prescripción (Bates y Gawande, 2003) y la readmisión hospitalaria (Fontaine et al., 2010). Park et al. (2015) muestra que, cuando los establecimientos

470 Es el valor con el que termina la infraestructura una vez terminado el plazo.

471 Hart (2003) demostró que el beneficio teórico de las concesiones dado por la minimización de costos del ciclo de vida de la infraestructura es condicional a que la calidad de la conservación pueda ser medida y exigida por el contrato. Solo de esta forma será del interés del concesionario mantener e invertir en la infraestructura continuamente.

472 Estos últimos pueden ser remodelados para proveer cartera de servicios tales como Kinesiterapia, Psicología, Asistencia Social, entre otros.

utilizan sistemas de información compartida, el costo por paciente disminuye (en promedio) 13%.

Hallazgo 2.3. Los referentes internacionales, entre otros, Canadá, España, Inglaterra y Japón, han creado entidades especializadas y, en algunos casos, independientes, para asegurar una gobernanza estable que guíe el proceso de implementación de interoperabilidad en el sector salud. En el país, han sido identificadas, al menos, 4 entidades públicas relacionadas con la materia, las que han realizado esfuerzos por implementar interoperabilidad sin el liderazgo claro de una autoridad superior, lo que se ha materializado en una gestión poco eficiente. Por ejemplo, en una auditoría a la SSRA (Hospital Digital), entre enero de 2018 y diciembre de 2019, la CGR detectó, entre otros, pagos de más de $3.200 millones por cerca de 22.000 licencias de software, de las cuales menos del 1% fueron ocupadas.[473] La ausencia de un liderazgo claro en TIC afecta también a servicios de salud y municipalidades, los que no siguen directrices homogéneas para efectuar contrataciones. En ocasiones, esto ha derivado en contratos mal diseñados y en sistemas que tienen dificultades para intercambiar información, como Saydex, un caso relevado por el BID como ejemplo de contratación de software de salud poco eficiente en el país.[474]

Hallazgo 2.4. Según el BID, en el sector salud debe existir un liderazgo de largo plazo y consistente a través del tiempo para fomentar el éxito de la implementación de interoperabilidad.[475] Si bien el país lleva trabajando más de una década en la adopción de una estrategia de interoperabilidad,[476] una crítica preponderante del medio especializado ha sido la falta de una estrategia robusta, coordinada y estable en el tiempo.[477]

473 CGR (2021).
474 BID (2019).
475 BID (2020).
476 MINSAL (2013).
477 Seminario Transformación Digital en Salud (2021).

Hallazgo: Plataforma de información clínica

Hallazgo 2.5. Si bien la implementación de interoperabilidad en el sector salud toma cerca de una década, algunos servicios de salud (SSMSO y SSMaule) han desarrollado sistemas tecnológicos interconectados exitosos (VIAU[478] y SISMaule[479]). Estos ejemplos podrían replicarse (en cierta medida) en todo el territorio nacional a través de la consolidación de información de salud en un Repositorio Clínico Digital.

Hallazgo: brechas en establecimientos

Hallazgo 2.6. La infraestructura APS está relacionada directamente con el atributo de *Accesibilidad*, y una forma de medir este atributo es mediante la cobertura. En este sentido, la cobertura promedio en APS es de 50%, cuando referentes muestran tasas superiores al 65% (OCDE, 2019; Van Doorslae et al, 2006). También, la información de FONASA sugiere que alrededor de 1,5 millones de personas beneficiarias (10% de los inscritos en la APS), deciden atenderse exclusivamente en el extra sistema (proveedores privados) usando MLE, mientras que otras 6 millones de personas más no reciben atención primaria durante el año, ambos casos son señal de la capacidad de acceso de la APS.

Hallazgo 2.7. El desafío por generar mayor accesibilidad también tiene sentido de urgencia considerando que al menos 11 millones de personas con multimorbilidad requieren atención médica y control crónico anual de por vida (Margozzini y Passi, 2018). Otro ejemplo que releva la necesidad de potenciar la accesibilidad de la APS guarda relación con las hospitalizaciones evitables. Según estudio de la USS (2021), cerca de 1 de 3 hospitalizaciones evitables finaliza en un fallecimiento. Mismo estudio cifró en US$300 millones anuales el gasto asociado a estas hospitalizaciones para el sistema público de salud. También, estiman que las hospitalizaciones evitables explican el 20% de los días-cama y el 11% de los egresos en un año. Reducir

478 SSMSO (2020).
479 SSMaule (2017).

un 20% las hospitalizaciones evitables permitiría liberar días-cama para 69 mil egresos quirúrgicos programados, volumen cercano al 25% de los casos en lista de espera quirúrgica.

Hallazgo 2.8. En Chile el establecimiento de APS más próximo a una manzana es de 4 kilómetros, sin embargo, no necesariamente es el que le corresponde a la persona debido a que el centro puede estar en otra comuna o la persona estar inscrita en otro establecimiento. En las regiones de Tarapacá, Atacama, Metropolitana, O'Higgins y La Araucanía, para más de la mitad de la población que vive en zonas urbanas[480] (casi para el 60% de la población), su establecimiento de APS más cercano está en una comuna diferente. Por su parte, al analizar la distancia entre la población y los establecimientos de APS, se observa una alta heterogeneidad entre las regiones: en La Araucanía, Los Lagos y Aysén, casi el 20% de la población vive a 12-60 kilómetros de un CESFAM o CECOSF.

Hallazgo 2.9. En 201 establecimientos (CESFAM, CECOSF y PSR) el número de inscritos supera la cantidad para la que fueron diseñados los centros. En otras palabras, más de 5,4 millones de personas o casi el 40% de los beneficiarios del sistema ven limitado su acceso, oportunidad, calidad y continuidad de la atención. La evidencia sugiere que, cuando la cantidad de beneficiarios de un establecimiento es mayor a su capacidad teórica, la adhesión a la APS se dificulta.

Hallazgo 2.10. ESegún McKinsey Global Institute (2020), trasladar la inversión y el gasto hacia políticas de prevención y detección temprana de enfermedades (con énfasis en la APS) implicaría tratamientos menos costosos y más efectivos: el beneficio económico de invertir 1 dólar adicional en mejorar la salud de la población chilena sería de 1,8 dólares. Como referencia, el costo equivalente por atención en un CESFAM es M$15 (M$ 9-45), mientras que en un hospital de alta complejidad el costo equivalente por atención/egreso es M$ 1.082, es decir, al menos 20 veces más que la atención primaria. Según estimaciones para este proyecto, un consultorio adicional de APS (CESFAM o CECOSF) reduciría, en promedio, cerca de un 5% las HE de la comuna. Señal de que una mayor dotación de infraestructura en APS está asociada a un mayor acceso y efectividad.

480 Donde el censo está a nivel de manzanas.

Hallazgo 2.11. También existen brechas importantes en la dotación de infraestructura de atención primaria de urgencia. Solo 139 comunas en Chile cuentan con al menos un centro de atención primaria de urgencia, afectando la capacidad resolutiva de la APS ante cuadros agudos e induciendo flujos de casos evitables hacia la atención secundaria y terciaria en 206 comunas que no cuentan con estos. En otras palabras, cerca de un tercio de la población inscrita en FONASA no tiene acceso en su comuna a un servicio de atención primaria de urgencia. Según estimaciones para este proyecto, la implementación de centros de urgencia a nivel primario permitiría reducir en 31% las hospitalizaciones evitables, teniendo un efecto aún mayor sobre aquellas hospitalizaciones ligadas a cuadros agudos. Esto es especialmente relevante en el caso de Chile, donde las hospitalizaciones por cuadros agudos representan casi el 50% del total de las hospitalizaciones evitables en un año.

Hallazgo 2.12. Si bien el Plan de Inversiones 2018-2022 contempla la construcción, normalización o ampliación de más de 165 establecimientos de APS,[481] cerrar las brechas de capacidad de la APS implicaría un aumento del presupuesto del sector público en salud equivalente a 1/3 del presupuesto APS para 2022 (casi 1.000 millones de dólares), además de la renovación y mejora de la oferta actual, cuyo valor aproximado es 1.300 millones de dólares, equivalente al 20% del valor teórico de la cartera. Esto, sin considerar la inversión requerida a nivel secundario, a quien la APS debe derivar la mayoría de los casos que requieren de una mirada especialista.

Hallazgo 2.13. Asociado al desarrollo de proyectos en la APS están los temas sobre costos y plazos. Así, entre 2014 y 2019 los proyectos evidencian sobre costos superiores al 3% y extensiones de plazo superior al 121%, en este último caso, esto se traduce en un plazo efectivo de ejecución de 3,7 años para un CESFAM, cuando previamente se estimaba un plazo original de 1,8 años. La información de mercado público también sugiere que una parte importante de las licitaciones de infraestructura de APS presentan dificultades durante su desarrollo. Por ejemplo, solo un 4% de los proyectos en proceso de licitación a marzo 2022 no han presentado problema en

481 A agosto de 2021: 98 han sido terminados, 36 están en ejecución y 31 en etapa de estudio o licitación,

su proceso, mientras que un 61% de estos ha presentadoal menos una licitación desierta; un 25% una licitación revocada y un 14% una extensión del plazo de licitación por no encontrar una contraparte en el plazo designado.

Hallazgo 2.14. Una alternativa que ha sido utilizada para mejorar la infraestructura pública de APS (por ejemplo, Reino Unido) es la APP. Esta tiene diversas ventajas, entre otras, permite diferir el costo de la inversión a lo largo de la vida útil, reduciendo el impacto fiscal de políticas de infraestructura. También ayuda a promover una mayor equidad en el acceso, considerando que dichos contratos pueden incluir la mantención y renovación de equipamiento, lo que evita una mayor depreciación de la infraestructura y obsolescencia de los equipos por falta de recursos por parte de los municipios. También puede proporcionar servicios más eficientes y mejores que el Estado por sí solo (Fai et al., 2020). La evidencia nacional también muestra que en el caso de la infraestructura pública hospitalaria concesionada (una especia de APP) es desarrollada con mayor rapidez y menor costo por metro cuadrado.[482]

Resumen de Recomendaciones

Recomendación 2.1: 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.

482 CNEP (2020).

- Dictar 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.

Recomendación 2.2: 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.

Recomendación 2.3: 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.

Recomendación 2.4: En línea con la Recomendación 2.3, 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.

Recomendación 2.5: 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.

Recomendación 2.6: Evaluado favorablemente el sometimiento de lo propuesto en la Recomendación 2.5, 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.

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.

Recomendación 2.7: Evaluado favorablemente el sometimiento de lo propuesto en la Recomendación 2.5, 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.

Anexo Tablas y Figuras

Tabla 2.1. Características de los principales establecimientos de APS.

Establecimiento	Definición	Población Beneficiaria/ Distancia	Recursos Humanos	Costos Referenciales PMA, PME Prototipo
Postas de Salud Rural (PSR)	Establecimientos de atención ambulatoria que cubren las necesidades de salud de sectores de población rural.	500-5000* habitantes como máximo y que se localizan a una distancia máxima de 2,5 horas por el medio habitual de transporte. Radio de acción de 12 km.	Técnico Paramédico residente y equipo profesional de salud que debiera realizar 2 visitas al mes.	PME 2019: $64.335 + $17.305 para box dental. Tamaño: 207 m2.
Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)	Operan a nivel vecinal con enfoque familiar-comunitario, de mantener sana a la comunidad y otorgar atención de morbilidad a los grupos prioritarios (mayores de 65 años, niños, embarazadas, etc.) y control de enfermedades crónicas.	2000-5000 habitantes en poblaciones urbanas, con área de influencia de 2 km, donde las personas puedan llegar a pie demorando menos de 20 min en su traslado.	1 Médico. 1 Profe Cat B. 2 TENS. 1 Auxiliar Dental. 1 Administrativo. 1 Aux de Servicio. 1 Agente Comunitario.	PMA 2015: Costo Inversión: M$ 337.500 Costo Op: M$ 91.248 M2: 247 m2.
Centros de Salud Familiar (CESFAM)/ Centros de Salud (CES)	Destinados a entregar atención primaria a la población, acciones de fomento y protección, recuperación y rehabilitación de problemas de salud de alta frecuencia y baja complejidad.	2.000-30.000 beneficiarios o habitantes per capitados. Si CES sirve a una red de postas, debe calcular que 1/3 de la población de las postas será atendida en CES.	Recurso humano se expresa en número de horas o contratos mensuales.	Costos anuales de mantención: infra-estructura 0,5%, equipos 5% y 1% equipamiento (de la inversión original). PMA 2015 (m2): 5.000 inscritos: 1.132, 10.000: 1.667, 20.000: 2.324, 30.000: 2.778, 30.000+ SAR: 3.148.
Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR)	Dispositivos de atención de urgencia de funcionamiento vespertino-nocturno y 24 horas en días no hábiles, dependiente de consultorios o CESFAM. Similares a SAPU, pero con mayor capacidad resolutiva. Atienden C3, C4 y C5.	Mínimo de 30.000 habitantes, pero se pueden atender sectores con menor población si existen problemas de acceso o vulnerabilidad. 30.000-100.000 habitantes: 1 dispositivo, 100.000-200.000: 2 y más de 200.000: 3.	Se estima que el número de atenciones anuales al año 10 debe ser su población proyectada por 1,3. RRHH: 2 Med 1 Enfermera 1 Kine 3 Tens 1 Tecn Rx 1 Tecn Rx diurno 1 Adm 1 Chofer	Costos anuales de mantención: infraestructura 0.5%, equipos 5% y 1% equipamiento (de la inversión original). Costos PMA Inversión 2015: 848.428 mil Costo Op: 604.970 mil M2: 473 adosado a CESFAM, 498 sin CESFAM.

Fuente: MINSAL y guías metodológicas de establecimientos de APS de MDSF.

Tabla 2.2. Inscritos por tipos de establecimiento por regiones (mínimo/ promedio/ máximo) para CECOSF/CESFAM/PSR (2021).

Nombre Comuna	Hospital	Población	% Ruralidad	Superficie	Densidad	Pobreza
Mejillones	Sí	13,467	3.8%	3,804	3.5	7.7%
Tocopilla	Sí	25,186	2.2%	4,039	6.2	10.4%
Andacollo	Sí	11,044	9.4%	310	35.6	14.8%
Isla de Pascua	Sí	7,750	5.5%	164	47.3	8.1%
Coinco	Sí	7,359	53.5%	98	75.1	14.4%
Graneros	Sí	33,437	10.8%	113	295.9	7.0%
Cochrane	Sí	3,490	18.6%	9,018	0.4	5.9%
Cabo de Hornos	Sí	2,063	9.2%	21,551	0.1	2.9%
Porvenir	Sí	6,801	10.9%	9,707	0.7	2.1%
Prirnavera	No	1,158	100%	6,530	0.2	2.3%
Promedio Chile	–	50,792	12.2%	6,122	8.3	8.6%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del DEIS, INE, CENSO y CASEN.

Tabla 2.3. Costos proyecto de APS (ex post).

	EXPOST MDSF 2019			Departamento de Monitoreo de Obras SSRA/MINSAL[1]				
Establecimiento	Número	Costo Final/ Costo Inicial	Duracion Real/ Duración Inicial	Número	Tamaño	Costo Final/ Costo Inicial	Duracion Real/ Duración Inicial	Valor modificado UF/m2
Posta Rural	5	1%	253%					
CECOSF	6	7%	155%	4	270	7%	133%	67.85
CESFAM	13	12%	242%	25	1,500 - 3,400	4%	141%	46.9 - 69.1
SAR	10	15%	243%	27	540	5%	143%	70.05
CESFAM + SAR				3	3.6	3%	121%	65.34
Hospitales Familiares y Comunitarios (APS)	1	1%	0					

Fuente: elaboración propia con base en información del MDSF (ex post) 2019 y del Departamento de Monitoreo de Obras SSRA/MINSAL. [1] Obras terminadas en 2019, 2020 y 2021.

Tabla 2.4. Costos referenciales PMA/PME prototipo.

Establecimiento	Tamaño (m2)	Costo Total Inversión	Costo Operación y Mantención
Posta Rural	207	M$ 64,335 + M$ 17,305 para box dental[1]	
CECOSF	247	M$ 337,500	M$ 91,248
CESFAM/CESFAM + SAR	Depende de inscritos: 5,000: 1,132 10,000: 1,667 20,000: 2,324 30,000: 2,778 30,000 + SAR: 3,148		Mantención (% inversión original): Infraestructura: 0.5% Equipos: 5% Equipamiento: 1%
SAR	Adosado a CESFAM: 473 Sin CESFAM: 498	M$ 848,428	Mantención (% inversión original): Infraestructura: 0.5% Equipos: 5% Equipamiento: 1% Operación: M$ 604.970

Fuente: elaboración propia con base en información del BIP-MDSF (ex ante). [1] PMA de 2019.

Tabla 2.5. Costos proyecto de APS (ex ante).

Establecimiento	Tamaño Promedio (m2)	Costo Total Inversión / m2	Costo Operación y Mantención	Duración
Posta Rural	334	M$ 1,652 / m2	Operación: MM$ 32 M$ 106/m2 Mantención: MM$ 3 M$ 11/m2	17 meses (6 - 60)
CECOSF	347	M$ 1,915 / m2	Operación: MM$ 106 M$ 353/m2 Mantención: MM$ 6 M$ 22/m2	24 meses (13 - 49)
CESFAM	2,300	M$ 1,322 / m2	Operación: MM$ 1,082 M$ 486/m2 Mantención: MM$ 81 M$ 35/m2	30 meses (8 - 60)
SAR	557	M$ 2,425 / m2	Operación: MM$ 690 M$ 1,264/m2 Mantención: MM$ 16 M$ 28/m2	44 meses (21 - 71)
CESFAM + SAR	3,335	M$ 2,159 / m2	Operación: MM$ 2,068 M$ 610/m2 Mantención: MM$ 140 M$ 43/m2[1]	37 meses (25 - 55)
Hospitales baja Complejidad	4,944	M$ 2,505 / m2	Operación: MM$ 1,500 M$ 335/m2 Mantención: MM$ 81 M$ 12,6/m2	43 meses (10 - 60)

Fuente: elaboración propia con base en información del BIP-MDSF (ex ante).

Tabla 2.6. Estimación brecha y costo de inversión en infraestructura y equipamiento APS para cerrar brecha de cobertura (miles de dólares)

	Brecha	Inversión en construcción		Inversión en operación	
	(#)	Obras Civiles ($MM, USD)	Equipamiento ($MM, USD)	Mantención anual ($MM, USD)	VP Mantención ($MM, USD)
CESFAM	48	329.4	17.8	1.4	16.3
CECOSF	115	86.4	3.7	0.6	6.9
PSR	121	89.1	3.8	0.5	5.3
SAR	123	391.9	14	3.1	35.3
Total	407	896.8	39.2	5.6	63.8

Fuente: elaboración propia a partir de datos del BIP y CChC.

Notas: (1) Tipo de cambio $800 CLP/USD. (2) Valor presente de la mantención es calculado con un horizonte de 15 años y con una tasa de inflación anual del 5% congruente con el alza promedio de los precios de construcción de la última década según el índice de costos de edificación elaborado por la Cámara Chilena de la Construcción (CChC). (3) Solo se consideran los costos de ejecución de los proyectos, esto no contempla costos de diseño y estudios previos. (4) Exceso de capacidad calculado con base en las definiciones entregadas por el Servicio Nacional de Salud: CESFAM (30.000 beneficiarios); CECOSF (3.000 beneficiarios); PSR (2.000 beneficiarios). (5) Se imputa el precio de inversión y operación tomando en cuenta el promedio observado en los proyectos durante los últimos 5 años con datos disponibles, es decir, entre 2016 y 2021.

Tabla 2.7. Valor de la cartera de infraestructura y equipamiento de la APS.

	Inversión en construcción		Inversión en operación	
	Obras Civiles ($MM, USD)	Equipamiento ($MM, USD)	Mantención anual ($MM, USD)	VP Mantención ($MM, USD)
CESFAM	4070	220	18	201.4
CECOF	212	9	1	17
PSR	828	36	4	49
SAR	258	9	2	23.3
SAPU	121	14	12	133
Total	5489	288	37	423.6

Fuente: elaboración propia a partir de datos del BIP.
Notas: (1) Montos representan el valor agregado de cada una de las tipologías de establecimientos de APS. (2) Tipo de cambio $800 CLP/USD. (3) Valor presente de la mantención es calculado con un horizonte de 15 años y con una tasa de inflación anual del 5% congruente con el alza promedio de los precios de construcción de la última década según el índice de costos de edificación elaborado por la Cámara Chilena de la Construcción (CChC). (4) Solo se consideran los costos de ejecución de los proyectos, esto no contempla costos de diseño y estudios previos. (5) Se imputa el precio de inversión y operación tomando en cuenta el promedio observado en los proyectos durante los últimos 5 años con datos disponibles, es decir, entre 2016 y 2021. (6) Se asume que la inversión en mantención es capaz de mantener el valor de las obras civiles y equipamiento. En este sentido, el valor calculado representa una cota superior bajo la cual la depreciación es igual al gasto en mantención.

Tabla 2.8. Estado de los proyectos de inversión en APS a marzo 2022: en licitación.

Tipo	N	Sin dificultades		Desierta		Revocada		Aumento de plazo	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
CESFAM	21	1	5%	12	57%	6	29%	3	14%
SAR	7	0	0%	5	71%	1	14%	1	14%
Total	28	1	4%	17	61%	7	25%	4	14%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del MINSAL y Mercado Público.
Notas: (1) Se incluyen todos los proyectos de inversión en proceso de licitación, a marzo 2022. (2) Proyectos de inversión pueden tener múltiples problemas en su ejecución, en este sentido, las filas no necesariamente suman 100%.

Tabla 2.9. Estado de los proyectos de inversión en APS: en construcción.

				Construcción						Licitación			
Tipo	N	Sin dificultades		Término Anticipado		Extensión de plazo		Modificación de contrato		Revocada		Extensión de plazo	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
CECOSF	3	1	33%	0	0%	0	0	1	33%	0	0%	1	33%
CESFAM	22	4	18%	10	45%	1	5%	1	5%	2	9%	6	27%
SAR	14	2	14%	9	64%	4	29%	0	0%	0	0%	4	29%
Total	39	7	18%	19	49%	5	13%	2	5%	2	5%	11	28%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del MINSAL y Mercado Público.
Notas: (1) Se incluyen todos los proyectos de inversión en construcción independiente del nivel de avance, a marzo 2022. (2) Proyectos de inversión pueden tener múltiples problemas en su ejecución, en este sentido, las filas no suman 100%. (3) TA: Término anticipado. (4) LC: Licitación por continuidad.

Tabla 2.10. Inversión en baja complejidad según fuente de financiamiento.

Tipo	Sectorial			FNDR		
	Proyectos	Costo real promedio	Plazo promedio	Proyectos	Costo real promedio	Plazo promedio
	(#)	($M CLP)	(meses)	(#)	($M CLP)	(meses)
CECOSF	40	504,059	15			
CESFAM	18	3,456,741	30	20	3,551,511	58
Hospitales	3	14,883,428	41			
Otros baja complejidad	1	947,978	24			
Posta Rural	1	439,306	17	23	780,118	25
SAR	24	1,240,599	25	1	469,932	36
Total	87	1,818,341	22	44	2,032,792	40

Fuente: Elaboración propia con datos de Evaluación Ex Post de Corto Plazo de Inversiones Públicas MDSF.

Tabla 2.11. Estructura promedio de subsidios para las concesiones de la red hospitalaria.

	Cuota Anual (UF)	Cuota/cama	% Cuota del Total	No. de cuotas
Construcción				
SFC	511,860	1,955	14.6%	9.6
SFMNC	2,170	11	0.1%	15
SFEM	74,799	282	2.1%	15
Operación				
SFO	181	678	4.9%	15
SFMNC	2,186	122	0.1%	15
SFEM	69,378	2,929	2.0%	15

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Concesiones y Diario Oficial. Notas: 1) Subsidio Fijo a la Construcción (SFC); 2) Subsidio Fijo a la Operación (SFO); 3) Subsidio Fijo a la Adquisición y Reposición de Mobiliario No Clínico (SFMNC) y 4) Subsidio Fijo a la Adquisición y Reposición de Mobiliario y Equipamiento Clínico (SFEM). Cada uno de estos subsidios se fija ex ante y se entrega por un determinado período.

Tabla 2.12. Estimación del valor de la cartera de APS a concesionar.

	Red APS	CESFAM	CECOSF	PSR	SAR	SAPU
	($MM USD)	($MM USD)	($MM USD)	($MM USD)	($MM USD)	($MM USD)
Valor Cartera APS a Concesionar						
Cartera a 2022	6,200	4,490	238	913	291	268

Depreciación estimada a 2022	-1,098 (-549; -1,647)	-814 (-407; -1,221)	-42 (-21; -64)	-166 (-83; -249)	-52 (-26; -77)	-24 (-12; -36)
Inversión para el cierre de brecha	2,352	1,361	149	301	505	35
Total	7,454	5,038	345	1,049	744	279

En paréntesis intervalo de confianza de la inversión en mejoras: variando en 10% la proporción de inversión.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del BIP, DEIS y CChC.

Notas: (1) Valor de la cartera a 2022 incluye el valor de las obras civiles, equipamiento y el valor presente de la mantención a 15 años. (2) Depreciación de cartera es estimada en torno al 20%. En paréntesis se incluye el intervalo de confianza del valor de la depreciación al variar su valor en 10%. (3) Inversión para el cierre de brecha incluye tanto la inversión en nuevos establecimientos y su mantención, como también la reparación, normalización y ampliación de infraestructura, equipamiento e inmobiliario de establecimientos actuales. (4) Montos en USD calculados con un tipo de cambio de $800 CLP/USD.

Tabla 2.13. Estimación del valor de la inversión para cerrar brecha de APS en infraestructura y equipamiento.

Valor de Concesión	Red APS	CESFAM	CECOSF	PSR	SAR	SAPU
	($MM USD)	($MM USD)	($MM USD)	($MM USD)	($MM USD)	($MM USD)
1. Centros Actuales						
Mantenimiento de centros actuales	424	201	17	49	23	133
Reparación de infraestructura actual	1,098 (549; 1,647)	814 (407; 1,221)	42 (21; 64)	166 (83; 249)	52 (26; 77)	24 (12; 36)
Ampliación de equipamiento e inmobiliario APS actual	254	184	10	37	12	11
2. Nuevos Centros						
Construcción y equipamiento de centros de APS nuevos	936	347	90	93	406	-
Mantenimiento de nuevos centros	64	16	7	5	35	-
Total	2,775	1,563	166	350	528	168

En paréntesis intervalo de confianza de la inversión en mejoras: variando en 10% la proporción de inversión.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del BIP, DEIS y CChC.

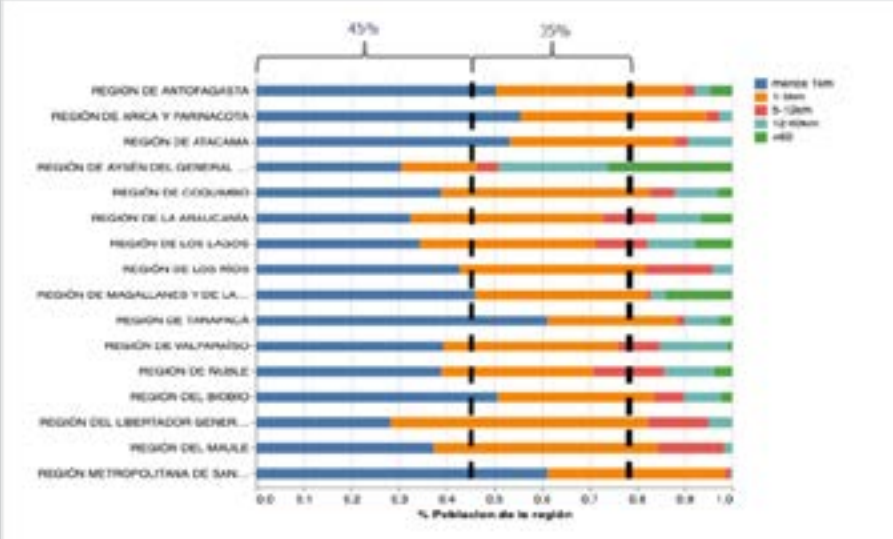
Notas: (1) Valor de los centros de APS nuevos incluye el valor de las obras civiles, equipamiento y mantención a 15 años. (2) Valor estimado de mejora de infraestructura actual se definió de tal forma que cubra exactamente la depreciación estimada. En consecuencia, en paréntesis se incluye el intervalo de confianza de aquella inversión cuando el valor de la depreciación varía en un 10%. (3) Ampliación de equipamiento e inmobiliario representa la inversión en nuevos Montos en USD calculados con un tipo de cambio de $800 CLP/USD.

Figuras

Figura 2.1. Esquema general de implementación de interoperabilidad.

Fuente: Fundación Chile (2021).

Figura 2.2. Proporción de población regional según distancia a establecimiento de APS (excluye postas y servicios de urgencia).

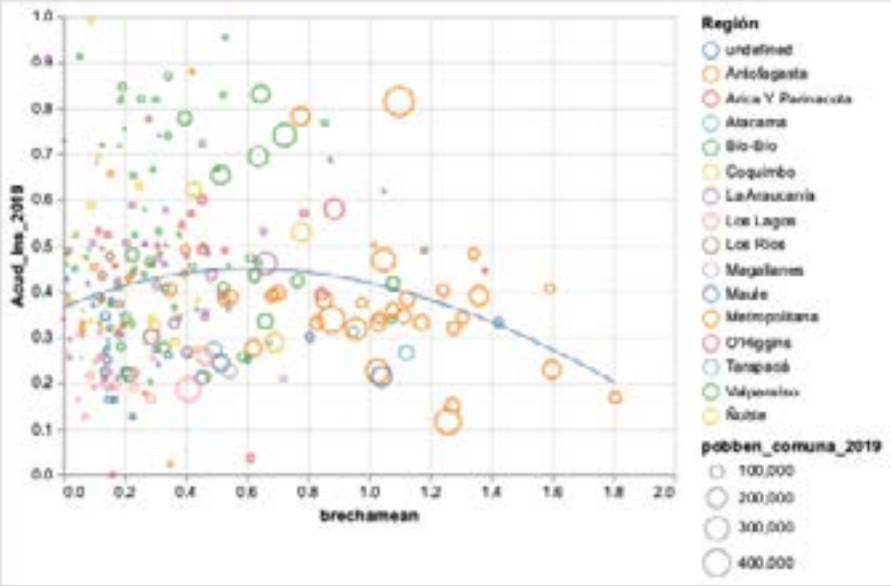


Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE y DEIS.

Figura 2.3. Relación de inscritos sobre capacidad teórica de beneficiarios APS por comunas (2019).

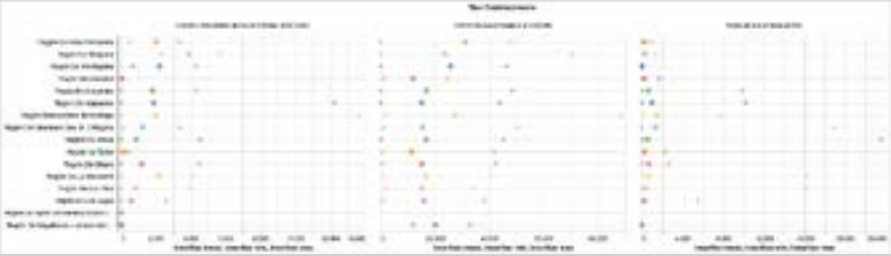
Fuente: Elaboración propia con base en datos de establecimientos DEIS-MINSAL, e inscritos APS FONASA.
Nota: Los valores entre 1 y 2 sugieren brechas de infraestructura, mientras que valores inferiores a 1 lo contrario.

Figura 2.4. Relación entre el porcentaje de población inscrita comunal que acude a un CESFAM y el cociente de inscritos sobre capacidad teórica de beneficiarios.



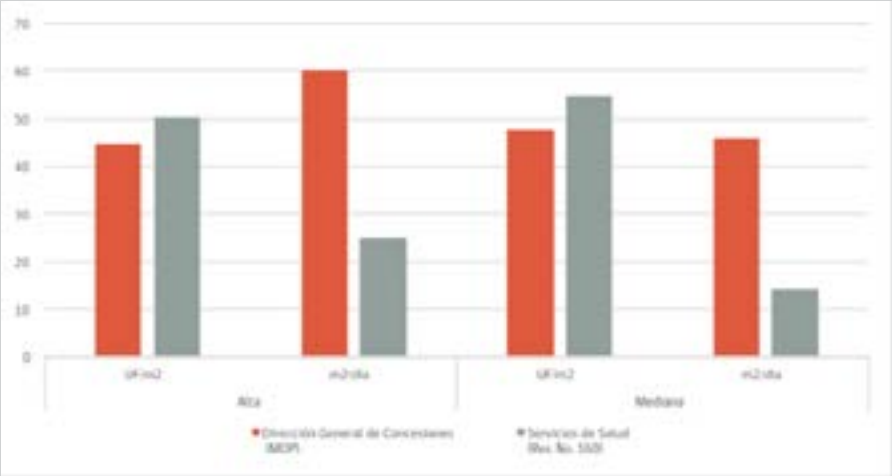
Fuente: elaboración propia a partir de datos INE y DEIS.

Figura 2.5. Inscritos por tipos de establecimiento por regiones (mínimo/ promedio/ máximo) para CECOSF, CESFAM y PSR (2021).



Fuente: elaboración propia a partir de datos INE y DEIS.

Figura 2.6. Productividad y Costo-eficiencia de obras hospitalarias finalizadas a 2019.



Fuente: Productividad en el Sector de la Construcción (CNEP, 2020).
Nota: La información se obtuvo mediante el Banco Integrado de Proyectos (BIP), Mercado Público, páginas web de los propios hospitales. Los hospitales concesionados que fueron parte del análisis son: Hospital Félix Bulnes (alta complejidad), Hospital Regional de Antofagasta (alta complejidad), Hospital de Maipú (media complejidad) y Hospital Dra. Eloísa Díaz (media complejidad). Los hospitales por el lado de los servicios de salud fueron: Hospital Base San José de Osorno (alta complejidad), Hospital Carlos Cisternas de Calama (alta complejidad), Hospital de Arica (alta complejidad), Hospital de Copiapó (alta complejidad), Hospital de Los Ángeles III etapa (alta complejidad), Hospital de Ovalle (alta complejidad), Hospital de Punta Arenas (alta complejidad), Hospital de Talca II etapa (alta complejidad), Hospital de Urgencia Asistencia Pública Torre Valech II etapa (alta complejidad), Hospital Exequiel González Cortés (alta complejidad), Hospital Gustavo Fricke (alta complejidad), Hospital Regional de Rancagua (alta complejidad), Hospital de Santa Cruz (media complejidad) y Hospital Penco-Lirquén (media complejidad).

Experiencia internacional

APP Internacional

Inglaterra

1. En 2000, el Department of Health[483] dictó el programa NHS[484] LIFT[485] para la regeneración y desarrollo de instalaciones de atención primaria y servicios comunitarios que satisfagan mejor las necesidades de las poblaciones locales. Bajo este programa, las

483 Hoy Department of Health & Social Care (DHSC).
484 National Health Service.
485 Local Improvement Finance Trust.

instalaciones son renovadas o construidas y mantenidas por empresas locales (LIFTCo). En estas empresas participan los sectores público y privado. El sector público es representado por la empresa estatal Community Health Partnerships (CHP)[486, 487] y el particular por la empresa privada interesada para el efecto (por ejemplo, Community Ventures, Equity Solutions, Partnerships Group, etc.). La CHP tiene el 40% de la propiedad de cada LIFTCo y la empresa privada respectiva el resto (60%).

2. Existen 49 LIFTCo, las cuales cubren cerca del 60% de la población y 40% del territorio. En una relación de largo plazo, estas deben arrendar al NHS las instalaciones y mantenerlas. Cada edificio está integrado en su propia comunidad e incluyen espacios clínicos (para médicos de cabecera, atención primaria, fideicomisos del NHS y fundaciones), centros de salud y bienestar (que incluyen instalaciones de ocio), centros integrados (que incluyen bibliotecas y servicios de autoridades locales), hospitales comunitarios y unidades de vivienda entregadas a través de asociaciones con proveedores registrados y constructores de viviendas nacionales.

3. Los desarrollos han brindado 30.000 oportunidades de empleo aproximadamente, un estimado de £ 1,31 mil millones (USD 1.680 millones) han sido inyectados en pequeñas y medianas empresas, sobre £ 2,5 mil millones (USD 3.200 millones) han sido recaudadas para el desarrollo de capital. Casi 9 de cada 10 proyectos han sido ejecutados en áreas con necesidades de salud superiores al promedio. Un estimado del 80% del gasto en construcción ha sido realizado con empresas de las zonas correspondientes, 350 proyectos han sido desarrollados y el 40% de toda la inversión ha sido realizada en el 10% de las comunidades locales más desfavorecidas.[488]

Uruguay

1. En 2011, entró en vigor la Ley 18.786, sobre Contratos de Participación Público-Privada para la Realización de Obras de Infraestructura y Prestación de Servicios Conexos. En estos contratos (CPPP) una Administración Pública[489] encarga a una persona de Derecho Privado, por un período determinado, el diseño, construcción y operación de infraestructura o alguna de dichas prestaciones, además de su financiamiento. Solo pueden celebrarse cuando otras modalidades de contratación no permiten la mejor forma de

486 Esta empresa es de propiedad total del DHSC y miembro clave de la familia del NHS.

487 Salvo en 7 casos, donde el sector público es representado también por autoridades locales.

488 Amion Consulting (2014); CHP (2018); CHP (2019); CHP (N.d.); The LIFT Council (2021).

489 Para los efectos de la ley, se consideran comprendidos en el término "Administración Pública" los Poderes del Estado, Tribunal de Cuentas, Corte Electoral, Tribunal de lo Contencioso Administrativo, Entes Autónomos, Servicios Descentralizados y Gobiernos Departamentales (artículo 3, párrafo 6°, Ley 18.786).

satisfacción de las finalidades públicas y para el desarrollo de obras de infraestructura en los siguientes sectores de actividad: obras viales, ferroviarias, portuarias y aeroportuarias, energéticas, de disposición y tratamiento de residuos, sociales (incluyendo cárceles, centros de salud y educación, viviendas de interés social, complejos deportivos y obras de mejoramiento, equipamiento y desarrollo urbano). En ningún caso, los CPPP pueden incluir servicios educativos (cuando se trate de centros educativos), sanitarios (cuando se trate de centros de salud) o de seguridad, sanitarios y de reeducación de reclusos (cuando se trate de cárceles). El plazo máximo de duración de los CPPP y de sus prórrogas no puede exceder de 35 años.[490]

2. A mayo de 2021, el portafolio CPPP contemplaba un recinto penitenciario, obras viales, centros de educación y un tramo de ferrocarril, con una inversión inicial total estimada de USD MM 1.728. En el caso de los centros de educación, hay tres proyectos: el E1 o Primer Proyecto, que contempla 44 Jardines de Infantes y 15 Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), con una inversión inicial estimada de USD MM 62, actualmente en construcción; el E2 o Segundo Proyecto, que contempla 23 Escuelas, 9 Polos Tecnológicos y 10 Polideportivos, con una inversión inicial estimada de USD MM 66, actualmente en construcción; y el E3 o Tercer Proyecto, que contempla 27 CAIF y 15 Escuelas, con una inversión inicial estimada de USD MM 34, actualmente adjudicado provisionalmente.[491]

Anexo Experiencia Nacional

APP Nacional

Concesiones de inmuebles municipales para servicios educacionales

1. Desde 1982, la educación municipal en Las Condes está a cargo de la Corporación de Educación y Salud. Sin embargo, en 1996, de acuerdo con la Ley de Municipalidades,[492] el municipio concesionó dos inmuebles municipales para que en estos concesionarios se prestaran servicios educacionales. En estos inmuebles funcionan actualmente los colegios Alexander Fleming y

490 Artículo 2, 3, párrafo 2° y 4°, y 4, letra G, Ley 18.786.
491 Ministerio de Economía y Finanzas (2021).
492 Principalmente, en virtud del artículo 8.

Rafael Sotomayor. En 2000, la municipalidad concesionó un tercer inmueble, donde funciona actualmente el colegio Nuestra Señora del Rosario.[493]

2. En general y en virtud de las concesiones, los concesionarios tenían las siguientes obligaciones: mantener la calidad de sostenedor,[494] asegurar la gratuidad,[495] desarrollar el servicio educacional de acuerdo con el proyecto educativo presentado,[496] contar con una planta de personal y funcionarios suficiente, permitir la incorporación o continuidad de alumnos que participen en programas sociales de la municipalidad, otorgar facilidades para que la Unidad Técnica Supervisora (UTS)[497] desarrolle auditorías educacionales y/o financieras, mantener a disposición de la UTS todos los libros que tengan o puedan tener relación con la administración, uso y goce de los bienes concesionados,[498] dictar reglamentos internos, mantener adecuadamente el bien concesionado,[499] entregar a la Corporación de Educación y Salud la factura correspondiente, entre otras.

3. La municipalidad tenía las siguientes obligaciones: entregar el inmueble concesionado y los bienes muebles de propiedad municipal que formen parte de él, fiscalizar permanentemente el cumplimiento de las obligaciones de los concesionarios, realizar el pago oportuno por los servicios debidamente prestados, entre otras. El municipio, a través de la Corporación, podía: efectuar mejoras y reparaciones que sean necesarias en el inmueble, otorgar alimentación a los alumnos, desarrollar acciones para ejecutar programas en beneficio de los alumnos y profesores, contratar servicios de equipos técnicos y/o administrativos para coadyuvar en la consecución de los fines de las concesiones y crear incentivos pecuniarios, programas especiales o beneficios destinados a la mejor prestación del servicio educacional.[500]

---

493 Debido a la entrada en vigor de la Ley 20.845 de Inclusión Escolar, para dar continuidad a los proyectos educativos, en diciembre de 2017 la Municipalidad de Las Condes puso término de común acuerdo a las respectivas concesiones y otorgó los inmuebles municipales en título de comodato a cada una de las corporaciones educacionales que se conformaron por los ex concesionarios, con condiciones similares a las que tenían los contratos de concesión, por un plazo de 8 años.

494 Durante toda la vigencia de las concesiones.

495 Salvo los cobros expresamente permitidos por la legislación vigente.

496 El cual, en todo caso, debe adecuarse a toda la legislación educacional vigente aplicable a la materia.

497 Esta unidad es la Corporación de Educación y Salud.

498 Asimismo, anualmente, los concesionarios deben confeccionar memoria, balance e inventario, debidamente auditado.

499 Los concesionarios deben mantener el bien inmueble en perfecto estado de conservación, haciéndole durante el tiempo de vigencia de la concesión, todas las reparaciones necesarias. Son de su cuenta exclusiva, todos los gastos de mantención y conservación del bien, así como las reparaciones. También son de su cargo las mejoras. Los concesionarios no pueden exigir a la municipalidad ningún reembolso ni indemnización por las mejoras. Los concesionarios están obligados a usar el bien inmueble de acuerdo con los términos o espíritu de las concesiones.

500 Ver: resoluciones y actas del consejo.

4. El efecto de haber asistido a los colegios que la Municipalidad de Las Condes concesionó ha sido positivo. Un alumno promedio pudo obtener, al menos, 31 puntos más en la prueba SIMCE de Matemáticas del 2000 y 32 puntos más en la del 2004. Asimismo, un alumno promedio pudo obtener, al menos, 13 puntos más en la prueba SIMCE de Lenguaje del 2000 y 20 puntos más en la del 2004.[501]

Concesión del Centro Metropolitano de Vehículos Retirados de Circulación

1. En 2005, 20 municipalidades delegaron al MOP la entrega en concesión de la obra pública fiscal "Centro Metropolitano de Vehículos Retirados de Circulación", en la parte que se encontraba territorialmente dentro del ámbito de su competencia, con el fin de someterla al sistema de concesiones.[502] De acuerdo con esta delegación (Convenio de Mandato)[503, 504] se aplica a la concesión la totalidad del estatuto jurídico de las concesiones de obras públicas, entendiendo por tal: el procedimiento de licitación y adjudicación, la ejecución, conservación y explotación, así como las facultades, derechos y obligaciones que emanan de la Ley de Concesiones de Obras Públicas y su reglamento, del DFL 850 de 1998 del MOP y de las respectivas bases de licitación elaboradas al efecto por el MOP. Previo al llamado a licitación, los municipios aprobaron las bases de licitación y los Convenios de Mandato se otorgaron por el plazo que dure la concesión.[505] Las municipalidades que no delegaron al MOP la entrega en concesión del centro pueden celebrar con el concesionario un convenio de prestación de servicios complementarios, previa licitación pública o llamado a propuesta privada, si correspondiere.[506]

---

501 Bravo (2006).

502 A las municipalidades les corresponde habilitar y mantener locales para el bodegaje y custodia de los vehículos que deban ser retirados de circulación o de las vías públicas de la comuna respectiva, y puestos a disposición de los tribunales, por infracción a leyes y reglamentos atinentes.

503 El MOP es competente para otorgar en concesión toda obra pública, la provisión de su equipamiento o la prestación de servicios asociados, salvo que tales obras estén entregadas a la competencia de otro ministerio, servicio público, municipio, empresa pública u otro organismo integrante de la Administración del Estado. En este caso, estos entes pueden delegar la entrega en concesión de tales obras al MOP mediante un Convenio de Mandato. En este convenio la totalidad del estatuto jurídico de las concesiones de obras públicas, esto es, tanto el procedimiento de licitación y adjudicación, la ejecución, conservación y explotación, como las facultades, derechos y obligaciones que emanan de la Ley de Concesiones de Obras Públicas, se entiende incluida (artículo 39, párrafo 2°, Ley de Concesiones). El Convenio de Mandato debe ser firmado antes del llamado a licitación, y en él puede ser establecido a quién corresponde sufragar los gastos de la licitación y adjudicación, así como asumir las obligaciones económicas derivadas del contrato de concesión. En todo caso, la entidad pública que suscribe el convenio debe aprobar las bases de licitación con anterioridad al llamado a licitación. Si dentro de los 30 días corridos contados desde la fecha del ingreso de las bases en las oficinas de dicha entidad, no son recibidas observaciones en la oficina de partes de la Dirección General de Obras Públicas, los documentos de licitación son entendidos como aprobados por la entidad pública respectiva (artículo 96, número 3 y 4, Reglamento de la Ley de Concesiones).

504 La CGR validó este mecanismo mediante los dictámenes 55.328 de 2003 y 52.572 de 2008.

505 Ver: Convenio Mandato Conchalí, Convenio Mandato Independencia y Convenio Mandato Santiago.

506 Dictamen 21.381 de 2017 de la CGR.

2. El proyecto consiste en el diseño, construcción, mantención y explotación de un recinto para custodiar los vehículos retirados de circulación o de las vías públicas, por orden de una autoridad (Carabineros de Chile e Inspectores Municipales y Fiscales), en cumplimiento de la Ley de Tránsito. El concesionario tiene la obligación de trasladar los vehículos al recinto desde el lugar que determine la Autoridad. El concesionario tiene derecho a cobrar tarifas por los servicios de traslado y custodia. La concesión se inició en mayo de 2010, con la publicación en el Diario Oficial del Decreto Supremo de Adjudicación. La etapa de explotación tiene una duración de 300 meses corridos, contados desde la fecha de autorización de la puesta en servicio provisoria de la obra (agosto de 2014).

3. El proyecto se encuentra ubicado en Quilicura, en un terreno de 26,5 hectáreas. Parte de las obras ejecutadas por el concesionario son: acceso vial, puente sobre un canal de aguas lluvias, edificio administrativo de 570 m2 (en el que se ubican las oficinas del concesionario, Inspección Fiscal y la atención de público), vialidad interna, área de parqueadero (con una superficie de 24 hectáreas y una capacidad aproximada para 11.000 vehículos livianos), obras, equipamientos y sistemas de seguridad y vigilancia y plataforma tecnológica como sistema de comunicaciones con los diferentes organismos públicos relacionados y usuarios y para el control de la operación de la concesión.[507] El costo total de la obra fue UF 482.000 (costo de terrenos y construcción).[508]

Concesiones de infraestructura hospitalaria

1. Los hospitales concesionados son producto de Convenios de Mandato entre MINSAL, SUBSERA y los servicios de salud respectivos y MOP.[509] Al cierre del segundo trimestre de 2021, las concesiones hospitalarias comprenden 9 recintos: 4 están en operación (Maipú y La Florida,[510] Félix Bulnes[511] y Antofagasta[512]) y 5 en construcción (Del Salvador e Instituto Nacional de Geriatría,[513]

507 Custodia Metropolitana (2014); DGCOP (N.d.).

508 DGCOP (2021).

509 En 2007, MINSAL, SUBSERA y los Servicios de Salud Metropolitanos Central y Sur Oriente, delegaron a MOP la entrega en concesión de los Hospitales de Maipú y La Florida. En 2009, MINSAL, SUBSERA y los Servicios de Salud Metropolitanos Norte, Sur Oriente, Oriente y Occidente, delegaron a MOP la entrega en concesión de los Hospitales Félix Bulnes, y Del Salvador e Instituto Nacional de Geriatría. En 2010, MINSAL, SUBSERA y el Servicio de Salud Antofagasta, delegaron a MOP la entrega en concesión del Hospital de Antofagasta. En 2018, MINSAL, SUBSERA y el Servicio de Salud Metropolitano Sur, delegaron a MOP y DGCOP la entrega en concesión del Hospital Buin-Paine, y ese mismo año, MINSAL, SUBSERA y el Servicio de Salud Maule, delegaron a MOP y DGCOP la entrega en concesión de la Red Maule: Hospitales de Cauquenes, Constitución y Parral.

510 Comenzaron a funcionar a fines de 2013.

511 Su puesta en servicio provisoria fue en marzo de 2020.

512 Está operativo desde octubre de 2017.

513 Tiene obras iniciadas.

Buin-Paine y Red Maule: Cauquenes, Constitución y Parral).[514] En general MOP es el encargado de gestionar la concesión de la infraestructura y algunos servicios de apoyo no clínicos. Cifras de actividad asociadas a parte de los servicios contratados son mostradas en la ta.1.[515]

2. En 2018, MINSAL y MOP suscribieron un acuerdo marco para ejecutar una cartera de proyectos de infraestructura hospitalaria a través de la Ley de Concesiones de Obras Públicas y su reglamento (Ver Tabla 2). Entre otras cosas, las partes acordaron: celebrar los Convenios de Mandato que se requieran; que MOP, a través de DGCOP, conducirá los procesos de licitación, siendo la entidad encargada de adjudicar las concesiones y fiscalizar su ejecución; actualizar las bases tipo utilizadas en procesos anteriores;[516] excluir ciertos servicios (Ver Tabla 3); incluir en cada concesión como obligación del concesionario el equipamiento médico y el mobiliario clínico y no clínico; que MINSAL sufrague los gastos de licitación y adjudicación, asuma las obligaciones económicas derivadas de cada concesión y tramite las evaluaciones que procedan ante MDSF, para cada concesión; conformar un comité para asegurar una óptima coordinación y comunicación en el desarrollo de los procesos; constituir comités coordinadores de construcción y explotación para cada establecimiento de salud.[517]

---

514 Sus Decretos Supremos de Adjudicación fueron publicados en el primer trimestre de 2021. Están iniciando estudios de ingeniería definitiva.

515 DGCOP (2021).

516 Resolución 14 de 2019 de la DGCOP.

517 Decreto 131 de 2018 del MINSAL y Decreto 145 de 2018 del MINSAL.

Síntesis

Esta sección realiza un análisis del principal mecanismo mediante el cual se financia la APS municipal, el denominado per cápita. Este consiste en un pago anual por beneficiario inscrito calculado sobre la base de indexadores. El estudio concluye, en función de experiencia internacional y nacional, que el financiamiento de la APS municipal debe considerar mejor información sobre el perfil sanitario de la población a nivel local para mejorar el proceso de estimación de costos, para así aumentar la costo-efectividad de la APS. En esta misma sección también se fomenta la transparencia, probidad y rendición de cuentas por parte de las corporaciones municipales.

Abstract

This section analyzes the main municipal PHC finance mechanism, the so-called per capita. it consists of an annual payment per registered beneficiary calculated on the basis of indexers. Based on international and national experience, this study concludes that the financing of municipal PHC should consider better health profile information of the population at the local level to improve the process of estimating costs, and increasing the cost-effectiveness of the APS. This section also encourages transparency, probity and accountability by municipal corporations.

Puntos Claves

- TEl financiamiento desde el Gobierno Central a la APS municipal consiste en un mecanismo de pago denominado per cápita. Este se compone de un pago anual por cada beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de APS (aporte básico unitario homogéneo o per cápita basal), determinado por parte del Ministerio de Salud (MINSAL) y de incrementos, que se establecen a partir de criterios o indexadores..

- El financiamiento del Gobierno Central hacia la APS municipal representa cerca del 90% del presupuesto anual que este contempla para la atención primaria. A su vez, del total de recursos que el Gobierno Central destina a la APS municipal, cerca del 70 % está asociado al mecanismo per cápita.
- Diversos estudios en los últimos 15 años (PUC, FONASA, CNEP) concluyen que el aporte per cápita basal debería incrementarse sobre un 30%.
- La evidencia desde hace más de 2 décadas a nivel internacional, y una década a nivel nacional, sugiere que la carga de morbilidad de la población predice adecuadamente el gasto en atención de salud y, por ende, es una variable candidata a ser utilizada como indexador. No obstante, los datos recolectados sugieren que, actualmente, la implementación a nivel nacional de un indexador de morbilidad puede tomar al menos 1 año, principalmente por temas asociados a la consolidación de la información a nivel primario.
- Es necesario que elaboración del per cápita incorpore mejoras a su proceso anual de estimación, junto con una mayor transparencia y rendición de cuentas respecto a las decisiones que se tomen, sobre todo supuestos y valores utilizados como referencia..

Capítulo 3

Financiamiento más eficiente para la APS

Introducción

En esta sección, la CNEP desarrolla un análisis de los principales mecanismos mediante el cual se financia la APS.[518] Se presentan recomendaciones para aumentar la costo-efectividad de la APS, propiciando a que el financiamiento de la APS municipal sea asignado considerando mejor información sobre el perfil sanitario de la población a nivel local y mejorando el proceso de estimación de costos. En el entendido que, dado un presupuesto, siempre resulta más adecuado asignar recursos tomando en consideración las mejores metodologías de costos y dimensiones que expliquen el gasto en atención a nivel local, como por ejemplo, la carga de morbilidad y riesgo sanitario de la población.

El financiamiento desde el Nivel Central a la APS municipal consiste en un mecanismo de pago denominado *per cápita*. Este se compone de un pago anual por cada beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de APS (aporte básico unitario homogéneo o *per cápita basal*), determinado por parte del Ministerio de Salud (MINSAL) y de incrementos, que se establecen a partir de criterios o indexadores. Estos últimos buscan capturar las condiciones locales de cada comuna, tales como necesidades económicas,[519] edad de la población,[520] ruralidad, entre otros.

El financiamiento del Nivel Central hacia la APS municipal representa cerca del 90% del presupuesto anual que este contempla para la atención primaria.[521] A su vez, del total de estos recursos destinados a la APS municipal, cerca del 70% está asociado al mecanismo per cápita.[522] Por último, los propios municipios también pueden aportar al financiamiento de la actividad primaria lo que representa, en promedio, cerca del 10% del presupuesto total de un año.[523] Así, al abordar mejoras al proceso de determinación del per cápita (*per cápita basal* e indexadores que lo ajustan), se está incidiendo en la principal fuente de financiamiento que tiene la APS municipal, que representa (aproximadamente) el 60% de su presupuesto anual.[524]

---

518 Esta sección está orientada a la APS municipal. Hoy en 321 de 345 comunas la APS es administrada por los municipios.

519 La relación entre nivel socioeconómico y estado de salud de la población está documentada en la literatura nacional hace décadas. Ver Montero et al. (2008), por ejemplo.

520 Específicamente, se añade un monto extra por cada adulto mayor de la comuna.

521 El resto de los recursos se destina a financiar la atención primaria dependiente de los Servicios de Salud.

522 Junto al *per cápita* un 25% del presupuesto proviene de programas de reforzamiento e iniciativas, mientras que el 5% restante está relacionado a la aplicación de beneficios vinculados con, entre otras, las Leyes 19.378, 19.813, 20.157 y 20.250.

523 Valor estimado según información de SINIM.

524 De las 345 comunas que hay a nivel nacional, existe un conjunto que no se financia por medio del *per cápita*, unas son parte de Servicios de Salud y otras son las comunas denominadas de costo fijo. Estas últimas reciben un monto fijo "...que, por razones básicamente geográficas, concurren condiciones absolutamente excepcionales en cuanto a población potencialmente beneficiaria -inferior

En efecto, un primer conjunto de recomendaciones busca que dicho financiamiento incorpore mejoras a su proceso anual de estimación de recursos. Así, mediante mejoras al proceso de elaboración del *per cápita basal*, unas recomendaciones buscan que MINSAL transparente y valide la metodología de cálculo como los supuestos y precios que utiliza para determinar cada año este aporte. Por otro lado, a partir de experiencias internacionales y nacionales como también de estudios previos, otras recomendaciones buscan que MINSAL utilice mejores indexadores para capturar con mayor precisión el contexto local. En particular, se debe considerar el riesgo sanitario y la morbilidad de la población de la comuna. Este conjunto de recomendaciones busca avanzar hacia una asignación de recursos financieros más costo-efectiva, toda vez que una mayor transparencia, mejores procesos de estimación y ajustes para el cálculo del *per cápita* permiten orientar mejor los recursos.

Por otro lado, un segundo grupo de recomendaciones busca una mayor transparencia, probidad y rendición de cuentas por parte de las corporaciones municipales que administran los recursos de la APS municipal con el objetivo de inducir una mayor eficiencia en el gasto que se realiza a nivel primario por parte de estas entidades. Cabe mencionar que, a nivel nacional, el 14% de la atención primaria de las comunas es gestionado por corporaciones de salud vinculadas a las municipalidades. No obstante, estas representan cerca del 35% del presupuesto que el Nivel Central destina a la APS municipal. Además, están a cargo del 38% de la población inscrita en APS. Esto último sucede porque muchas de estas entidades administran la APS de comunas densamente pobladas, donde además se observa una proporción importante de personas en tramos vulnerables. Así, estas recomendaciones promueven la administración y uso de recursos de las Corporaciones de una manera más eficiente.

En el contexto de los atributos de la APS, la CNEP considera que la implementación de estas recomendaciones permite potenciar el atributo de *Integralidad*, ya que, como se menciona anteriormente, mejoras en la transparencia y rendición de cuentas de las corporaciones municipales de salud, como al proceso de cálculo del *per cápita basal* y la utilización de mejores indexadores, permiten orientar los recursos de manera más eficiente, acorde al contexto local. En el corto plazo, la implementación de las recomendaciones busca una asignación capaz de aproximarse mejor al gasto efectivo que involucra atender cierta población, dado su riesgo sanitario y morbilidad. En el mediano plazo estas recomendaciones apuntan a una mejor orientación de los esfuerzos de política, dado que mayor transparencia y más información permiten contextualizar mejor la situación de la atención primaria. De esta forma se puede orientar la discusión de la política hacia la búsqueda de

a 3.500-, ruralidad y dificultad tanto para prestar como para acceder a las atenciones de salud" (considerando 6° del Decreto 29 de 2021 de MINSAL). Este conjunto de comunas -APS administrada por Servicios de Salud y las de costo fijo- representa el 20% de las comunas a nivel nacional.

soluciones más consensuadas y adecuadas para reducir la brecha de financiamiento que existe según la evidencia analizada. Así, reducir la brecha de financiamiento posibilita la entrega de una atención cada vez más completa e integral.

Elaboración del per cápita basal: hacia una mayor transparencia

212. Cada año MINSAL determina el per cápita basal mediante decreto fundado.[525] Este decreto también precisa criterios o indexadores para incrementar el per cápita basal, reglas para sus rebajas e incrementos, prestaciones y/o acciones de salud, entre otros. Así, el per cápita basal junto a los incrementos aplicados mediante ciertos indexadores y las rebajas por causa del desempeño determinan cada año el per cápita.

213. *El per cápita basal* es el aporte básico unitario homogéneo que se transfiere desde el Nivel Central por beneficiario inscrito[526] en los establecimientos municipales de atención primaria de salud de cada comuna. Previamente[527] al traspaso de recursos, la inscripción de los beneficiarios es validada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este valor representa en promedio cerca del 80% del per cápita.[528]

214. *El per cápita basal* debe contribuir a la ejecución de prestaciones y/o acciones de salud basadas en la canasta descrita en el denominado Plan de Salud Familiar (PSF).[529] Este plan integra un conjunto de prestaciones y/o acciones de salud para diversas necesidades de las personas en el curso de sus vidas, las cuales pueden agruparse en los siguientes programas: salud de niñas/os,[530] salud de adolescentes,[531] salud de adultas/os,[532] salud

525 Artículo 49, párrafo 2°, de la Ley 19.378 (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal). Ver, por ejemplo, el artículo 2, párrafo 4°, letra a), del Decreto 29 de 2021 del MINSAL.

526 El lugar de inscripción de la persona no está supeditado a su comuna de domicilio, siendo esta y la comuna donde trabaja los principales focos de inscripción de las personas (artículo 18, párrafo 5°, Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del MINSAL).

527 Para ello se considera la población inscrita y validada por FONASA en octubre del año anterior que comienza a regir el decreto que establece los aportes. Así, por ejemplo, el traspaso de recursos de 2022 está supeditado a la lista revisada por FONASA en octubre de 2021 (por ejemplo, ver considerando 4° del Decreto 29 de 2021 de MINSAL).

528 Ver Montero et al. (2008).

529 Por ejemplo, ver el artículo 5 del Decreto 29 de 2021 de MINSAL.

530 Control de salud del niño sano, control de lactancia materna, consulta por déficit del desarrollo psicomotor, vacunación, entre otras.

531 Control de regulación de fecundidad, consejería en salud sexual y reproductiva, intervención psicosocial, consulta morbilidad obstétrica, entre otras.

532 Consulta nutricional, consulta y/o consejería de salud mental, curación de pie diabético, consulta odontológica preventiva, entre otras.

de adultas/os mayores,[533] salud de la mujer,[534] actividades[535] con garantías explícitas en salud (GES),[536] un conjunto de exámenes[537] y actividades generales.[538] Así, la elaboración del PSF resulta un insumo relevante para la estimación del *per cápita basal*,[539] a partir del cual se agregan incrementos[540] mediante indexadores.

215. Acorde a MINSAL, el PSF se elabora a partir de "... una población tipo de 10.000 habitantes, representativo de la población chilena, según perfil demográfico y epidemiológico, de acuerdo a parámetros de cobertura[541] esperados y de rendimientos[542] asociados al personal ...".[543] Para el cálculo del costo del plan, MINSAL considera la dotación necesaria de personal según ciertos parámetros y normas[544] ministeriales (MINSAL, 2011). También se estiman los costos de administración del establecimiento, del municipio, de farmacia y de operación. Con todo lo anterior, MINSAL estima el *per cápita basal* del año.

216. En el contexto de este estudio no fue posible obtener información consolidada que describiera en detalle el proceso de elaboración del *per cápita basal*, como tampoco información que permitiera replicar su estimación. Si bien existe documentación de MINSAL relacionada al *per cápita basal*, sobre todo de estándares,[545] la mayoría de la información encontrada que trata la estimación de este valor tiende a describir de manera general el proceso, sin entrar en detalles sobre qué parámetros[546] y supuestos trabaja,[547] ni cuáles

533 Vacunación anti influenza, atención a domicilio, atención podología a pacientes con Diabetes Mellitus, consulta urgencia odontológica, entre otras.

534 Control prenatal, control preconcepcional, control de puerperio, control de regulación de fecundidad, control ginecológico preventivo, entre otras.

535 Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial, diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2, acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años, entre otras.

536 Existen cuatro garantías exigibles por ley para las personas afiliadas al FONASA y a las ISAPRES: 1) Acceso, 2) Oportunidad, 3) Protección financiera y 4) Calidad. Ello se encuentra asociado a 85 problemas de salud vigentes por decreto.

537 Hematología, bioquímica, inmunología, microbiología, entre otros.

538 Educación grupal ambiental, visita domiciliaria integral, tratamiento y curaciones, extensión horaria, entre otras.

539 Por ejemplo, ver considerando 14° del Decreto 29 de 2021 de MINSAL.

540 Determinados por el artículo 49, párrafo 1°, de la Ley 19.378 (Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal). Por ejemplo, ver el artículo 2, párrafo 4°, letra b) y d), del Decreto 29 de 2021 de MINSAL.

541 Entiéndase, proporción de la población objetivo que se desea atender.

542 Por ejemplo, número de consultas por hora.

543 MINSAL (2011), p. 12.

544 Tomando como referencia las normas contenidas en la Ley 19.378.

545 Ver, por ejemplo, MINSAL (2021).

546 Por ejemplo, una descripción sobre cuáles son los supuestos de rendimientos utilizados para las actividades del PSF.

547 Por ejemplo, no se identifica documento que describa la distribución del tiempo del personal utilizado para alcanzar las coberturas fijadas dado el perfil de la muestra de la población.

son los precios de referencia que ocupa y metodología de costos utilizada, por ejemplo. Así, los documentos oficiales identificados que tratan el tema de estimación del *per cápita basal* solo se limitan a realizar una descripción en línea con lo expuesto en los decretos anuales que fijan dicho valor. Montero et al. (2008), como también representantes de entidades públicas vinculadas a la salud primaria (y que fueron entrevistados para este estudio) señalan la misma opacidad.[548]

217. Desde 2008 a la fecha diversos estudios[549] evidencian una brecha de más de 25 puntos porcentuales del *per cápita basal* respecto de sus estimaciones.[550] La CNEP, por medio de información de Modalidad Libre Elección (MLE[551]) también estima una brecha: mientras el *per cápita basal* determinado en el Decreto 29 de 2021 de MINSAL era de $8.028/mes por beneficiario inscrito, la estimación de la CNEP sugiere un valor cercano a los $11.825/mes por inscrito.[552]

218. En este sentido, la problemática es relevante puesto que un conjunto de evidencia relaciona directamente el gasto en atención primaria con la generación de valor: mejores resultados sanitarios, mayor equidad y uso más eficiente de los recursos (PCC, 2020). Así, las implicancias de las brechas de recursos en APS ha sido ampliamente estudiada en Estados Unidos, a razón de que su gasto en el nivel corresponde a cerca de un 5% y 8% del gasto total en salud, muy por debajo de los países OCDE, con un promedio de 14% (PCPCC, 2019; PCC, 2020). Dicha brecha ha motivado a los Estados del país a generar planes particulares para entregar más recursos a la APS, donde se ha demostrado que, aquellos que presentan mayor inversión en esta, poseen, a su vez, un menor ratio de visitas a urgencias, menor ratio de beneficiarios hospitalizados y menor ratio de hospitalizaciones evitables. Así, se estima que dedicar 1% más de inversión a APS[553] disminuye en un 0,18% el ratio de visitas a urgencias, 0,07% el ratio de beneficiarios hospitalizados y 0,16% el ratio de hospitalizaciones evitables (PCC, 2020). Por su parte, en un caso más local,

548 Montero et al. (2008) señalan que "Es sabido que para el cálculo de la cápita se utilizan promedios históricos de demanda esperada; sin embargo, la fórmula utilizada para llegar a la cifra final es desconocida por nuestro equipo de trabajo" (p. 81). Por otro lado, para efectos de este estudio, fuera de una primera reunión, la CNEP intentó consultar a DIVAP esta y otras dudas, pero no fue posible tener respuesta.

549 Ver Montero et al. (2008), FONASA (2019), ESP (2015), entre otros.

550 Por ejemplo, Montero et al. (2008) estiman un per cápita basal de $3.708 cuando el valor basal era de $1.500. Casanova (2007) estima un valor de $2.771 para el mismo periodo que el estudio anterior. En FONASA (2019) el valor mínimo estimado del *per cápita basal* para 2018 fue de $10.850, siendo que para esa fecha el establecido fue de $5.513.

551 Mecanismo de copago por medio del cual el beneficiario de FONASA (C y D) puede optar a ser atendido en el sector privado.

552 Estimación a partir del arancel FONASA MLE y atenciones MLE de 2019. Se ocuparon solo atenciones de prestaciones que se atienden en establecimientos nivel 1 (baja complejidad, incluye APS). Valor es el costo total mensual por persona atendida.

553 Como proporción del gasto total en salud.

Macinko et al. (2011) evidenció que el reforzamiento de recursos para el programa de salud familiar en Brasil[554] en el periodo 1999-2007 logró reducir anualmente un 5% las principales hospitalizaciones evitables[555] de adultos, lo que para el periodo 1999-2007 significó una reducción de 30% de las hospitalizaciones evitables.

219. Entre las posibles causas que explican la brecha entre el valor del decreto anual y las estimaciones mencionadas está el valor hora del recurso humano, el cual representa cerca del 58% del valor de la atención según FONASA (2019).[556] Por tanto, si existe una brecha entre el valor hora del personal de la comuna y el utilizado para el cálculo del *per cápita basal*, esta debería reflejarse entre el gasto efectivo de atención y el valor del decreto.[557]

220. Si bien, no es posible identificar el valor hora del recurso humano utilizado para el cálculo del per cápita basal, a modo de ejemplo, se estimó para un grupo de profesionales de la atención primaria[558] un valor mensual a partir de la a Ley 19.378.[559] También, mediante Transparencia Activa se recolectó información sobre la remuneración mensual efectiva de este mismo grupo. De este ejercicio se concluye que existen brechas de hasta 50pp en la remuneración de los profesionales entre comunas, a misma categoría, estamento y nivel (Ver Tabla 3.1). La brecha aumenta hasta 60pp cuando se compara con el valor de referencia estimado a partir de la Ley 19.378. Así, en el primer caso la remuneración mínima debería aumentar cerca de 100% para alcanzar el valor máximo. Respecto del valor de referencia, el aumento debería ser de 150%, aproximadamente.

221. Entre las posibles causas que explican estas brechas entre los territorios está el hecho que las municipalidades tienen diferente capacidad de pago, como también particularidades que pueden generar más o menos incentivos a trabajar en ciertas comunas

554 Por medio de un modelo comunitario diseñado para entregar mayor accesibilidad, primer contacto y atención integral donde existió la implementación de equipos multidisciplinarios, desde entonces se ha más que duplicado el volumen de personas cubiertas y se ha implementado más del doble en equipos multidisciplinarios.

555 Las hospitalizaciones evitables son los casos que ingresan al hospital y que, por sus características, debieron ser resueltos en la APS. Por ejemplo, diabetes descompensada o infecciones urinarias.

556 Este 58% es respecto a composición promedio de costo de prestaciones del PSF. Para el caso de las prestaciones al programa de salud del niño/a, el recurso humano representa un 75% del costo, del adolescente un 69%, de la mujer un 74%, de adultos/as un 72%, entre otros. Solo para el caso de prestaciones al programa oral el recurso humano representó un 20% del costo (FONASA, 2019).

557 Esta hipótesis no es posible de validar debido a la opacidad mencionada con anterioridad.

558 En particular, del estamento de Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químicos Farmacéuticos y Cirujanos Dentistas.

559 La estimación fue realizada con base en los montos indicados en el artículo 15 transitorio de la Ley 19.378, el cual fue actualizado por reajuste de sector público a partir del 2006, de acuerdo a la modificación introducida a dicha Ley.

sobre otras.[560] Junto con ello, la Ley 19.378 establece un sueldo base mínimo nacional.[561] El sueldo base, para cada una de las categorías funcionarias respectivas,[562] no puede ser inferior al sueldo base mínimo nacional.[563] Es decir, se establece un piso: cada municipalidad debe definir la remuneración del personal[564] sujeta a que dicho valor no sea inferior a lo señalado en la ley. Más allá de lo anterior, la evidencia recolectada da cuenta de que los municipios están pagando un monto mayor al sueldo base mínimo nacional, lo que sugiere que, si los valores asignados a los profesionales en el cálculo del *per cápita basal* consideran solo el piso de la Ley 19.378, estos estarían potencialmente subestimados.

222. Por su parte, la diferencia entre el *per cápita basal* y las diversas estimaciones identificadas en los úl timos 14 años, tiene como primera causa la opacidad con la que se estima el valor del primero. Detrás de esta opacidad se encuentran temas, tales como costo de los recursos, estándares, supuestos, metodología, etc. Por su parte, la evidencia sugiere que estos temas no se tratan de forma rutinaria, sin embargo, se identifican avances cuando hay esfuerzos mancomunados.[565] Así, perfeccionar este proceso con más y mejor información permitiría, en última instancia, lograr mayor asertividad en el cálculo del per cápita basal, reducir la brecha de financiamiento y, por consiguiente, aumentar la capacidad de prevención de la APS.[566]

223. En este sentido, la CNEP considera que abordar estos temas por medio de una mayor transparencia en la forma que se estima el *per cápita basal* permite contextualizar mejor la situación de la atención primaria y por ende, habilita una discusión más adecuada entre los involucrados para alcanzar acuerdos que lleven a una mejor asignación de recursos hacia la APS municipal.

224. Así, en vista de lo anteriormente expuesto, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República, para que la elaboración del *per cápita basal* se lleve a cabo mediante un proceso transparente. Para ello se sugiere la siguiente modificación al Reglamento General de la Ley 19.378.

---

560 Reflejo de aquello son las asignaciones por prestar atenciones de salud.

561 Artículo 15 transitorio, Ley 19.378.

562 Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químico-Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano-Dentistas; Otros profesionales; Técnicos de nivel superior; Técnicos de salud; Administrativos de salud; Auxiliares de Servicios de Salud (artículo 5, Ley 19.378).

563 Artículo 24, párrafo 1°, Ley 19.378.

564 Artículo 39, Ley 19.378.

565 Por ejemplo, a raíz del acuerdo en 2014 entre el Ejecutivo y el Congreso para realizar una revisión y evaluación del per cápita basal, indexadores, PSF, y otros (Ver Escuela de Salud Pública (2015), se pudo asegurar un cronograma de incremento en el per cápita basal por los siguientes 3 años.

566 Starfield (2010) evidencia, a partir de 12 indicadores de resultados sanitarios que Canadá presenta un mejor desempeño respecto de Estados Unidos a partir de su reforma sanitaria de los 70s, la cual estuvo orientada a fortalecer la APS.

Recomendación 3.1: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el artículo 3 del Reglamento General de la Ley 19.378,[567] 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:

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.

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."

225. Cabe destacar que implementar la Recomendación 3.1 no significa un mayor gasto fiscal ni generar nuevas acciones o procesos, dado que en este caso se está solicitando mayor transparencia sobre acciones y decisiones que MINSAL debería realizar de manera rutinaria todos los años. También, requerir transparencia permite que terceros puedan aportar con observaciones y sugerencias.

Incrementos al per cápita basal: hacia mejores ajustes y mayor transparencia

226. Junto con la estimación del *per cápita basal*, MINSAL debe aplicar incrementos a este valor mediante los denominados indexadores. Esto, con el fin de adaptar el financiamiento por medio del per cápita a las condiciones de la población que se atiende en cada comuna. Así, se busca que comunas con mayor complejidad sanitaria reciban un aporte per cápita mayor.

227. De acuerdo con el artículo 49, párrafo 1°, de la Ley 19.378, el aporte per cápita debe determinarse según los siguientes criterios:

a. Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas.
b. Nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad.

[567] Decreto 2.296 de 1995 de MINSAL.

c. Dificultad para acceder y prestar atenciones de salud.[568]

Respecto de la población potencialmente beneficiaria en la comuna, se interpreta que esta es utilizada para estimar el *per cápita basal* a traspasar a la comuna. Para ello se ocupa la validación y certificación de beneficiarios inscritos en los establecimientos municipales de atención primaria de salud de cada comuna por parte de FONASA. En el caso de las características epidemiológicas, se interpreta que se ocupan en la elaboración del PSF, pero no así para incrementar el per cápita basal a nivel comunal. Con estas precisiones, el resto de los criterios enunciados son utilizados para incrementar el aporte desde el Nivel Central a cada Municipio que administra la APS.

228. Con relación al criterio nivel socioeconómico de la población, los incrementos aplicados al *per cápita basal* están relacionados con la situación de pobreza de la comuna y la edad de la población.[569] Para la primera variable (situación de pobreza de la comuna)[570] se utiliza el Índice de Privación Promedio (en adelante IPP), elaborado con base en la información de la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE) a través del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). Este indexador busca medir la capacidad económica del municipio en función del grado de su dependencia al Fondo Común Municipal[571] (FCM). Los valores que toma el indexador están entre 0 y 1, siendo 1 señal de mayor dependencia al FCM y, por consiguiente, de menor capacidad de generar recursos propios y, como consecuencia, indicio de tener una proporción importante de la población de la comuna en condición de pobreza. Así, cada municipio que administra la APS tiene asociado un IPP y, dependiendo del valor que toma, se aplica un

568 El mismo párrafo del artículo también hace referencia al conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna y a la cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, con base en una evaluación semestral. Se interpreta que las prestaciones programadas y las efectivamente realizadas guardan relación con los posibles descuentos que se pueden aplicar al per cápita basal y sus incrementos (por ejemplo, ver el artículo 2, párrafo 4, letra e), del Decreto 29 de 2021 de MINSAL). Por tanto, para efectos del análisis, esta parte del estudio hace hincapié en los criterios enunciados en el párrafo 15 que buscan capturar las particularidades de cada comuna y que inciden en la atención de los establecimientos primarios de salud municipal.

569 Acorde al considerando 9 del Decreto 29 de 2021 de MINSAL, que fija el aporte per cápita, "...uno de los criterios que considera el mecanismo ...es el nivel socioeconómico de la población potencialmente beneficiaria, clasificando para tales efectos las comunas sobre la base del Índice de Privación Promedio Municipal (IPP), calculado con datos proporcionados por la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, esquematizándolo para estos efectos en diferentes tramos de pobreza. A lo que debe agregarse, por su incidencia en esta materia, la cantidad de población potencialmente beneficiaria de 65 años y más de la respectiva comuna".

570 Siguiendo, por ejemplo, el artículo 2, párrafo 4°, letra b), numeral i., del Decreto 29 de 2021 de MINSAL.

571 El Fondo Común Municipal es un "... mecanismo de redistribución solidaria de los ingresos propios entre las municipalidades del país ..." (artículo 122 del Decreto 100 de 2005 de MINSEGPRES (Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Constitución Política de la República de Chile)).

incremento sobre el per cápita basal. Por ejemplo, para 2021, comunas con un IPP entre 1 y 0,8267 se les aplica el mayor incremento, equivalente al 18% del *per cápita basal* (Ver Tabla 3.2).

229. La otra variable relacionada con el criterio *nivel socioeconómico de la población* es la proporción de la población adulta mayor de la comuna. En este sentido, se incorpora un incremento adicional por cada uno de los beneficiarios inscritos (validados y certificados) en la comuna que tengan 65 y más años. Para 2021, el monto fijado en el decreto fue de $698/mes por beneficiario.[572] Este indexador busca incrementar el *per cápita basal*, considerando que existe un mayor costo relativo en la atención de las personas de 65 años o más, dado que presentan un riesgo sanitario incremental. Cabe mencionar que, a nivel comunal, existe una estructura poblacional heterogénea, donde algunas de las comunas presentan una importante proporción de personas adultas mayores, mientras que en otras la proporción es menor, lo que releva la necesidad de aplicar incrementos en esta dirección (Ver Figura 3.1).

230. Respecto al criterio asociado a *índices de ruralidad*, cada comuna cuya proporción de población rural es igual o mayor a 30%, tiene un incremento al per cápita basal de un 20%.[573] La proporción de población rural de cada comuna se obtiene a partir de datos del INE. También se consideran afectas a este incremento aquellas comunas donde el municipio administre solamente establecimientos rurales, tales como consultorios generales rurales, postas rurales, estaciones médico-rurales, etc.[574]

231. Otro indexador está asociado al criterio *dificultad para acceder a las prestaciones* y/o acciones de salud, puesto que las iniciativas de promoción y prevención de la atención primaria en los territorios con mayor dificultad de acceso suponen un mayor costo. Existen comunas en que la dotación de los establecimientos municipales de atención primaria de salud tiene derecho a asignación de zona[575] en el tramo que indica el decreto anual.[576] Este indexador considera de manera referencial el porcentaje de asignación de zona establecido en el Decreto Ley 249 de 1974 del Ministerio de Hacienda,[577] estructurado para 2021 en 10 tramos, que van desde 0 a 70 o más. Así, este indexador incrementa

572 Ver el artículo 2, párrafo 4°, letra b), numeral ii., del Decreto 29 de 2021 de MINSAL.

573 Por ejemplo, ver el artículo 2, párrafo 4°, letra b), numeral iii., del Decreto 29 de 2021 de MINSAL. En el decreto anual solo se hace mención del orden de magnitud del incremento (20%), no así del umbral de 30%: este viene dado por el Censo de 2002 (MINSAL (N.d.)).

574 MINSAL (2011); MINSAL (N.d.).

575 "Los funcionarios tendrán derecho a una asignación de zona, que consistirá en un porcentaje sobre el sueldo base señalado en el artículo 24, equivalente, en cada caso, al establecido para los funcionarios del sector público según el lugar en que ejecuten sus acciones de atención primaria de salud" (artículo 26, Ley 19.378).

576 Por ejemplo, ver el artículo 2, párrafo 4°, letra d), del Decreto 29 de 2021 de MINSAL.

577 Específicamente, en el artículo 7.

el *per cápita basal* según porcentaje de tramo de asignación de zona. Los incrementos, dependiendo del porcentaje del tramo, van desde 0 a 24% (Ver Tabla 3.3).

232. El indexador correspondiente a comunas en que la dotación de los establecimientos municipales de atención primaria de salud tiene derecho a asignación de desempeño difícil[578] está vinculado al criterio dificultad para prestar atenciones de salud.[579] Este considera incrementos atendiendo al grado de dificultad[580] para llevar a cabo las prestaciones de salud. Según el decreto anual para 2021, los valores básicos mensuales determinados para estas comunas fueron fijados de acuerdo con la dotación informada a MINSAL y el tramo establecido, según los decretos 30 de 2018[581] y 54 de 2020, ambos de MINSAL. Sin embargo, en estricto rigor, esto incrementa la remuneración del personal y no el per cápita basal.[582] Las razones que explican esta situación (financiamiento de la asignación de desempeño difícil a través del decreto que determina el aporte per cápita a las municipalidades) son desconocidas.

233. Así, la aplicación de indexadores sobre el *per cápita basal* determina la transferencia de recursos desde el Nivel Central hacia los municipios mediante el mecanismo de pago per cápita. La Figura 3.2 describe la construcción de la transferencia hacia la comuna por concepto de per cápita basal e incrementos, donde las asignaciones por desempeño difícil son consideradas aparte, pero dentro del aporte definido en el mecanismo de pago. Desde hace más de una década la literatura a nivel nacional viene proponiendo mejoras a varios de los indexadores. Por ejemplo, el estudio de expertos plasmado en el documento MINSAL (2011) señala como crítica general que la mayoría de los indexadores al per cápita basal presentan saltos discretos, redundando en que en la vecindad de dichos saltos existan comunas muy similares respecto del valor del indexador, pero algunas percibiendo el incremento y otras no (o percibiendo un incremento inferior).

234. El caso más claro se observa en el indexador de ruralidad, cuya aplicación depende de igualar o superar el umbral de 30%. Así, comunas con un 31% de ruralidad reciben

578 "Los funcionarios que laboren en establecimientos reconocidos como urbanos o rurales por el Ministerio de Salud y calificados como establecimientos de desempeño difícil por decreto supremo de esa Secretaría de Estado, tendrán derecho a una asignación de desempeño difícil, consistente en los porcentajes señalados en los artículos 29 y 30, aplicados sobre la suma del sueldo base y la asignación de atención primaria municipal correspondientes a su nivel y categoría funcionaria en una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales" (artículo 28, párrafo 1°, Ley 19.378).

579 Por ejemplo, ver el artículo 2, párrafo 4°, letra c), del Decreto 29 de 2021 de MINSAL.

580 Marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria; inseguridad y riesgo para el personal; condiciones de aislamiento geográfico; dispersión de la población beneficiaria.

581 Ver también el Decreto 14 de 2021 de MINSAL.

582 En este sentido se puede considerar que dicha asignación busca compensar al personal que debe realizar atenciones en zonas complejas, por lo que, si bien, no va directamente al funcionamiento y aplicación del PSF, apunta a la factibilidad de llevar a cabo dichas atenciones.

un 20% extra, mientras que comunas con el 29% no. FONASA (2020) confirma, en su descripción de indexadores, que este umbral no había sido modificado a la fecha.[583] Hace más de una década, Montero et al. (2008) ya sugerían evaluar alternativas y transitar (al menos) hacia un indexador continuo para ruralidad.

235. En MINSAL (2011), el conjunto de expertos realizó un análisis de correlación de los indexadores vinculados a ruralidad, asignación de zona y pobreza con un conjunto de variables vinculadas a dichos criterios.[584] Se encontró una baja relación de los indexadores con las variables comparadas, sugiriendo que los actuales indexadores tienen bajo poder predictivo respecto de los ámbitos que buscan capturar.[585] En este sentido, Poblete y Vargas (2007) destacan, por ejemplo, una mayor correlación de otras variables[586] con condición de pobreza de la población[587] y, por consiguiente, un mayor poder predictivo[588] del gasto y atención respecto del actual IPP. En esta línea, Vargas y Wasem (2006) desarrollaron modelos predictivos del gasto y el volumen de atención en la APS, condicionales en características de las personas inscritas. Sus resultados sugieren que, junto con la edad y género de la persona, la presencia de variables relacionadas a condiciones crónicas permite predecir mejor el gasto y el número de consultas, lo que no es contemplado como indexador en la actualidad.

236. En 2015, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (ESP) destacó en su estudio sobre APS[589] que diversos representantes[590] del nivel consideran[591] en general que la aplicación de indexadores hace sentido, pero cuestionan su configuración: unos critican la validez de ocupar el IPP, como también el indexador de ruralidad. Otros, la falta de un

583 Propuesta de modelo de financiamiento de la Atención Primaria de Salud [documento de trabajo]. FONASA, División de Desarrollo Institucional, Santiago de Chile (2020): 28 p.

584 Por ejemplo, se comparó el indexador de ruralidad como el de asignación de zona con variables como densidad poblacional de la comuna y diversos indicadores de aislamiento territorial.

585 Según autores, esta afirmación es cierta bajo el supuesto que las otras variables contra las cuales se compararon los indexadores predicen mejor la condición que se busca capturar bajo el criterio.

586 Las variables fueron: proporción de población de la comuna que es FONASA-A y el índice que proponía Agostini y Brown (2007).

587 En este caso medida a través de la encuesta CASEN.

588 La asociación entre nivel socioeconómico y el estado de salud es un tema profundamente analizado en la literatura, que se puede resumir en determinantes sociales de la salud. Por tanto, indicadores capaces de relacionarse significativamente con condición de pobreza deberían también predecir mejor el costo de atención. En este sentido, la evaluación de la Encuesta Nacional de Salud, en sus dos últimas versiones, lo sugiere también.

589 Trabajo realizado en el marco del compromiso adquirido por parte del Ejecutivo, con motivo de la aprobación de la Ley de Presupuestos de 2015, para realizar un estudio de revisión y evaluación del per cápita basal para la atención primaria de salud, los indexadores, plan de salud familiar y comunitario y un programa de ajuste para el periodo 2016-2018.

590 De municipios, establecimientos, expertos académicos, etc.

591 Mediante entrevistas.

indexador que capture la morbilidad y riesgo sanitario de la población. Cabe mencionar que los indexadores analizados en dicho estudio siguen siendo ocupados a 2021.

237. Así, en vista de la evidencia y opiniones expresadas por más de una década por expertos sobre mejores alternativas en relación con el incremento al per cápita basal y, considerando que a la fecha no ha habido cambios al respecto, es que el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República, con el objetivo que se fundamente la pertinencia de los indexadores ocupados para incrementar el *per cápita basal*. Para ello se sugiere la siguiente modificación al Reglamento General de la Ley 19.378.

Recomendación 3.2: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el artículo 3 del Reglamento General de la Ley 19.378,[592] para añadir el siguiente párrafo (destacado):

"La incidencia y proporción de los criterios indicados en las letras a)[593] y b)[594], 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."

238. En concreto, la recomendación busca incluir en el proceso anual de cálculo del *per cápita basa*l y aplicación de incrementos, que MINSAL fundamente la pertinencia de los indexadores ocupados para aumentar el *per cápita basal* por medio de un documento técnico disponible al público, en el entendido que esto permitiría inducir la inclusión de indexadores más adecuados y, por tanto, fomentar una asignación más eficiente y pertinente al contexto local. En este sentido, la CNEP considera que abordar estos temas por medio de una mayor transparencia permite a MINSAL llevar a cabo un mejor proceso de elaboración del *per cápita basal*, en el entendido que requiere, por parte del equipo de MINSAL, evaluar y justificar las decisiones en torno a los indexadores. El costo asociado a esta recomendación debe considerarse mínimo, dado que corresponde a la formalización de un proceso que se debería realizar de manera rutinaria. También, cabe mencionar que

592 Decreto 2.296 de 1995 de MINSAL.
593 "Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas".
594 "Nivel socio-económico de la población e índices de ruralidad (...)".

no se encontró en la literatura ni en documentos oficiales, críticas a los indexadores por dificultad para acceder y prestar atenciones de salud, por ello, se optó especificar en la recomendación aquellos que han sido evaluados y presentan alternativas propuestas en la última década.

239. Asimismo, siguiendo la opinión de expertos antes mencionada, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación, con el objetivo de que, a partir de la próxima fijación del *per cápita basal*, se use un indexador con mayor poder predictivo de la condición de pobreza de la comuna que el actual IPP.

Recomendación 3.3: 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:

- 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.

240. Por su parte, respecto de la inclusión de indexadores que den cuenta de la carga de morbilidad y riesgo sanitario de la población, la evidencia internacional muestra diversos casos de uso de herramientas que permiten analizar estas variables y así proyectar implicancias tanto operativas como sanitarias, incluido el caso del nivel primario.[595] Estas herramientas utilizan información[596] de los pacientes para explicar las diferencias en el consumo de recursos, el costo de atención, resultados sanitarios, como también el riesgo de hospitalización, entre otros aspectos. Entre estas herramientas, a nivel primario, la literatura ha evaluado versiones de DCG-HCC[597] y ACG,[598] entre otros.[599]

241. DCG-HCC es una herramienta desarrollada a partir del trabajo de Ash et al. (1986, 1989) como alternativa al sistema de pago denominado AAPCC[600] utilizado en los 80s

595 Ver, por ejemplo, Reid et al. (2001), Orueta et al. (2013), Girwar et al. (2021), entre otros.

596 Dependiendo del modelo (y versiones de este) pueden incluir variables demográficas, consumo de recursos, estado de salud, diagnósticos, procedimientos, etc.

597 Acrónimo en inglés para Diagnostic Cost Groups/Hierarchical Condition Categories. Ver, por ejemplo, Juhnke et al. (2016).

598 Acrónimo en inglés para Adjusted Clinical Group. Ver ACG Johns Hopkins (N.d.).

599 Ver, por ejemplo, Rosen (2003).

600 Acrónimo en inglés para Adjusted Average Per Capita Cost. Este es un mecanismo de pago que estima el costo promedio incurrido por Medicare por cada beneficiario en el sistema.

en Estados Unidos. Los modelos originales (DCG) consistían en relaciones lineales entre variables demográficas y de diagnóstico de las personas con los costos de los planes de atención del seguro[601] de salud. Luego, se completó con un aumento en la cantidad de diagnósticos en análisis, además de las hospitalizaciones, entregando mayor poder predictivo sobre los costos de atención (pasando a llamarse DCG-HCC). Es así como Pope et al. (2004) demuestran que el uso de DCG-HCC mejoró sustancialmente el ajuste de los pronósticos para el sistema sanitario estadounidense, al compararlo con mecanismos previos. En la actualidad, esta es una herramienta disponible de manera comercial y es utilizada en diversas entidades gubernamentales y privadas en países como Estados Unidos,[602] Canadá y Alemania, (Superintendencia de Salud, 2021).

242. ACG es una herramienta desarrollada por la Universidad Johns Hopkins.[603] Esta tiene como fin relacionar el riesgo sanitario con la edad, sexo y condiciones médicas de los beneficiarios del sistema de salud, generando un índice (por paciente) que predice la intensidad en el uso de recursos médicos a través del tiempo. Así, se habilita la configuración de un mecanismo de pago relacionando las transferencias a los prestadores con el índice anteriormente mencionado. Esta herramienta ha sido validada y utilizada desde hace décadas en diversos países, tales como: Estados Unidos, Alemania, Australia, España, Reino Unido, Israel, Italia, Suecia, Finlandia, Noruega, entre otros.[604] En cada uno de estos países se ha utilizado ACG para la gestión sanitaria de la población,[605] como también, en algunos casos, para apoyar un mejor financiamiento a la atención primaria.[606]

243. En el contexto nacional, Santelices et al. (2014) evaluaron la pertinencia de usar ACG en APS como sistema de clasificación de pacientes basado en el riesgo sanitario y como herramienta de asignación de recursos. Esto, a partir de la implementación piloto de ACG en establecimientos APS de la zona norte, centro y sur del país. Para ello utilizaron la información de los registros electrónicos de dichos establecimientos para construir una caracterización de la carga de morbilidad en la población asignada a estos centros, los costos de atención y la frecuencia de visitas; encontrando evidencia significativa de la relación entre nivel de morbilidad con los costos de atención y la frecuencia de visitas. En este sentido, los autores señalan que: "Los agrupadores ACG logran explicar de forma estadísticamente significativa tanto los patrones de consumo de recurso, así como las frecuencias en las visitas ...".[607]

601 Específicamente, Medicare.
602 Ver COTIVITI (N.d.).
603 A partir de los trabajos de la Dra. Barbara Starfield.
604 Ver ACG Johns Hopkins (N.d.).
605 Por ejemplo, el NHS lleva utilizando 10 años ACG para la planificación de actividades clínicas. Ver ACG Johns Hopkins (N.d.).
606 Suecia, Islandia, Alemania y Estados Unidos son países donde existen casos que se aplica.
607 Santelices et al. (2014), p. 159.

244. En otro estudio, Santelices et al. (2016) analizaron "... la distribución de la población con enfermedades crónicas y su composición según la complejidad requerida para abordarlas, en un grupo de comunas seleccionadas de Chile."[608] Los autores destacan como uno de los principales hallazgos el hecho que existe una importante heterogeneidad en la prevalencia de enfermedades crónicas entre comunas. Así, para la diabetes mellitus encuentran una prevalencia mínima de 0,361 casos por mil habitantes, mientras que en otra comuna llega hasta 39,17. Para la hipertensión arterial se encuentra una prevalencia a nivel comunal entre 3,82 por mil habitantes y 83,16. Para la insuficiencia cardíaca la prevalencia va desde 0,34 a 8,19. Las dos principales conclusiones desde el punto de vista de política sanitaria guardan relación con el impacto que pueden tener los determinantes sociales a nivel comunal sobre las prevalencias de enfermedades y con la efectividad de las estrategias de prevención realizadas. De igual forma relevan, en vista de estas brechas, la necesidad de implementar un ajuste al financiamiento de la APS que dé cuenta de la carga de morbilidad de la población que se atiende en la comuna.[609] Los autores también apelan a que el uso de este tipo de ajustes "... también permite evaluar de mejor forma los resultados asociados a las intervenciones en salud para programas específicos, lo que facilita la rendición de cuentas, la evaluación de impacto y la transparencia a nivel de proveedores, estimulando la calidad de la atención."[610]

245. A nivel territorial, entre 2013 y 2018 el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) participó en un piloto de MINSAL sobre ACG y posteriormente hizo uso formal de la licencia de este. Durante este último periodo, el SSMSO fue capaz de identificar las principales necesidades sanitarias de la población de su territorio,[611] como también la detección de brechas en el uso de recursos. En el primer caso, por ejemplo, fue posible elaborar la distribución de usuarios de la red según sus diagnósticos mayores (Ver Figura 3.3).[612] En el segundo caso, se pudo evaluar la eficiencia del gasto a nivel primario como de la red completa, ajustada según el riesgo de la población de cada comuna respecto

608 Santelices et al. (2016), p. 292. De la zona norte, centro y sur del país.

609 Los autores apelan a que: "Un sistema de pago capitado, donde no se vincula el pago a un sistema de ajuste según carga de morbilidad, como el vigente en Chile, centra la mayor parte del riesgo de financiamiento en el prestador, pues entrega la misma cantidad de recursos a un grupo de individuos sin considerar las necesidades intrínsecas de su condición de morbilidad" (Santelices et al. (2016), p. 296).

610 Santelices et al. (2016), p. 296.

611 Mediante metodología de ajuste de riesgo basado en información diagnóstica de la red, se consolidó la información de los establecimientos vinculados a la red de forma centralizada y ordenada en un solo repositorio o almacén de datos. Esto permitió capturar todos los motivos de consulta y diagnósticos generados en cualquier punto de la red y así agrupar los distintos diagnósticos de los usuarios en categorías diagnósticas mayores y menores, lo que permitió entender de mejor manera los principales problemas de salud de la red.

612 De igual forma, esta información puede abrirse por rango etario, género, categorías diagnósticas menores, a nivel comunal e incluso por establecimiento.

de la muestra del territorio (Ver Tabla 3.4). De esto último se desprenden conclusiones sobre la distribución de recursos como de mejoras a la gestión. Por ejemplo, la comuna catalogada como C2[613] presentó, a nivel primario, un gasto promedio por usuario superior acorde a su complejidad y costos,[614] sin embargo, cuando se evaluó el desempeño a nivel de la red[615] vinculado a la atención de los usuarios de dicha comuna, se estimó que el gasto efectivo por usuario es similar al gasto acorde al perfil de los usuarios de la comuna. Esto sugiere que, en el caso de esta comuna, el mayor gasto (relativo a la muestra[616]) realizado a nivel primario conllevó, a nivel de red, ser eficiente en términos de gasto.[617] De igual forma, la información de la tabla también sugiere que en comunas como C5 pueden existir temas relacionados a la gestión de la red, considerando que esta comuna en particular presenta una baja eficiencia del gasto en ella, aun cuando presenta similar nivel de eficiencia[618] a nivel primario que otras comunas, como la C4, que presenta un gasto más eficiente a nivel de la red.

246. Así, a la luz de la evidencia nacional como internacional y la falta, hasta el día de hoy, de indexadores que den cuenta de la morbilidad y riesgo sanitario de la población, es que el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República con el objetivo de dar sentido de urgencia a la utilización de un indexador al *per cápita basal* que dé cuenta del perfil sanitario de la población.

Recomendación 3.4: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el artículo 2 del Reglamento General de la Ley 19.378, para añadir, después de la primera parte de su último párrafo, lo siguiente (destacado):

"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**

613 Para efectos de análisis se optó por anonimizar a las comunas pertenecientes al territorio del SSMSO.

614 Dicho de otra forma: por cada $1 que se debió entregar a dicha comuna a nivel primario, considerando la morbilidad de su población, el gasto efectivo fue de $1,32, es decir, un 32% más.

615 Entiéndase, el gasto efectuado sobre pacientes de la comuna tanto a nivel primario, secundario y terciario.

616 En línea con esto, este ejercicio también sugiere la existencia de brechas de recursos en la APS, toda vez que la referencia para definir mayor o menor eficiencia del gasto obedece a los gastos efectivos realizados dentro de la muestra. Así, si la muestra percibe aportes por debajo del valor óptimo, entonces gastos más cercanos al óptimo se verán como sobre gastos.

617 Por cada $1 que se debió gastar en la red en usuarios de la comuna C2, dado su perfil, el sistema efectivamente gastó $1.

618 En este caso, la eficiencia se mide por la razón entre gasto per cápita efectivo y el que arroja ACG. En el caso de C5 es 1.09 (un 9% más de gasto) y C4 es 1.07 (un 7% más de gasto).

morbilidad de la población a cargo de la entidad administradora respectiva. Las Entidades Administradoras podrán ...".

247. Junto con la recomendación anterior y, en atención a la experiencia internacional (pero sobre todo nacional), que por cerca de una década ha evaluado la pertinencia del uso de la estratificación de riesgo en la APS, es que el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación con el objetivo de implementar a nivel nacional una herramienta de estratificación de riesgo como las descritas previamente (u otras). Ello, para que, por un lado, se disponga un instrumento de gestión sanitaria tanto a nivel central como local, como para que también se implemente a modo de mecanismo de incremento al *per cápita basal*, asignando recursos más acordes al perfil sanitario de la población que se atiende, posibilitando una atención más integral y de calidad.

Recomendación 3.5: 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 COMGES[619] 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.

619 Acrónimo de "Compromiso de Gestión". Anualmente MINSAL establece compromisos y metas a cada uno de los Servicios de Salud de distinta índole, uno de ellos actualmente tiene que ver con la implementación de SIDRA.

248. Para esta propuesta se considera un tiempo de implementación que no superaría los 3 años, tomando en cuenta que una de las principales barreras guarda relación con la información contenida en el registro clínico de la red a nivel nacional.[620] Específicamente, se requiere limpiar, consolidar y estandarizar los datos necesarios para estratificar. Así, la existencia de distintos proveedores y diversas reglas de negocio para registrar la información en los establecimientos es la principal barrera por enfrentar. En este sentido, resulta relevante para MINSAL conocer y ocupar como referencia la experiencia de implementación llevada a cabo en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y en el Servicio de Salud Metropolitano Central,[621] como así también tomar como referencia lo avanzado con SIDRA, HL7 y otros esfuerzos en línea con limpieza, estandarización y consolidación de la información sanitaria. Cabe señalar que MINSAL lleva un tiempo avanzando en la factibilidad de implementar un agrupador de riesgo con la información disponible. La conclusión de representantes es que es posible avanzar a partir de la recolección de información a nivel primario, pues el resto de los niveles ya cuenta con los insumos necesarios para la estratificación (con base en datos de GRD, listas de espera, entre otros). Para ello es necesario comenzar a solicitar la información a nivel primario.

249. Dado lo anterior, la primera acción propuesta es elaborar un nuevo COMGES para solicitar información[622] de la atención primaria del territorio de cada uno de los Servicios de Salud, para así comenzar a nivel central el proceso de limpieza, consolidación y estandarización de la información que se requiere para aplicar alguna de las herramientas antes mencionadas. Cabe señalar que a nivel central también se cuenta con información complementaria a la atención primaria que permite avanzar hacia la implementación de un agrupador de riesgo.[623] De este primer ejercicio se podrán identificar los principales problemas de registro, lo que se traducirá en la realización de acciones de corrección, limpieza y estandarización, tanto a nivel central como local. Así, para apoyar dichas acciones se propone, como segunda iniciativa, la participación de entidades como universidades

620 A partir de entrevistas con representantes de nivel central como local y un estudio solicitado a Fundación Chile en el contexto de este informe, se concluye que existe la necesidad de limpiar y organizar adecuadamente la información requerida para ser utilizada por la herramienta que se seleccione. A modo de ejemplo, DIVAP viene desarrollando desde hace un tiempo atrás su propia forma de estratificar por riesgo a partir de la información en el registro clínico electrónico de los establecimientos, pero ha tenido sus problemas, entre ellos, que el registro que se tiene en la ficha clínica lleva a agrupar a usuarios de forma errónea por causa de las reglas de negocio del registro, que son inconsistentes con los cálculos de riesgo, como también por causa de la duplicación de diagnósticos.

621 En el transcurso de este estudio el Servicio de Salud Metropolitano Central estaba iniciando un proceso de implementación piloto de ACG en establecimientos de APS.

622 Especialmente registro clínico electrónico.

623 Por ejemplo, se cuenta con información a nivel hospitalario de los usuarios mediante agrupador denominado Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD).

y centros de investigación mediante convenios de cooperación pues su acción permite, por un lado, abordar los problemas más complejos sobre la calidad del registro y, por otro, avanzar hacia la calibración de un agrupador que sea capaz de capturar mejor la epidemiología nacional.

250. La tercera acción busca que MINSAL se haga cargo de la implementación y mantenimiento de esta herramienta a través del tiempo y para ello, debe financiar la licencia del uso a nivel nacional de un agrupador por riesgo ya validado. El orden de magnitud del costo anual de la licencia para los 15 millones de usuarios que tiene FONASA hoy en día es equivalente a 0,05% del presupuesto 2022 de MINSAL.[624]

251. Por último, es relevante mencionar ciertos aspectos técnicos sobre la propuesta. Uno fundamental es el considerar la experiencia de los Servicios que ya han utilizado un agrupador, tanto en el proceso de consolidación como uso. También, esta propuesta apunta a una implementación a escala nacional coordinada por MINSAL. El impacto, costo y plazo de la estrategia propuesta difiere de la que cada Servicio y su territorio implementen por su cuenta. La evidencia de este y otros estudios sugiere mayor viabilidad, menores costos y plazo a esta propuesta coordinada desde MINSAL.

Elaboración del per cápita basal y uso de indexadores: hacia mejores fundamentos

252. En el contexto de la elaboración del presupuesto de la nación, particularmente asociado a la APS, hay evidencia que, donde ha existido un trabajo mancomunado e informado por parte de tomadores de decisión,[625] los esfuerzos por mejorar el per cápita basal y hacer una mejor asignación entorno a los recursos para la APS se hacen efectivos. El ejemplo que se destaca es el acaecido durante la discusión de la Ley de Presupuestos del año 2016, donde DIPRES encargó a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile un estudio de revisión y evaluación del *per cápita basal* para la APS, los indexadores, plan de salud familiar y comunitario y un programa de incremento para el período 2016-2018. Dicho estudio fue entregado a la comisión mixta de salud para su discusión. A partir de dicho estudio y discusión, se estableció un programa de incremento al *per cápita basal* para el período 2016-2020.

253. Si bien, bajo la normativa actual es atribución exclusiva de MINSAL determinar el *per cápita basal* cada año, se evidencia que para ámbitos vinculados a la APS, el nivel

624 En el contexto de este estudio se contactó a representantes de la Universidad Johns Hopkins para conocer más en detalle la herramienta. Ahí también se solicitó una primera aproximación del costo en licencia que implicaría el cubrir a los beneficiarios de FONASA.

625 Representantes del poder Ejecutivo y Legislativo.

central ha sido apoyado en sus decisiones mediante mesas técnicas.[626] También se han identificado al menos dos instancias donde paneles de expertos sugieren cambios y mejoras al proceso de elaboración del *per cápita basal* e indexadores.[627]

254. Es así que el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República, con el objetivo de que MINSAL incluya dentro de su proceso de cálculo del per cápita basal a una mesa técnica que pueda sugerir mejoras a la metodología de cálculo, supuestos y precios utilizados para el cálculo de dicho aporte. Ello, junto con el fomento al uso de mejores indexadores para así incrementar adecuadamente los recursos necesarios para la atención, considerando especialmente las condiciones locales.

Recomendación 3.6: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el 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 revaluar 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."**

255. La CNEP considera que la participación de otros actores y expertos permite a MINSAL corregir y validar las decisiones en torno al *per cápita basal* y los indexadores. Así, si bien la atribución de fijar el *per cápita basal* y uso de indexadores es de MINSAL acorde a la normativa, la propuesta de modificación al reglamento sugiere la participación de representantes vinculados a la APS. Considerando la naturaleza de los temas que se abordan, la CNEP estima suficiente hacer una reevaluación de la metodología y supuestos cada 3 años.

626 En el caso de los Servicios de Salud, estos deben congregar comités (artículo 4, número 2), párrafo 2°, Ley 19.813) que apoyen en la definición de metas e indicadores asociados a beneficios colectivos de los profesionales de la APS municipal. En el caso de MINSAL se identificó en texto (SUBSERA (2019), p. 34) la existencia de una mesa de trabajo tripartita que apoya a DIVAP en la elaboración de otros indicadores sanitarios.

627 Ver MINSAL (2011) y ESP (2015).

Gestión financiera de las corporaciones municipales para la APS Municipal: hacia una mayor transparencia y rendición de cuentas

256. En 1980 el ordenamiento jurídico permitió a las municipalidades tomar a su cargo servicios de las áreas de educación, salud o atención de menores. Para su administración y operación se facultó a las municipalidades constituir corporaciones.[628] Sin embargo, en 1988 dicha facultad quedó sin efecto.[629] Actualmente 50 corporaciones administran recursos públicos para salud (APS).[630, 631] Entre 2016 y 2020, estas corporaciones ejecutaron el 41% de su gasto en APS (Corporaciones Municipales de Salud o CMS).[632] Los municipios que no administran APS por medio de las CMS lo hacen a través de sus Departamentos de Salud (DS).

257. Actualmente, el 16% de las municipalidades que administran la APS los hacen mediante las CMS.[633] No obstante, a 2019 las CMS de estas municipalidades percibieron el 35% del financiamiento que proviene del nivel central (Ver Figura 3.4) y representaron el 36% del gasto total en APS (Ver Figura 3.5). Además, están a cargo del 38% de la población inscrita y validada en APS a nivel nacional, dado que en muchas comunas altamente pobladas la APS es administrada por las CMS. Algunas de estas comunas también presentan una proporción importante de hogares vulnerables: cerca del 32% del tramo más vulnerable del Registro Social de Hogares a nivel nacional vive en comunas donde la APS es administrada por medio de CMS.[634]

258. En general, en cuanto a su financiamiento, las corporaciones municipales reciben fondos públicos desde el nivel central, desde las mismas municipalidades[635] y recursos privados generados por las mismas corporaciones, producto de las cuotas que aporten sus socios cooperadores[636] o de donaciones, herencias y legados. Respecto de esto último,

---

628 Artículo 12, párrafo 1°, Decreto con Fuerza de Ley 1-3.063 de 1980 de MININ.

629 se año el Tribunal Constitucional estableció que las reglas del proyecto de la Ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades (cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del MININ), que permitían a las municipalidades constituir corporaciones para realizar tareas relacionadas con sus funciones (como la salud pública), eran inconstitucionales (sentencia Rol 50 de 1988).

630 El objeto de esta parte del estudio son estas 50 corporaciones municipales.

631 Número de corporaciones según SINIM (2020).

632 A pesar de que estas corporaciones no ejecutan todo su gasto en salud (APS), las llamamos Corporaciones Municipales de Salud o CMS para el análisis.

633 50 de 345 municipios (SINIM, 2020).

634 Algunas municipalidades que administran APS mediante CMS son: Puente Alto (568.000 hab. aprox.), La Florida (367.000 hab. aprox.), Antofagasta (362.000 hab. aprox.), Viña del Mar (334.000 hab. aprox.), San Bernardo (301.000 hab. aprox.), Valparaíso (297.000 hab. aprox.) y Las Condes (295.000 hab. aprox.) (INE (2017)).

635 De acuerdo con la ley, pasan a constituir ingresos propios de las corporaciones.

636 De acuerdo con la forma establecida en sus estatutos.

las corporaciones pueden recibir donaciones privadas sin que exista la obligación de individualizar pública y expresamente a quienes las realizan, sus incentivos, ni el destino final de ellas, lo que puede configurar potenciales riesgos de conflicto de interés. Así, los ingresos propios que perciben las corporaciones municipales para el cumplimiento de sus fines no ingresan al presupuesto municipal, no son fiscalizados en su pertinencia y gasto, ni son contabilizados para efectos del aporte al Fondo Común Municipal (FCM).[637] También, las corporaciones no pueden obtener utilidades o beneficios para distribuirlas entre sus partícipes. El producto de las actividades económicas que realicen debe ser destinado a sus fines.

259. En comparación con los DS, en algunas materias, las CMS están sujetas a la normativa que rige al sector privado, pese a que, a través de ellas, ciertas municipalidades cumplen algunas de sus labores. Así, la norma sobre administración financiera del Estado[638] y la Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios[639] no aplican a su gestión financiera,[640] ni a sus contratos para el suministro de bienes muebles y servicios,[641, 642] respectivamente. Una ventaja operacional destacada por entrevistados y otros estudios[643] está relacionada con que las CMS son más ágiles al momento de adquirir bienes y servicios en contraste a los DS. No obstante, esto mismo permite espacios de opacidad y atenta, al menos, contra la transparencia y rendición de cuentas y, por consiguiente, en el uso eficiente de los recursos. Por ejemplo, en diversos informes finales de auditoría, la CGR ha señalado, entre otras materias, lo siguiente: desembolsos que no se ajustan a lo establecido en los convenios de los programas respectivos; excedentes no ejecutados que no han sido reintegrados a MINSAL; desembolsos que no están suficientemente acreditados; transferencias no publicadas en el registro de la Ley 19.862; pagos efectuados a cuidadores cuyos pacientes no cumplen requisitos; gastos

637 Según entrevista realizada a un concejal por la Fundación Observatorio del Gasto Fiscal, esta práctica es frecuente para evitar que un porcentaje de los ingresos vayan al FCM: la corporación opera para soslayar la normativa que impone mayor fiscalización a los organismos públicos.

638 Decreto Ley 1.263 de 1975 del Ministerio de Hacienda.

639 Ley 19.886.

640 Artículo 14, Decreto con Fuerza de Ley 1-3.063 de 1980 del Ministerio del Interior.

641 Artículo 1, párrafo 2°, Ley 19.886.

642 Según la CGR (dictámenes 33.116, de 2010 y 14.917, de 2014), la Ley 19.886 no rige para las corporaciones municipales, porque estas no forman parte de la Administración del Estado. No obstante, en un dictamen relativamente reciente (E160316 de 2021), la Entidad Contralora ha señalado lo opuesto: "…. en atención a que las corporaciones de que se trata constituyen el medio a través del que los municipios cumplen con algunas de sus labores, desarrollando sus adquisiciones y contrataciones con presupuesto de origen público, corresponde que dichas corporaciones se ajusten estrictamente a la ley N° 19.886 y su reglamento, lo que esta Contraloría General fiscalizará en lo sucesivo". Pese a este dictamen, para no dejar lugar a dudas, se considera pertinente que el Poder Legislativo despeje en definitiva esta situación.

643 Ver ESP (2015).

ejecutados en un año, pero cargados y rendidos a los recursos del período siguiente; falta de revisión por la Dirección de Control de la municipalidad respectiva; falta de remisión de comprobantes de ingreso al Servicio de Salud correspondiente; pagos de servicios no relacionados con el programa respectivo, entre otros.[644]

260. Dado que la gestión financiera de las CMS debe ajustarse a disposiciones que rigen al sector privado, su contabilidad deben llevarla conforme a principios de aceptación general.[645] Por ejemplo, según los regulados en normas internacionales de contabilidad para el sector privado, como International Financial Reporting Standards. Solo si poseen un patrimonio igual o superior a 4.000 millones de pesos a la fecha de cierre del ejercicio correspondiente u obtuvieron ingresos totales anuales por un monto igual o superior a 2.000 millones de pesos a la fecha de cierre del ejercicio respectivo, las CMS deben someter su contabilidad, balance general y estados financieros al examen de auditores externos independientes.[646]

261. Por otro lado, la gestión financiera de las municipalidades y, por consiguiente, de los DS, es regida por las disposiciones del Decreto Ley 1.263 de 1975 del Ministerio de Hacienda y demás normas pertinentes al sector municipal.[647] Su contabilidad deben llevarla según la Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación para el Sector Municipal, desarrollada y vigilada por la CGR.[648] Con base en esta normativa y el Plan de Cuentas del Sector Municipal,[649] las cuentas pueden abrirse para obtener un mayor detalle de las mismas. Por ejemplo, la cuenta vehículos puede desagregarse en terrestres, aéreos y marítimos. Esto permite mejores antecedentes para la toma de decisiones y contribuye a una mejor transparencia y rendición de las cuentas públicas.[650]

262. Así, debido a que la gestión financiera de las CMS es regida por disposiciones para el sector privado y la de las municipalidades (DS) por reglas para el sector público, la CGR no analiza la gestión financiera de las CMS y las municipalidades (DS) con el mismo nivel de detalle. Por lo tanto, la detección de riesgos en los hechos económicos que las CMS efectúan no alcanza el mismo nivel de profundidad que en los de las municipalidades

644 Ver los informes finales de auditoría de la CGR 45/2013 (Puente Alto), 56/2013 (La Florida), 22/2013 (Antofagasta), 36/2013 (Viña del Mar) y 47/2013 (San Bernardo).

645 Artículo 557-1, párrafo 1°, Código Civil.

646 Número 1, Resolución 1.830 de 2013 del Ministerio de Justicia, Fija Límite Patrimonial para que las Asociaciones y Fundaciones deban someterse al Examen de Auditores Externos e Imparte Instrucción que Indica.

647 Artículo 9, DFL 1-3.063 de 1980 del Ministerio del Interior.

648 Ver Resolución 3 de 2020 de la CGR (Aprueba Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación para el Sector Municipal).

649 Ver Oficio E11061 de 2020 de la CGR (Aprueba Plan de Cuentas del Sector Municipal con base en la Nueva Normativa Aprobada Mediante Resolución N° 3, de 2020, de la Contraloría General de la República).

650 CGR (2020).

(DS).[651] A modo de ejemplo, el Informe de la Gestión Financiera del Estado correspondiente al ejercicio contable año 2020 de la CGR contempla un capítulo sobre el estado del patrimonio, finanzas y presupuesto del sector municipal, pero este no incluye "... información de las corporaciones, ni de otras entidades de derecho privado que cumplen funciones complementarias de algunos municipios, especialmente en las áreas de educación y salud, entre otras".[652]

263. Por tanto, se concluye que, para efectos de transparencia, rendición de cuentas y probidad del gasto vinculado a la APS, la supervisión y control que existe sobre las CMS es menor respecto a los DS. Esto implica una mayor opacidad en la gestión de recursos públicos gestionados por las CMS, que en el caso de la APS en 2020 fueron sobre los 760 mil millones de pesos. Cabe mencionar que esta cifra equivale a financiar (anualmente) la construcción de 190 Centros de Salud Familiar (cerca del 20% de la oferta actual de centros).[653]

264. Esta situación ocurre a pesar de que la CGR[654] y el Consejo para la Transparencia[655] han establecido que las CMS son personas jurídicas de Derecho Privado en que está presente el interés público de manera predominante. Por tanto, este espacio de interés, con recursos y de actividad eminentemente públicos, no debería quedar sin control continuo. Las CMS deberían respetar, al menos, el mismo estándar aplicable a la gestión financiera de las municipalidades (DS).[656]

265. En vista de la evidencia presentada, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación que busca que las CMS se sometan al mismo estándar aplicable a la gestión financiera de las municipalidades (DS). Esto, dado el impacto que tiene un uso adecuado de los recursos públicos destinados a la atención de un tercio de la población que se atiende en la APS por medio de las CMS.[657]

---

651 En general, las disposiciones para el sector privado no obligan a las CMS a crear centros de costos asociados a cada una de las cuentas. Las reglas para el sector público (municipal) sí.

652 CGR (2020), p. 56.

653 Tomando como referencia la licitación ID 1495-44-LR18 del SSMO. Costos de construcción estimativos.

654 Ver Dictamen 75.508 de 2010 de la CGR.

655 Ver Decisión Amparo C15-12 de 2012 del CPLT.

656 Ver Consejo Asesor Presidencial Contra los Conflictos de Interés, el Tráfico de Influencias y la Corrupción (2015) (Gestión financiera, p. 37) y del Centro de Sistemas Públicos (2021) (Propuesta N° 19: Implementar un sistema único de información contable y financiera, p. 200). En ambos casos las sugerencias dicen relación más bien con las municipalidades.

657 Por ejemplo, en enero de 2021, la entonces alcaldesa de Antofagasta fue condenada a la pena efectiva de 5 años y un día en calidad de autora del delito consumado de fraude al Fisco cometido en contra de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta que, entre otros, administraba recursos públicos para salud (APS) (Ver PJUD (2021)). Esto podría haberse evitado con más y mejor transparencia y rendición de cuentas.

Recomendación 3.7: 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.

266. Si bien, el Consejo también tiene presente los desafíos que significa el gestionar los recursos en el marco normativo público, enfrentando a veces procesos burocráticos poco eficientes,[658] este también considera que eso no es justificación suficiente para no promover una mayor transparencia, rendición de cuentas y probidad del uso de los recursos públicos mediante, al menos, el sometimiento de las CMS al mismo estándar aplicable a la gestión financiera municipal. Además, los desafíos vinculados a los procesos de compra pública son perfectibles.

267. En materia de adquisición de suministros y servicios, los contratos que la Administración del Estado (incluida las municipalidades y sus DS) celebra para el suministro de bienes muebles y servicios que requiere para el desarrollo de sus funciones, deben ajustarse a las normas y principios de la Ley 19.886, Ley de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios y su reglamentación.[659, 660] Supletoriamente, deben ser aplicadas normas del Derecho Público y, en defecto de estas, del Derecho Privado.

268. Por otro lado, los contratos que celebran las CMS no están sujetos a dichas disposiciones. La Ley 18.575 no señala explícitamente que estas forman parte de la Administración del Estado. Por tanto, las exime del marco regulatorio de la Ley 19.886.

269. Así, las CMS adquieren suministros y servicios según procedimientos del sector privado. Por tanto, no están sometidas a los mismos estándares procedimentales y de control sobre transparencia y resguardo de la probidad que las municipalidades (y sus DS). Al no tener la obligación de someterse a las disposiciones de la Ley 19.886, las CMS no están obligadas a llevar sus procesos administrativos de compras y contrataciones por la plataforma Mercado Público. Dado que en esta plataforma se concentra la información

658 En particular procesos de compra de bienes y servicios.

659 Para los efectos de la Ley 19.886, debe ser entendido por Administración del Estado los órganos y servicios indicados en el artículo 1 de la Ley 18.575 (hoy, Decreto con Fuerza de Ley 1-19.653 de 2001 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado), salvo las empresas públicas creadas por ley y demás casos que esta señale (artículo 1, párrafo 1° y 2°, Ley 19.886). 2. El artículo 1, párrafo 2°, de la Ley 18.575, señala que la Administración del Estado debe estar constituida por los ministerios, las intendencias, las gobernaciones y los órganos y servicios públicos creados para el cumplimiento de la función administrativa, incluidos la CGR, el Banco Central, las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública, los gobiernos regionales, las municipalidades y las empresas públicas creadas por ley.

660 El Decreto 250 de 2004 del Ministerio de Hacienda, Aprueba el Reglamento de la Ley N° 19.886 de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios.

más importante de los órganos de la Administración del Estado, que permite hacer un seguimiento y control de sus transacciones a lo largo de todo el ciclo de vida de los contratos y que es de acceso público a través de datos abiertos, esta situación supone un esquema de opacidad importante en dichas organizaciones.

270. Actualmente, los datos de compra de las corporaciones apenas son publicados voluntariamente como listados de transacciones con datos básicos, que no permiten el monitoreo de las compras durante el proceso.[661] Con base en los datos disponibles en la plataforma Mercado Público y el Sistema Nacional de Información Municipal, se estima que en 2020, 2 de 3 pesos gastados por las municipalidades (incluidos sus DS) en compras pasaron por la plataforma Mercado Público, mientras que ninguno de los 168 mil millones de pesos gastados por las CMS lo hizo (Ver Tabla 3.5).

271. Esto constituye un riesgo de que las CMS contraten el suministro de bienes muebles y/o servicios con conflicto de interés. Por ejemplo, no existe una prohibición expresa acerca del nivel de afinidad o vínculo entre quienes necesitan contratar servicios y quien los presta, lo que produce posibles escenarios para beneficiar a proveedores en perjuicio de la corporación, la municipalidad y, en definitiva, las personas. Casos en que podría haberse concretado este y otros riesgos son el de la Corporación Municipal de San Bernardo,[662] Valparaíso[663] y Viña del Mar,[664] por ejemplo.

272. En vista de lo expuesto anteriormente, el Consejo de la CNEP propone la siguiente recomendación a la Presidencia de la República, la cual busca que las CMS se sometan, al menos, al mismo estándar aplicable a la adquisición de suministros y servicios que las municipalidades (DS). Por tanto, los contratos que celebren las CMS (a título oneroso) para el suministro de bienes muebles y servicios que requieran para el desarrollo de sus funciones, deben enmarcarse en las normas y principios de la Ley 19.886 y su reglamentación. Así se busca mejorar la transparencia, rendición de cuentas y probidad con que las CMS adquieren suministros y servicios.

Recomendación 3.8: 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

661 Ver ejemplo de reporte de compras de una corporación.
662 Ver La Tercera (2020).
663 Ver Radio Cooperativa, (2020).
664 Ver EMOL, (2021).

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.

273. Cabe mencionar que esta propuesta también va en línea de lo concluido por la Fiscalía Nacional Económica en informe de 2020 sobre compras públicas.[665] Por tanto, son más las entidades que consideran que las CMS deberían respetar, al menos, el mismo estándar aplicable a la adquisición de suministros y servicios por las municipalidades (DS).

Resumen de Hallazgos

Hallazgo: Aporte per cápita

Hallazgo 3.1: Diversos estudios en los últimos 15 años[666] evidencian una brecha de más de 25 puntos porcentuales del aporte per cápita basal respecto de sus estimaciones. La información recolectada sugiere que una fuente que explicaría dicha diferencia tiene relación con el valor/hora del recurso humano, el cual representa cerca del 58% del costo de atención.[667] Mediante Transparencia Activa se recolectó información sobre la remuneración mensual efectiva de un grupo de profesionales APS. De este ejercicio se concluye que existen brechas de 50pp en el valor del recurso humano entre comunas, a misma categoría, estamento y nivel. Esta brecha aumenta a 60pp cuando se compara con el valor de referencia estimado a partir del artículo transitorio de la Ley 19.378. Así, en el primer caso la remuneración mínima debería aumentar cerca de 100% para alcanzar el valor máximo. Respecto del valor de referencia, el aumento debería ser de 150%, aproximadamente.

Hallazgo 3.2: La literatura sugiere que cerrar brechas en la atención del nivel primario entrega mejores resultados sanitarios de manera

665 Ver FNE (2020).
666 Montero et al (2008), FONASA (2019), UCh (2015), CNEP (2021).
667 FONASA (2019).

costo-eficiente. Así, con datos de Estados Unidos se estima que dedicar 1% más de inversión a APS[668] disminuye en un 0,18% el ratio de visitas a urgencias, 0,07% el ratio de beneficiarios hospitalizados y 0,16% el ratio de hospitalizaciones evitable (PCPCC, 2020). En esta misma línea, Macinko et al (2011) evidenció que el reforzamiento del programa de salud familiar en Brasil para el periodo 1999-2007 logró reducir anualmente un 5% las principales hospitalizaciones evitables de adultos, es decir, entre 1999 y 2007 se redujo alrededor de un 30% las hospitalizaciones evitables.[669] Por otro lado, Starfield (2010), basada en 12 indicadores de resultados sanitarios, muestra el mejor desempeño de Canadá respecto de Estados Unidos a partir de la reforma sanitaria de los 70s que llevó a cabo Canadá, la cual estuvo orientada a fortalecer la APS.

Hallazgo 3.3: En el contexto de este mandato no fue posible dar con información consolidada que describiera en detalle el proceso de elaboración del per cápita basal, como también información que permitiera replicar la estimación del valor basal. Montero et al (2008), como también representantes de entidades públicas vinculadas a la salud primaria que fueron entrevistados en el contexto de este estudio, señalan misma opacidad.

Hallazgo: Indexadores del per cápita

Hallazgo 3.4: Estudios nacionales[670] sugieren que los actuales ajustes que se aplican al aporte *per cápita basal* para capturar la morbilidad y riesgo sanitario de las comunas no cumplen adecuadamente con dicho objetivo. Además, los fundamentos para utilizar dichos indexadores no son claros. Esto no permite escrutar su pertinencia sobre otras alternativas existentes y sugeridas por expertos.

Hallazgo 3.5: Un panel de expertos congregados por MINSAL en 2011 para evaluar el uso de indexadores y ajustes al *per cápita basal*, señalaron que varios de los indexadores presentan saltos discretos, ocasionando que en la vecindad de dichos saltos existan comunas

668 Como proporción del gasto total en salud.

669 Las hospitalizaciones evitables son los casos que ingresan al hospital, y que por sus características, debieron ser resueltos en la APS. Por ejemplo, diabetes descompensada o infecciones urinarias.

670 FONASA (2020), Montero et al (2008), DIVAP (2011).

muy similares en el valor del indexador, pero algunas percibiendo el aporte y otras no. En este sentido, Montero et al (2008) ya sugerían evaluar alternativas y transitar (al menos) hacia un indicador continuo para el indexador asociado a ruralidad.

Hallazgo 3.6: En 2015, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile destacó dentro de su estudio de atención primaria,[671] que la apreciación general entre diversos representantes de la APS sobre los indexadores fue que su utilización hace sentido, pero que la configuración de ese momento no era la mejor: se criticaba la validez de ocupar el IPP, como también el indexador de ruralidad o la falta de uno que pudiera capturar el riesgo sanitario de la población. Cabe mencionar que los indexadores criticados en dicho estudio siguen siendo ocupados en la actualidad.

Hallazgo 3.7: La evidencia desde hace más de 2 décadas a nivel internacional y una década a nivel nacional, sugiere que la carga de morbilidad de la población predice adecuadamente el gasto en atención de salud y, por ende, es candidata a ser utilizada como indexador.[672] No obstante, los datos recolectados sugieren que, actualmente, la implementación a nivel nacional de un indexador de morbilidad puede tomar al menos 1 año, principalmente por temas presupuestarios y de consolidación de la información en el nivel primario.

Hallazgo 3.8: Actualmente se utiliza el grado de dependencia de las municipalidades al Fondo Común Municipal, denominado Índice de Privación Promedio (IPP), como indexador para el criterio socioeconómico de las comunas.[673] No obstante, en línea con otros estudios,[674] las estimaciones de la CNEP sugieren que la proporción de personas de la comuna en condición de pobreza, según proporción de la población en FONASA-A o estimaciones según CASEN, estaría mejor

671 Trabajo realizado en el marco del compromiso adquirido por parte del Ejecutivo, con motivo de la aprobación de la Ley de Presupuestos de 2015, para realizar un estudio de revisión y evaluación del *per cápita basal* para la atención primaria de salud, los indexadores, plan de salud familiar y comunitaria, y un programa de ajuste para el periodo 2016-2018.

672 Ver en el caso internacional Reid et al (2001), Forrest et al (2004), Hoch et al (2010), entre otros, y en el caso nacional Santelices et al (2014) y Santelices et al (2016).

673 Índice de Privación Promedio Municipal construido por SUBDERE en relación con el Fondo Común Municipal. Este último es definido por la Constitución Política (Art. 122) como un "mecanismo de redistribución solidaria de los ingresos propios entre las municipalidades del país" y su objetivo es la repartición de ingresos entre los municipios de acuerdo a variables socioeconómicas (BCN, 2020).

674 Ver Vargas y Poblete (2007), por ejemplo.

correlacionada con el gasto en atención de salud que el indexador anteriormente mencionado.[675]

Hallazgo: transparencia, rendición de cuentas y probidad en las Corporaciones Municipales

Hallazgo 3.9: Existen 50 corporaciones municipales en las 321 comunas a nivel nacional que administran recursos para salud primaria (APS).[676] Entre 2016 y 2020 estas corporaciones municipales ejecutaron el 41% de su gasto en APS. Los municipios que no cuentan con corporaciones municipales administran la atención primaria a través de departamentos de salud (DS).

Hallazgo 3.10: Las corporaciones municipales de salud (CMS) están en el 16% de las comunas donde el municipio administra la atención primaria. No obstante, a 2019 estas percibieron el 35% del financiamiento que proviene del nivel central y representaron el 36% del gasto total en APS. Además, están a cargo del 38% de la población inscrita y validada en APS a nivel nacional, esto último porque muchas de estas entidades administran la APS de comunas altamente pobladas. Además, en su conjunto, estas comunas concentran el 32% de las personas del tramo más vulnerable según el Registro Social de Hogares.[677] Algunas comunas destacables por su volumen poblacional donde las corporaciones administran la APS son: Puente Alto, Antofagasta, San Bernardo, Lo Prado, Cerro Navia, La Florida, San Joaquín, entre otras.

Hallazgo 3.11: El informe de 2020 de la CGR sobre la situación presupuestaria, financiera y patrimonial del Estado[678] no comprende información sobre las corporaciones que cumplen funciones complementarias de algunas municipalidades en las áreas de educación, salud y otras. Esto implicó dejar de analizar mediante este medio recursos estatales por 760 mil millones de pesos ejecutados al 2020 en APS. Dicho monto equivale a financiar anualmente la construcción

675 Montero et al (2008), FONASA (2020).
676 En las otras 44 comunas es el Servicio de Salud respectivo quien administra el nivel primario.
677 Las estimaciones se obtienen a partir de SINIM (2020) y MDSF (2021).
678 Ver Informe Gestión Financiera del Estado (CGR, 2020).

de 190 centros de salud familiar (en torno al 20% de los centros actuales).[679]

Hallazgo 3.12: En general, la información de adquisiciones y contrataciones de las corporaciones municipales que administran recursos públicos para educación y salud es publicada como listado de transacciones con datos básicos que no permiten monitorear los procesos.[680] Se estima que, con base en los datos disponibles en la plataforma Mercado Público y el Sistema Nacional de Información Municipal, en 2020, dos de tres pesos gastados por las municipalidades (departamentos de salud) en adquisiciones y contrataciones relacionadas con APS pasaron por la plataforma Mercado Público, mientras que ninguno de los cerca de 168 mil millones de pesos gastados en la misma materia por las mencionadas corporaciones lo hizo.

Resumen de Recomendaciones

Recomendación 3.1: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el artículo 3 del Reglamento General de la Ley 19.378,[681] 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:

- **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.**

679 Tomando como referencia la licitación ID 1495-44-LR18 del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (costos de construcción estimativos).

680 Por ejemplo, ver casos en Transparencia Activa.

681 Decreto 2.296 de 1995 de MINSAL.

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."

Recomendación 3.2: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el artículo 3 del Reglamento General de la Ley 19.378,[682] para añadir el siguiente párrafo (destacado):

"La incidencia y proporción de los criterios indicados en las letras a)[683] y b)[684], 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."

Recomendación 3.3: 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:

- 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.

Recomendación 3.4: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el artículo 2 del Reglamento General de la Ley 19.378, para añadir, después de la primera parte de su último párrafo, lo siguiente (destacado):

"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**

682 Decreto 2.296 de 1995 de MINSAL.

683 "Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas".

684 "Nivel socio-económico de la población e índices de ruralidad (...)".

morbilidad de la población a cargo de la entidad administradora respectiva. Las Entidades Administradoras podrán ...".

Recomendación 3.5: 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 COMGES[685] 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.

Recomendación 3.6: Solicitar al Ministerio de Salud modificar el 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 multi-disciplinario compuesto por representantes del nivel central, Servicios de Salud, municipalidades y expertos puede revaluar 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;**

685 Acrónimo de "Compromiso de Gestión". Anualmente MINSAL establece compromisos y metas a cada uno de los Servicios de Salud de distinta índole, uno de ellos actualmente tiene que ver con la implementación de SIDRA.

- **La metodología, prestaciones y supuestos asociados al costo del aporte per cápita basal."**

Recomendación 3.7: 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.

Recomendación 3.8: 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.

Anexo de Tablas y Figuras

Tabla 3.1. Escala de remuneraciones 2021 Categoría A Estamento: Médicos Cirujanos/Farmacéuticos/Químicos/Farmacéuticos/Cirujano Dentistas.

Nivel	Municipalidad Rural Región de la Araucanía	Municipalidad Urbana Región de Los Lagos	Municipalidad Urbana Región Metropolitana	Ley 19.378*
1	2,681,142	5,362,284	4,439,944	2,125,060
5	2,209,872	4,419,744	3,521,714	1,775,998
10	1,651,018	3,302,036	2,672,572	1,398,053
15	1,050,648	2,101,296	2,038,258	1,044,292

Fuente: Transparencia Activa.

Nota: Incluye sueldo base y asignación APS. *Monto indicado en el artículo 15 transitorio de la Ley 19.378, el cual fue ajustado por reajuste de sector público a partir del 2006 de acuerdo a la modificación introducida a esa Ley.

Tabla 3.2. Tramos y ajustes al per cápita basal por causa del IPP.

	Tramo 1	Tramo 2	Tramo 3	Tramo 4
	IPP entre 1 y 0,8257	IPP entre 0,2255 y 0,7933	IPP entre 0,7932 y 0,7534	IPP entre 0,7583 y 0
Ajuste	18%	12%	6%	0%

Fuente: Artículo 2, párrafo 4°, letra b), numeral i., del Decreto 29 de 2021 del MINSAL.

Tabla 3.3. Tramos y ajustes al per cápita basal por causa de la dificultad para acceder a las prestaciones y/o acciones de salud.

Tramos	0	10	15	20	25	30	35	40	55	70 o más
Porcentajes	0%	4%	5%	7%	9%	10%	12%	14%	19%	24%

Fuente: Artículo 2, párrafo 4°, letra d), del Decreto 29 de 2021 del MINSAL.

Tabla 3.4. Desempeño de la Atención Primaria y la Red según gastos esperados y ajuste de riesgo.

Comuna SSMSO	Promedio peso ACG	Gasto promedio por usuario APS (1)	Gasto promedio por usuario APS ajustado ACG (2)	Eficiencia del gasto en APS con ajuste ACG (1)/(2)	Gasto promedio usuario Red (3)	Gasto promedio usuario Red ajustado ACG (4)	Eficiencia del gasto en la Red con ajuste ACG (3)/(4)
C1	1.20	71,014	82,235	0.86	267,099	290,625	0.92
C2	0.93	84.600	63,949	1.32	225,813	226,001	1.00
C3	1.14	70,160	78,066	0.90	215,614	275,891	0.78
C4	1.40	102,890	96,231	1.07	275,420	340,089	0.81
C5	0.84	63,407	58,007	1.09	257,142	205,003	1.25

C6	1.39	85,955	95,192	0.90	230,739	336,417	0.69
C7	0.75	54,227	51,351	1.06	199,742	181,479	1.10
Total	1.00	68,703	68,584	1.00	242,893	242,384	1.00

Fuente: SSMSO (2018).

Nota 1: Para cada caso el porcentaje se interpreta como la proporción de usuarios que tienen diagnosticada alguna enfermedad vinculada a dicha categoría diagnóstica mayor.

Tabla 3.5. Cuadro comparativo entre el registro de gastos ejecutados y de compras en mercado público en 2020 (millones de pesos de 2020).

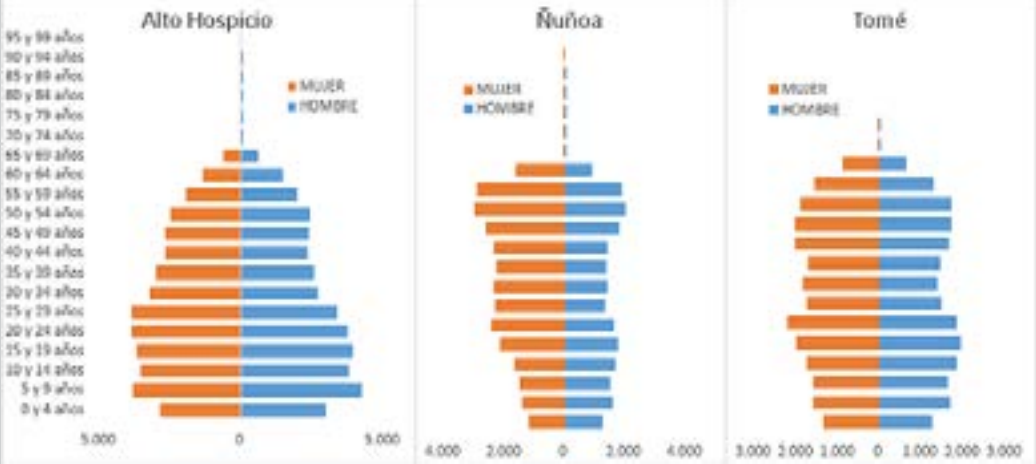
Elementos comparativos	APS Municipal	Corporaciones Municipales de Salud
Gasto en subtítulos de compra (22,26,29,31)	$299,627	$168,078
Compras identificables a APS en mercado público	$201,418	
Diferencias de cifras de rendición	$98,209	$168,078

Fuente: Fundación ObservatorioFiscal (2021).

Nota: Con base en de registros presupuestarios del SINIM, y del DataWareHouse de Chilecompra

Figuras

Figura 3.1. Pirámide de población FONASA de comunas Alto Hospicio, Ñuñoa y Tomé



Fuente: FONASA (2020)

Figura 3.2. Per cápita comunal y transferencia desde el Nivel Central a municipio por concepto de mecanismo de pago per cápita.

$$P_t = PB_t \times (1 + IPP + RU + AZ) \times N_t$$

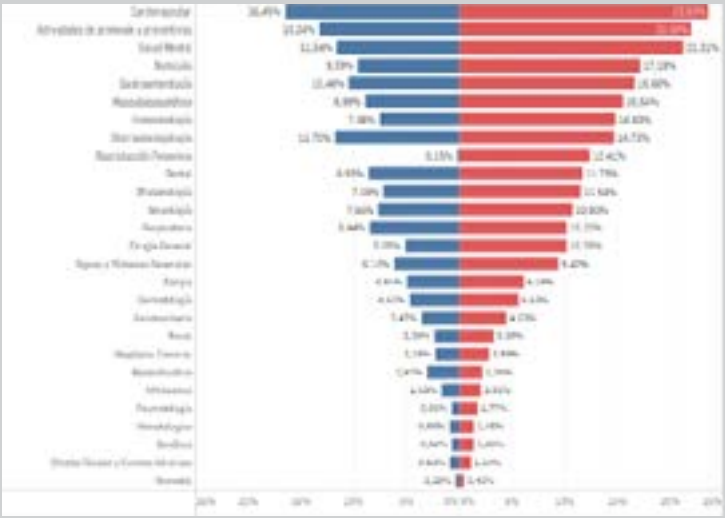
$$+ PB_t \times (1 + IPP + RU + AZ + AM_t) \times M_t$$

$$T_t = P_t + DD \quad (2)$$

Fuente: elaboración propia a partir de MINSAL (2011).

Nota 1: Se incluye subíndice t para destacar los valores que cambian anualmente. El resto de los parámetros, o bien, han permanecido constantes hace más de 10 años, o en el caso del desempeño difícil, MINSAL realiza modificaciones cada tres años. Nota 2: Para construir la expresión del per cápita comunal, el término AMt es la proporción de la asignación a persona adulta mayor sobre el valor del per cápita basal. Por ejemplo, si a 2021 el Decreto 29 fijó en $8.028/mes el valor del basal, y el valor de la asignación a persona adulta mayor fue de $698/mes, entonces AMt es igual a 0,087.

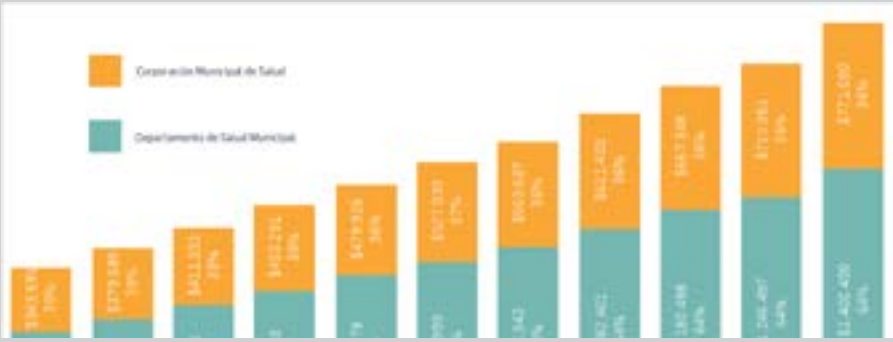
Figura 3.3. Distribución de usuarios de la Red Sur Oriente según categoría diagnóstica mayor.



Fuente: SSMSO (2018).

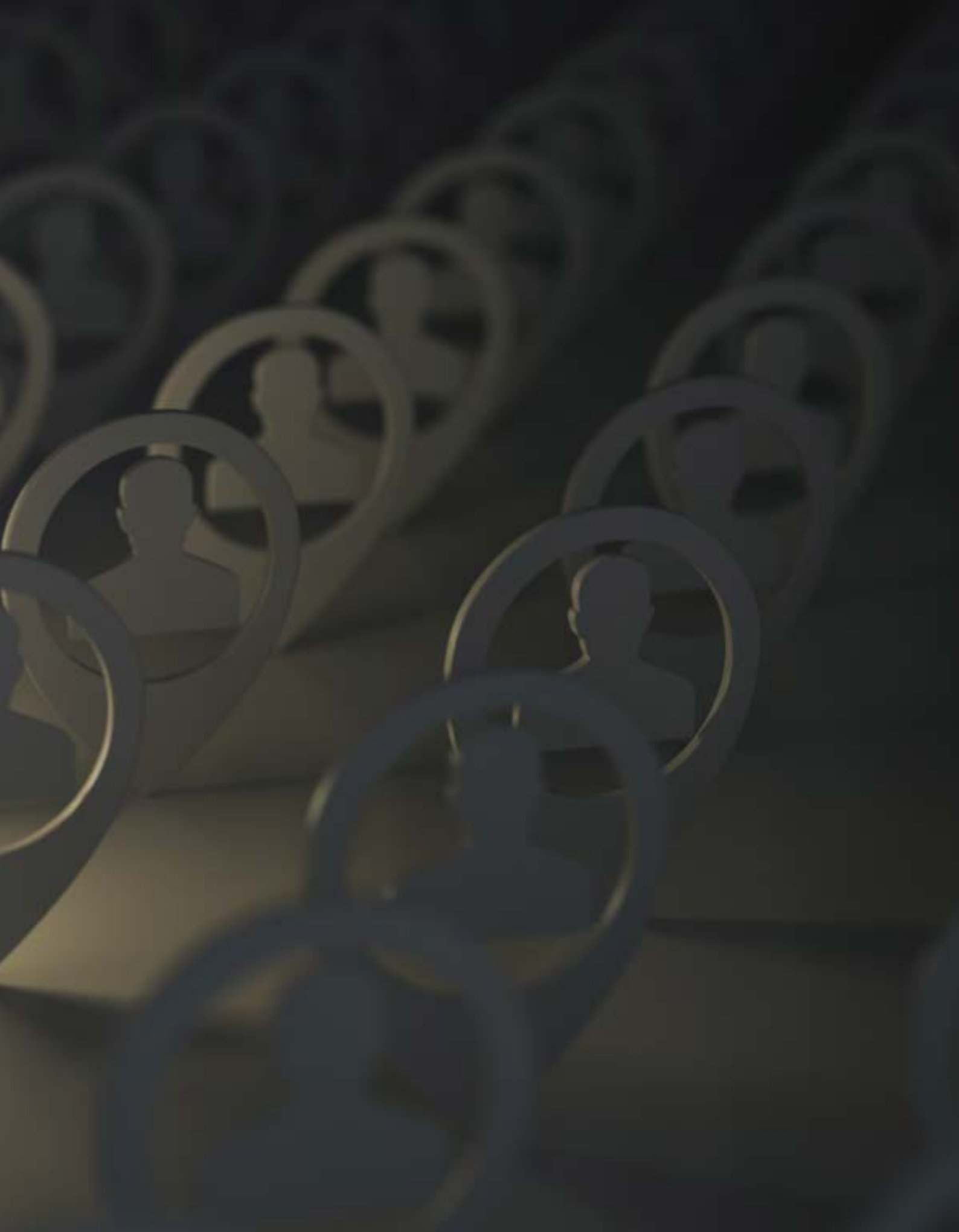
Nota 1: Para cada caso el porcentaje se interpreta como la proporción de usuarios que tienen diagnosticada alguna enfermedad vinculada a dicha categoría diagnóstica mayor.

Figura 3.4. Distribución del financiamiento total devengado por la Atención Primaria de Salud a nivel nacional, según tipo de administración de salud entre 2010 y 2020 (millones de pesos de 2020).



Fuente: Fundación ObservatorioFiscal (2021).

Nota: A partir de base de datos de los Balances de Ejecución Presupuestaria y Datos Municipales, publicadas por el Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM).



Comentarios finales

El presente estudio consistió en caracterizar los principales factores que inciden en la capacidad de promoción y prevención de la atención primaria de salud (APS) en Chile. A partir de esto, se elaboraron recomendaciones de política pública para aumentar eficientemente dicha capacidad. En concreto y considerando las restricciones actuales en torno a la cantidad de horas disponibles en la APS, mediante un gasto anual aproximado[686] de US$593 MM (cercano al 19% del presupuesto 2022 de la APS) el nivel primario podría mejorar y aumentar la cobertura de la población de 50 a un 68%, y hacer un mejor uso de los recursos y mejoras para que los equipos de la APS entreguen el mayor valor sanitario posible. Para ello, las recomendaciones están orientadas a potenciar los atributos de la APS señalados por la doctora Barbara Starfield (1994): Accesible, Continua, Integral y Coordinada, de tal forma que esta cumpla adecuadamente su rol en el sistema de salud.[687]

Uno de los factores más importantes al momento de explicar la capacidad de la APS es la oferta de horas del recurso humano. Es decir, horas de medicina, odontología, enfermería, administración, psicología, kinesiología, técnicos en enfermería, entre otros. De carácter estructural, este es un factor difícil de incrementar significativamente en el corto plazo. Por ejemplo, según estimaciones de la CNEP, cerrar la brecha (general) de personal médico por persona respecto al promedio OCDE tomaría alrededor de 15 años. En el caso del nivel primario, las referencias internacionales sugieren razones en torno a 1 profesional médico por 1.500 personas.[688] Esto se traduce en una capacidad para ofrecer 60 minutos de atención primaria por persona al año, aproximadamente. Sin embargo, para la APS en Chile se estima que la mediana de personas por médico en las comunas es de 2.600 inscritos por profesional (equivalente a una oferta de 30 minutos de atención por persona al año), existiendo comunas cuya razón es de 4.000 inscritos por profesional y otras cuya proporción es de 1.900 inscritos por médico. Así, la CNEP concluye que la brecha de médicos en la APS ronda los 44pp respecto al estándar, es decir, el número de profesionales debería aumentar un 77%.[689] Esto último se agrava aún más

686 El gasto anual sin considerar la restricción de horas en las APS es de US$593 MM, aproximadamente. Ahora bien, a esta cifra habría que añadir el gasto anual asociado a los nuevos recursos humanos requeridos para los nuevos establecimientos. Primeras estimaciones sugieren un gasto anual del orden de US$70 MM, aproximadamente.

687 Junto con el marco teórico descrito, en el plano empírico se trabajó mediante información pública, literatura especializada y apoyo de expertos nacionales e internacionales. Se destaca la importante participación de representantes de nivel central, Servicios de Salud, municipios y establecimientos APS.

688 Ver Raffoul, et al (2016); Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016); UC Health (2017); OCDEStats (2019); County Health Ramkings & Roadmaps (2021), entre otros.

689 El dato promedio 2017-2019 ocupando datos de SINIM (2021) es de 5.270 profesionales de medicina, mientras que el estándar de atenciones por inscrito (3 atenciones por año de 20 minutos cada una), sugiere que se requieren cerca de 9.375 profesionales para atender a los 13,5 millones de inscritos que habían en promedio para mismo periodo. Así se requeriría cerrar una brecha cercana a 44pp o bien análogamente, incrementar en un 77% el número de profesionales de medicina.

considerando que la OCDE (2020) muestra que en Chile la proporción de la oferta médica que representan los especialistas de APS (médicos de familia) se ha reducido un 20% entre 2000 y 2017.[690] Por lo tanto, considerando que la factibilidad de cerrar la brecha de recursos humanos en el corto plazo es baja, las recomendaciones de este estudio buscan fortalecer la capacidad de gestión de los equipos de atención mediante más y mejor infraestructura y equipos clínicos, nuevas estrategias de gestión, mayor apoyo TIC, mejor orientación sobre las acciones sanitarias a realizar, una asignación más eficiente de los recursos, fomento a competencias que potencien el MAIS, entre otras acciones.

Así, un factor relevante que impacta la capacidad de prevención de la APS tiene que ver con la infraestructura y equipamiento (considerando que la APS debe contar con los atributos de Accesibilidad y Continuidad en la atención) y para ello es fundamental tener una oferta cercana y adecuada de establecimientos en el territorio. Hoy la cobertura[691] promedio ronda el 50%, cuando las buenas prácticas sugieren tasas superiores al 65%.[692] Según estimaciones de la CNEP, en 201 establecimientos (CESFAM, CECOSF y PSR) la cantidad efectiva de inscritos supera la cantidad para la que fueron diseñados, lo que significa que más de 5,4 millones de personas o cerca del 36% de los beneficiarios del sistema ven limitado su acceso, oportunidad, calidad y continuidad de la atención. Además, las hospitalizaciones evitables (HE),[693] que en parte se explican por la actual capacidad resolutiva y proximidad de la APS, conlleva a que 27 de 100 personas (bajo esta tipología) egresen fallecidas. Además, en el agregado, representan cerca del 11% de los egresos hospitalarios y 21% de los días-cama, redundando en un gasto anual de US$300 millones para el sistema público de salud.[694] Según estimaciones de la USS y CNEP para este estudio,[695] los establecimientos APS pueden reducir hasta un 30% las hospitalizaciones evitables[696] mejorando la situación sanitaria de las personas y liberando recursos hospitalarios que podrían ir a atender casos de lista de espera quirúrgica o GES, por ejemplo.[697] También, la experiencia piloto en la municipalidad de San Bernardo

690 En otras palabras, el incremento de especialistas de medicina familiar es menor que la del resto de las especialidades.

691 Entiéndase, qué proporción de la población beneficiaria de FONASA se atiende en el nivel primario a lo largo del año.

692 Ver Health at Glance (OCDE,2019); Van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006).

693 Concepto utilizado para aquellas hospitalizaciones prevenibles que ocurran mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial.

694 Ver USS (2021).

695 Ver USS y CNEP (2022)

696 Según estimaciones un 5% los consultorios y algo más de un 30% los establecimientos primarios de urgencia, respectivamente.

697 A modo de ejemplo, el 20% de días-cama utilizados por los casos HE equivalen al uso promedio de días-cama de 69 mil egresos quirúrgicos programados, cifra cercana al 25% de los casos en lista de espera quirúrgica a noviembre de 2021.

acerca del uso de equipamiento clínico móvil permite evidenciar la relevancia que los establecimientos cuenten con equipos tecnológicos que apoyen la atención. En concreto, este equipamiento permitió, según involucrados, aumentar en 6 veces la capacidad de atención domiciliaria en áreas rurales y, también permitió, hacer un uso más eficiente de las horas del personal clínico. Así, las brechas identificadas en este caso sugieren la necesidad de ir reduciéndolas lo antes posible y de manera eficiente (en tiempo y costo). Sin embargo, la inversión requerida tiene un costo social alternativo importante (US$2.775 millones aproximadamente) y un financiamiento complejo. En este sentido, considerando la experiencia nacional como internacional, la CNEP sugiere evaluar la posibilidad de someter a la Ley de Concesiones la infraestructura y equipamiento clínico y tecnológico de los niveles primario y secundario, con el objetivo de apoyar un acceso más oportuno, equitativo y de calidad, permitiendo a la vez diferir el costo de la inversión: la Asociación Público Privada.[698] En este caso, el plazo de implementación (entiéndase, inicio de obras) es cercano a 3 años.[699] El costo estimado de desarrollo de obra, mantención y reposición anual de obra civil y equipamiento para toda la cartera es cercano al 17% del presupuesto APS que destinó nivel central para 2022.[700]

Otro ámbito no menos relevante que la infraestructura (y también vinculado a la Accesibilidad y Continuidad en la atención) es el de la organización de los recursos en torno al proceso de atención. Un desafío importante relacionado al proceso de atención es poder aumentar la cobertura asociada al grupo de la población más ausente en la APS: personas entre 15 y 60 años (en particular hombres), que hoy presentan coberturas que rondan el 40%. A esto, se debe agregar otro desafío respecto del proceso de atención, que es, reducir los obstáculos para conseguir una cita. Actualmente, en la gran mayoría de los establecimientos, solicitar una cita implica realizar dos viajes al consultorio, donde el primero es exclusivamente para pedir a primera hora del día la cita.[701] Junto con fijar la cita, también resulta necesario tener herramientas para reducir la no presentación y cancelación de cita, que según entrevistados representa cerca del 15-20% de lo programado. Además, una adecuada programación de citas permite enfatizar aún más el modelo de atención integral del sistema (MAIS), puesto que permite preparar y coordinar

698 Una concesión es un tipo de Asociación Público Privada (APP), esta última se entiende como un acuerdo entre el sector público y el sector privado en el que parte de los servicios o labores que son responsabilidad del sector público es suministrada por el sector privado bajo un claro acuerdo de objetivos compartidos para el abastecimiento del servicio público o de la infraestructura pública.

699 Se considera 3 años para evaluación, licitación y adjudicación.

700 El presupuesto de la APS para 2022 es de US$3000 millones, aproximadamente. En este caso se estimó pago anual promedio entre SFC (18%), SFO (6%), SFMNC (1,2%) y SFEMMC (1,2%) para una concesión de 10 años plazo.

701 Otra alternativa son las solicitudes telefónicas, pero igual que en el caso presencial, estas se realizan temprano en la mañana y por orden de llegada.

mejor la atención entre el equipo.[702] En este sentido, la implementación de estrategias de atención como Teletriage y el uso de herramientas TIC resultan fundamentales para mejorar este aspecto. El plazo de implementación para Teletriage en 568 centros es de un año, y el costo de implementación y operación es cercano al 1,8% del presupuesto de la APS para 2022. Para el caso de la herramienta de gestión de citas, el plazo es similar, mientras que el costo es cercano al 0,02% del presupuesto APS para 2022.

En el sector salud y en especial para la APS, las TIC vienen demostrando hace años su relevancia, tanto por su apoyo rutinario en la gestión, como su apoyo particular en el contexto de pandemia. Para poder profundizar su uso es central lograr implementar la interoperabilidad,[703] potenciando así la capacidad de Coordinación del nivel primario con el resto de los niveles, apuntando hacia una atención más Integral (puesto que mientras más información disponible haya sobre el paciente, mejor es la atención). La evidencia internacional ha demostrado los beneficios sanitarios y presupuestarios de implementar interoperabilidad.[704] Para alcanzar este y otros beneficios, las mejores prácticas sugieren una implementación consistente a través del tiempo, situación que no ha sucedido del todo en el caso nacional. Canadá y España, países referentes según OCDE (2020) en el uso de TIC a nivel primario, demoraron sobre una década en implementar la interoperabilidad. Si bien en Chile se identifican esfuerzos durante los últimos 14 años para avanzar en esta dirección,[705] su estado actual se debe -según expertos- a la falta de una institucionalidad TIC en salud capaz de trascender los gobiernos de turno. En este sentido, la CNEP sugiere incluir dentro de las facultades del Instituto de Salud Pública funciones en materia TIC en salud y crear un departamento TIC cuyas funciones sean proponer una estrategia en materia de interoperabilidad y coordinar su implementación, junto con dictar normas técnicas, actualizarlas y velar por su cumplimiento, como también ejercer actividades relativas al control de calidad. Entendiendo que este proceso (al igual que los sistemas referentes), tomará plazos superiores a los 5 años, la CNEP también recomienda una alternativa que ayude a mitigar la actual situación. Para ello (y siguiendo las buenas prácticas identificadas en el SSMSO y SSMaule), se propone implementar un repositorio

702 Hoy la agenda tiende a gestionarse de manera reactiva, por tanto, no existe el espacio previo a la cita para que el equipo a cargo del caso pueda coordinarse y elaborar la estrategia más adecuada de atención.

703 Entendido como la capacidad de dos o más sistemas de intercambiar información y utilizarla para la atención.

704 En lo sanitario se puede mencionar la reducción en 18% de los errores vinculados al proceso de atención (Kaelber y Bates, 2007), reducción de 10% de las visitas los usuarios por mejor comunicación (Almalki y Simsim, 2020), y en lo financiero, una reducción de 13% en los costos de atención (Park et al., 2015).

705 Considerando que el denominado Sistemas de Información de la Red Asistencial (SIDRA), plan nacional para la informatización y automatización de los procesos clínicos asistenciales y administrativos de los establecimientos de salud, inició en 2008.

de registros de atención, exámenes, diagnósticos y otros documentos en formato no unificado y poner dicha información a disposición del usuario[706] (mediante ClaveUnica) y tratantes (previa autorización del usuario) en una plataforma digital o Domicilio Clínico Digital. Respecto a la factibilidad de implementar esta última medida, se puede señalar que MINSAL ya tiene las facultades[707] para solicitar, tanto al sector público como privado, dicha información y administrarla. El plazo de implementación en este caso no supera el año y el costo estimado de implementación y operación es cercano al 0,02% del presupuesto de la APS para 2022.

En el contexto de este estudio también se abordaron mecanismos orientados a fortalecer el rol de la APS por medio de una mejor asignación de recursos y organización. Así, se analizó el financiamiento y los indicadores y metas sanitarias ligadas a la APS, donde estos últimos supeditan el aporte que hace el nivel central a los municipios que administran la APS. En ambos casos la CNEP propone medidas reglamentarias que permiten una mejor elaboración del valor per cápita y de los indicadores y sus metas mediante la incorporación de una mayor transparencia, rendición de cuentas y apoyo en las decisiones que se toman rutinariamente al respecto. Cabe mencionar que en el caso del financiamiento la CNEP identifica una brecha superior a 25pp en el aporte basal per cápita, en línea con otros estudios.[708] Así, considerando que el valor basal para 2022 es de $9.048,[709] este debería incrementarse sobre los $12.000. También la CNEP identifica que, si bien, para 9 de 10 municipios que administran la APS el nivel de cumplimiento de las metas[710] entre 2005 y 2018 fue superior al 80%, los resultados sanitarios ligados a la atención primaria mostraron un empeoramiento entre 2010 y 2017,[711] exhibiendo una baja relación entre el cumplimiento de las metas y mejores condiciones sanitarias de la población.[712] Junto con estas propuestas, la CNEP también recomienda el uso de una herramienta para estratificar por riesgo sanitario, lo cual permite una mejor gestión de los casos y asignar recursos financieros acorde al perfil sanitario local. La evidencia internacional respecto al uso de este tipo de herramientas es contundente. Prácticamente todos los sistemas de salud referentes utilizan en alguna medida este tipo de herramienta, ya sea para el financiamiento como para la gestión sanitaria. En el contexto nacional se identificaron

706 En línea con la página de mevacuno.cl.

707 Ver artículo 4, número 5, del Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud.

708 Ver Montero et al. (2008), FONASA (2019), ESP (2015), entre otros.

709 Ver Decreto 37.

710 Específicamente IAAPS.

711 Por ejemplo, a partir de la Encuesta Nacional de Salud se infiere que entre 2010 y 2017 la población obesa y mórbida aumentó 9pp, la población con sospecha de hipertensión aumentó 1pp, la población con sospecha de diabetes aumentó 3pp, entre otros factores de riesgo y enfermedades crónicas.

712 Al comparar CASEN 2006 con 2017 se concluye que los principales determinantes de la salud de la población mejoraron (educación, vivienda, trabajo).

estudios pilotos que evaluaron estas herramientas respecto a la capacidad de predicción de uso de recursos, número de atenciones o para la gestión sanitaria, revelando también la factibilidad de implementarlas localmente. En el contexto de este estudio se contactó a uno de los proveedores de este tipo de herramientas para conocer costos, plazos y barreras de implementación. La conclusión es que la principal barrera está en la consolidación adecuada de la información sanitaria, principalmente a nivel primario. Respecto del plazo, este depende sobre todo de la calidad de la información disponible. Según entrevistas, sería posible implementarla (al menos parcialmente) dentro de un año. Sobre el costo, el valor anual de la licencia para el universo[713] de beneficiarios de FONASA es cercano al 0,02% del presupuesto APS para 2022. Si bien medir el impacto directo de estas medidas no es fácil,[714] se considera que una mejor asignación y orientación de los recursos permitiría potenciar la atención Integral, en el entendido que se entregan recursos más adecuados al contexto local,[715] se orientan mejor las actividades y se apoya la gestiona sanitaria, permitiendo obtener mejores resultados sanitarios. En línea con esto se pueden mencionar trabajos como Macinko et al (2003), Macinko et al (2011) y PCC (2020), los cuales evidencian el impacto en resultados sanitarios que tienen las políticas orientadas a fortalecer el rol de la APS por medio de mejor asignación de recursos y organización.

En conclusión, el conjunto de medidas propuestas en este estudio sugieren factibilidad y evidencia de que su implementación apoyará a los equipos de APS con una mejor gestión, con el fin último de otorgar el mayor valor sanitario posible al usuario en cada atención. Sin embargo, la Comisión también es consciente de que algunas de estas propuestas no tienen una implementación inmediata y es necesario priorizar. Tomando esto en consideración y con el objetivo de ilustrar el potencial existente,[716] la CNEP sugiere implementar en una primera instancia la estrategia de atención Teletriage a nivel nacional de manera preferente, junto con volver a implementar un gestor de citas que apoye la estrategia anterior. En el primer caso, según estimaciones de la CNEP, Teletriage permitiría hacer un mejor uso del tiempo disponible para citas, habilitando hasta un 20% más de tiempo para citas médicas (64 millones de minutos de hoy), lo que bajo una cierta definición en el número de consultas y controles permitiría aumentar la oferta de citas médicas hasta

713 15,2 millones, aproximadamente.

714 Principalmente por la falta de información sistematizada.

715 Desde hace más de 15 años, diversos autores confirman la necesidad de utilizar mejores ajustes al financiamiento. Ver Poblete y Vargas (2007), Montero et al (2008) y MINSAL (2011).

716 El resultado final, al menos de cobertura, dependerá de la estrategia elegida. Por ejemplo, a quiénes atender y qué acciones realizar. También dependerá del alcance que se desee dar a las medidas. En el caso de Teletriage se trabajó con el supuesto que se contrataban y capacitaba todo personal, siendo que en la realidad en ciertos casos fue el personal del propio consultorio quienes se capacitaron.

en un 14% (2,9 millones de citas de hoy),[717] reducir los viajes innecesarios de los usuarios y habilitar las instancias para aplicar el MAIS. Por el lado de la gestión de citas se trabaja con el supuesto que esta acción permitiría aumentar en cerca de 3pp la realización de citas programadas, siguiendo la experiencia piloto identificada. Con ello, se estima que queda una brecha de presentación a la cita cercana a 11pp respecto a referencias,[718] la cual se reduce[719] (arbitrariamente) otros 3pp, suponiendo una mejor vinculación y adherencia del usuario con la red, en gran medida explicado por la implementación de Teletriage, de tamizaje en lugares de alta población flotante,[720] implementación del repositorio Domicilio Clínico Digital[721] y el desarrollo de infraestructura a partir del tercer año, considerando la oferta actual de tiempo de atención.[722]

De esta forma, considerando como referencia el escenario actual,[723] se estima que la implementación conjunta de estas medidas permitirían aumentar la cobertura desde un 50% hasta un 68%, incrementando el volumen de personas atendidas por la APS hasta en un 36%, esto, con un 19% más de presupuesto. Así, en el caso que se implementaran

717 Se trabaja bajo el supuesto que la liberación de tiempo de atención médica por causa de Teletriage es utilizada para pesquisar a nueva población. En este sentido, se trabaja bajo el supuesto que a toda nueva persona atendida se le realiza 1 consulta médica durante el año y al 40% de esta misma población se le realiza 1 control médico durante el mismo año. Así, la población pesquisada bajo este escenario es de 2,2 millones, aproximadamente.

718 Se trabaja bajo el supuesto que en Chile la no presentación y cancelación representa el 20% de las citas programadas, es decir, de 100 atenciones programadas, 80 se realizan. En el caso de las mejores prácticas estas llegan a 6%, es decir, 94 de 100 atenciones programadas se realizan. Ver George y Rubin (2003), Ahmad y Mhaskar (2019), por ejemplo.

719 A partir de la información sobre los pilotos de Teletriage se estima un aumento de 13pp en la cobertura de personas entre 15-60 años (700 mil personas). Junto con ello y considerando los resultados de Clark et al (2020), se trabaja bajo el supuesto que mediante la estrategia de tamizaje en zonas de trabajo (población flotante) se logra pesquisar a cerca de 1,8 millones de personas (de un universo de 6,8 millones de trabajadores y estudiantes a nivel nacional). Análogamente, se trabaja con el supuesto que la implementación de Domicilio Clínico Digital permite vincular a cerca de un 15% de los 1,5 millones de beneficiarios FONASA inscritos en la APS que hoy se atiende exclusivamente por MLE (225 mil personas más). Así el total de personas contactadas por la APS puede alcanzar los 2,7 millones. La implementación de infraestructura más cercana a la comunidad, y la inclusión de equipamiento clínico, permitiría entregar un mayor Acceso y Continuidad en la atención, permitiendo que la mayoría de estas personas considere la APS como primer punto de contacto y así asegurar su asistencia a las citas.

720 En este caso se estima un gasto anual equivalente a 0,49% el presupuesto de la APS para 2022.

721 En este caso se estima un gasto anual equivalente a 0,02% el presupuesto de la APS para 2022.

722 En este caso se estima un gasto anual equivalente a 11,3% del presupuesto de la APS para 2022, considerando exclusivamente la renovación del 20% de la cartera actual y mejoramiento del 100% de la cartera actual.

723 En términos de cobertura, volumen de atenciones programadas y realizadas, recursos humanos, tiempos de consultas y controles, entre otros.

las medidas en el escenario actual,[724] el número de personas atendidas por la APS pasaría de 7,6 a 10,3 millones y el presupuesto se incrementaría en US$593 MM. Así, también, cada una de estas personas recibiría por parte del equipo APS una atención con mayor impacto sanitario, siendo esta más *Accesible, Continua, Coordinada* e *Integral*.

Cabe mencionar que el impacto sanitario y gasto público definitivo dependerá de los alcances fijados para las medidas, sobre todo el de la reducción de la brecha de infraestructura, que bajo el alcance maximalista presentado acá, representa un 90% del gasto total de las medidas priorizadas (US$523 MM). Así, las cifras expuestas en estas conclusiones deben ser tomadas como cotas máximas. En un contexto más cercano a la realidad, existe consenso que medidas como la del desarrollo de infraestructura deben realizarse de manera escalonada, partiendo por territorios que permitan mejorar aspectos contractuales, de coordinación y procedimentales de manera eficiente. Por ejemplo, en territorios donde los involucrados en los convenios sean pocos (menores costos de coordinación), y/o donde la implementación permite ver el proceso de reparación de obra y desarrollo de obra nueva.

A continuación, en el siguiente cuadro, se resume el conjunto de propuestas elaboradas en este estudio, mencionando el objetivo que buscan, las entidades involucradas, el plazo de implementación, el costo anual estimado, como también algunos impactos relacionados. En este último caso, para algunas de las estimaciones se consideró el impacto de la implementación conjunta de ciertas medidas complementarias (como el ejemplo anterior)[725] y en otros casos se utilizó como referencia resultados obtenidos de la literatura.

[724] Las estimaciones realizadas son aproximaciones tomando como referencia el periodo 2017-2019, para luego ser proyectadas a 2022.

[725] Impactos similares entre recomendaciones señalan que estas son consideradas complementarias para alcanzar dicho objetivo.

Cuadro 1: Recomendaciones

Recomendación	Objetivo	Entidad encargada	Plazo de implementación†	Gasto corriente esperado ‡	Algunos impactos relacionados§
R2.1	Implementar en APS estrategia Teletriage mediante PRAPS	Ministerio de Salud	Corto plazo	1,78%	Aumento de cobertura en 18pp[1]
R2.2	Escalar estrategia Teletriage mediante Hospital Digital	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,02%	Aumento de cobertura en 18pp[1]
R2.3	Potenciar implementación de Teletriage con gestor de citas masivo y multicanal	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,02%	Aumento de cobertura en 18pp[1]
R2.4	Implementar en zonas de alta población flotante acciones de tamizaje	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,49%	Aumento de cobertura en 18pp[1] Mayor número de visitas de atención primaria (39pp) y reducción (38pp) en las visitas a urgencias médicas ambos en comparación con el grupo de control.[2]
R2.5	Implementar prácticas de perfil TIC a nivel de establecimiento APS mediante PRAPS	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,02%	Reasignación del 10% de la jornada mensual desde actividades administrativas a clínicas en el caso de referentes de programas.[3]
R2.6	Levantar e implementar perfiles de competencia de promoción y prevención mediante PRAPS	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,33%	Reducción de conductas de riesgo y aumento de la prevención de enfermedades: 47:1000 pacientes diagnosticados con diabetes deja de fumar, tasa 14pp mayor de reducción de consumo de tabaco.[4]

†: Corto plazo es entre 0 y 1 año; Mediano plazo es entre 1 y 3 años; Largo plazo más de 3 años; ‡: Como porcentaje del presupuesto APS 2022: US$3.000 MM; §: Estimaciones propias y de la literatura. Algunas de estas son generales y otras específicas, dependiendo de la información disponible. Las estimaciones se repiten entre algunas recomendaciones, considerando que el conjunto de estas son capaces de generar dicho impacto. 1: Estimación a partir de valores calculados para Teletriage (jóvenes y adultos), mencionados para la TNP, identificados para tamizaje (Clark et al, 2020) y calculados a partir de datos del estudio USS y CNEP (2022); 2: Valores de referencia de Glass et al (2017); 3: Estimación a partir de valores mencionados por directores de establecimientos APS en entrevistas, donde 1 a 3 jornadas del mes son destinadas a registro de información; 4: Valores de referencia de Xiang (2016) y Flocke et al, (2014)

Recomendación	Objetivo	Entidad encargada	Plazo de implementación	Gasto corriente esperado ‡	Algunos impactos relacionados §
R2.7	Ajustar encuesta de percepción del trato a los usuarios para promover acciones de promoción durante la atención	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Reducción de conductas de riesgo y aumento de la prevención de enfermedades: 47:1000 pacientes diagnosticados con diabetes deja de fumar, tasa 14pp mayor de reducción de consumo de tabaco.4
R2.8	Levantar e implementar perfiles de competencia para el trabajo en equipo mediante PRAPS	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,33%	Mayor detección de enfermedades mentales (46%), mayor adherencia a programas de diabetes (25%), incremento de 3% en el total de los pacientes atendidos y un 5% en el total de pacientes inscritos, mejor coordinación de equipos.[1]
R2.9	Evaluar e implementar herramientas de coordinación de equipos mediante PRAPS	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,33%	Mayor detección de enfermedades mentales (46%), mayor adherencia a programas de diabetes (25%), incremento de 3% en el total de los pacientes atendidos y un 5% en el total de pacientes inscritos, mejor coordinación de equipos.[1]
R2.10	Implementar proceso de mejora continua en la elaboración de IAAPS a nivel central mediante la actualización y publicación rutinaria de evidencia y pertinencia de indicadores y metas	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación y orientación permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 18.7 años perdidos por influenza y neumonía menos por 100 mil personas.[2]

†: Corto plazo es entre 0 y 1 año; Mediano plazo es entre 1 y 3 años; Largo plazo más de 3 años; ‡: Como porcentaje del presupuesto APS 2022: US$3.000 MM; §: Estimaciones propias y de la literatura. Algunas de estas son generales y otras específicas, dependiendo de la información disponible. Las estimaciones se repiten entre algunas recomendaciones, suponiendo que el conjunto de estas son capaces de generar dicho impacto; 1: Valores de referencia de Somé et al (2020), Reiss-Brennan et al (2016) y Nguyen (2016); 2: Valores de referencia de Macinko et al (2003).

Recomendación	Objetivo	Entidad encargada	Plazo de implementación†	Gasto corriente esperado‡	Algunos impactos relacionados §
R2.11	Implementar mejora al proceso de elaboración de IAAPS mediante la incorporación de una comisión asesora	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación y orientación permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 18.7 años perdidos por influenza y neumonía menos por 100 mil personas.[1]
R2.12	Implementar mejora al proceso de elaboración de IAAPS mediante la incorporación (obligatoria) de una comisión asesora	Presidencia de la República	Mediano plazo	0,00%	Mejor asignación y orientación permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 18.7 años perdidos por influenza y neumonía menos por 100 mil personas.[1]
R2.13	Implementar proceso de mejora continua en la determinación de las metas comunales del IAAPS mediante la actualización rutinaria de evidencia y pertinencia de las metas por parte del Servicio de Salud respectivo	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación y orientación permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 18.7 años perdidos por influenza y neumonía menos por 100 mil personas.[1]
R2.14	Implementar proceso de mejora continua en la elaboración de Metas Sanitarias a nivel central mediante la actualización y publicación rutinaria de evidencia y pertinencia de indicadores y metas, y, además, mediante el apoyo (transparente) de comisión asesora	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación y orientación de los recursos permite mejorar procesos de atención como también resultados sanitarios respecto a línea base: 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas, 1 caso de HE menos por 100 personas, 5pp más de adherencia a programa crónico.[2]

†: Corto plazo es entre 0 y 1 año; Mediano plazo es entre 1 y 3 años; Largo plazo más de 3 años; ‡: Como porcentaje del presupuesto APS 2022: US$3.000 MM; §: Estimaciones propias y de la literatura. Algunas de estas son generales y otras específicas, dependiendo de la información disponible. Las estimaciones se repiten entre algunas recomendaciones, suponiendo que el conjunto de estas son capaces de generar dicho impacto. 1: Valores de referencia de Macinko et al (2003); 2: Valores de referencia de Reiss-Brennan et al (2016).

Reco-men-dación	Objetivo	Entidad encargada	Plazo de implementa-ción†	Gasto corriente esperado‡	Algunos impactos relacio-nados §
R2.15	Implementar proceso de mejora continua en la determinación de las metas comunales de las Metas Sanitarias mediante la actualización rutinaria de evidencia y pertinencia de indicadores y metas por parte del Servicio de Salud respectivo y transparencia en las actas del consejo consultivo	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación y orientación de los recursos permite mejorar procesos de atención como también resultados sanitarios respecto a línea base: 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas, 1 caso de HE menos por 100 personas, 5pp más de adherencia a programa crónico. [1]
R2.16	Revaluar pertinencia de actuales indicadores y metas nacionales del IAAPS con apoyo de comsión asesora	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación de recursos mejora procesos de atención integral y resultados sanitarios: 3pp menos de gasto por atención, 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas, 22pp más en detección de enfermedades mentales.[1]
R2.17	Revaluar pertinencia de actuales indicadores y metas nacionales de Metas Sanitarias con apoyo de la mesa de trabajo	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación de recursos mejora procesos de atención integral y resultados sanitarios: 3pp menos de gasto por atención, 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas, 22pp más en detección de enfermedades mentales. [1]
R2.18	Incorporar en IAAPS como en Metas Sanitarias el indicador de hospitalizaciones evitables	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Reducción de 30% en la tasa de hospitalizaciones evitables. [2]

†: Corto plazo es entre 0 y 1 año; Mediano plazo es entre 1 y 3 años; Largo plazo más de 3 años; ‡: Como porcentaje del presupuesto APS 2022: US$3.000 MM. §: Estimaciones propias y de la literatura. Algunas de estas son generales y otras específicas, dependiendo de la información disponible. Las estimaciones se repiten entre algunas recomendaciones, suponiendo que el conjunto de estas son capaces de generar dicho impacto. 1: Valores de referencia de Reiss-Brennan et al (2016); 2: Estimación a partir de estudio de USS y CNEP (2022);

Recomendación	Objetivo	Entidad encargada	Plazo de implementación†	Gasto corriente esperado‡	Algunos impactos relacionados§
R2.19	Implementar proceso de mejora continua en la elaboración de PRAPS mediante la actualización y publicación rutinaria de evidencia y pertinencia	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Reducción de los plazos de latencia en la entrega de recursos en 50pp.[1]
R2.20	Implementar estandarización de los convenios asociados a PRAPS para reducir latencia en el traspaso de recursos	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Reducción de los plazos de latencia en la entrega de recursos en 50pp.[1]
R2.21	Fomentar la implementación de la Estrategia	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Reducción de los plazos de latencia en la entrega de recursos en 50pp.[1]
R3.1	Dotar al ISP de atribuciones TIC y crear departamento TIC encargado de proponer estrategia de interoperabilidad, dictar normas técnicas y su fiscalización, registrar y autorizar proveedores TIC	Presidencia de la República	Mediano plazo	0,03%	Reducción de visitas innecesarias en 10%, reducción de 18% de los errores que afectan la seguridad del paciente y reducción de 70% en efectos adversos. También una reducción de 5% en el gasto público en salud.[2]
R3.2	Fomentar en la implementación del Departamento TIC los principios de la Ley de Transformación Digital del Estado y la mirada interdisciplinaria e interministerial	Ministerio de Salud, Instituto de Salud Pública	Mediano plazo	0,00%	Reducción de visitas innecesarias en 10%, reducción de 18% de los errores que afectan la seguridad del paciente y reducción de 70% en efectos adversos. También una reducción de 5% en el gasto público en salud.[2]

†: Corto plazo es entre 0 y 1 año; Mediano plazo es entre 1 y 3 años; Largo plazo más de 3 años; ‡: Como porcentaje del presupuesto APS 2022: US$3.000 MM. §: Estimaciones propias y de la literatura. Algunas de estas son generales y otras específicas, dependiendo de la información disponible. Las estimaciones se repiten entre algunas recomendaciones, suponiendo que el conjunto de estas son capaces de generar dicho impacto. 1: Estimación a partir de entrevistas a representantes de municipios y Servicios de Salud; 2: Estimación a partir de valores de referencia de Almalki y Simsim (2020), Kaelber y Bates (2007) y Walker et al. (2005).

Recomendación	Objetivo	Entidad encargada	Plazo de implementación†	Gasto corriente esperado‡	Algunos impactos relacionados§
R3.3	Requerir de acuerdo al artículo 4, número 5, del Decreto con Fuerza de Ley 1 de 2006 del Ministerio de Salud, 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 mediante una plataforma digital	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Reducción de visitas innecesarias en 10%, reducción de 18% de los errores que afectan la seguridad del paciente y reducción de 70% en efectos adversos. También una reducción de 5% en el gasto público en salud.[1]
R3.4	Implementar plataforma digital para disponer la información más frecuentemente gestionada en los establecimientos: resumen de alta de la consulta, laboratorio, imagenología, etc.	Ministerio de Salud	Corto plazo	0.02%	Reducción de visitas innecesarias en 10%, reducción de 18% de los errores que afectan la seguridad del paciente y reducción de 70% en efectos adversos. También una reducción de 5% en el gasto público en salud.[1] Aumento de cobertura en 18pp.[2]
R3.5	Evaluar en el marco de la Ley de Concesiones de Obras Públicas el diseño, construcción y mantenimiento de infraestructura para el nivel primario y secundario de salud, además de la adquisición y mantenimiento de equipos médicos, mobiliario clínico y no clínico	Ministerio de Salud, Servicio de Salud, Municipalidades, Ministerio de Obras Públicas	Corto plazo	0,05%	Reducción de 30% en la tasa de hospitalizaciones evitables.[3] Aumento de cobertura en 18pp.[2]

†: Corto plazo es entre 0 y 1 año; Mediano plazo es entre 1 y 3 años; Largo plazo más de 3 años; ‡: Como porcentaje del presupuesto APS 2022: US$3.000 MM. §: Estimaciones propias y de la literatura. Algunas de estas son generales y otras específicas, dependiendo de la información disponible. Las estimaciones se repiten entre algunas recomendaciones, suponiendo que el conjunto de estas son capaces de generar dicho impacto. 1: Estimación a partir de valores de referencia de Almalki y Simsim (2020), Kaelber y Bates (2007) y Walker et al. (2005). 2: Estimación a partir de valores calculados para Teletriage (jóvenes y adultos), mencionados para la TNP, identificados para tamizaje (Clark et al, 2020) y calculados a partir de datos del estudio USS y CNEP (2022); 3: Estimación a partir de estudio USS y CNEP (2022).

Recomendación	Objetivo	Entidad encargada	Plazo de implementación†	Gasto corriente esperado‡	Algunos impactos relacionados§
R3.6	Suscribir para el nivel primario Convenios de Mandato para la construcción de establecimientos APS entre Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Servicio de Salud respectivo y las municipalidades del territorio, y el Ministerio de Obras Públicas y la Dirección General de Concesiones de Obras Públicas	Ministerio de Salud, Servicio de Salud, Ministerio de Obras Públicas, Municipalidades	Mediano plazo	17%	Reducción de 30% en la tasa de hospitalizaciones evitables.[1] Aumento de 18pp en cobertura2
R3.7	Suscribir para el nivel secundario Convenios de Mandato para la construcción de establecimientos del nivel secundario entre Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales y Servicio de Salud respectivo, y el Ministerio de Obras Públicas y la Dirección General de Concesiones de Obras Públicas	Ministerio de Salud, Ministerio de Obras, Públicas Municipalidades	Mediano plazo	s.d.[4]	Reducción de 30% en la tasa de hospitalizaciones evitables.[1]
R4.1	Implementar proceso de mejora continua en la elaboración del per cápita basal mediante la actualización y publicación de documento que de cuenta de los insumos, supuestos y metodología utilizada para la estimación del basal	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 3pp menos de gasto por atención, 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas.[3]

†: Corto plazo es entre 0 y 1 año; Mediano plazo es entre 1 y 3 años; Largo plazo más de 3 años; ‡: Como porcentaje del presupuesto APS 2022: US$3.000 MM. §: Estimaciones propias y de la literatura. Algunas de estas son generales y otras específicas, dependiendo de la información disponible. Las estimaciones se repiten entre algunas recomendaciones, suponiendo que el conjunto de estas son capaces de generar dicho impacto. 1: Estimación a partir de estudio USS y CNEP (2022); 2: Estimación a partir de valores calculados para Teletriage (jóvenes y adultos), mencionados para la TNP, identificados para tamizaje (Clark et al, 2020) y calculados a partir de datos del estudio USS y CNEP (2022); 3: Valores de referencia de Macinko et al (2003) y Reiss-Brennan et al (2016) ; 4: Para efectos de este estudio, si bien se recomienda evaluar de igual forma la APP para el nivel secundario, entendiendo las sinergias con el nivel primario, no se ahondó en estimar un presupuesto de aquello, en parte porque escapa del alcance del proyecto.

Recomendación	Objetivo	Entidad encargada	Plazo de implementación†	Gasto corriente esperado‡	Algunos impactos relacionados§
R4.2	Implementar proceso de mejora continua en la identificación y uso de indexadores para el ajuste al per cápita basal mediante la actualización y publicación de documento que fundamente la pertinencia de los indexadores seleccionados	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 3pp menos de gasto por atención, 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas.[1]
R4.3	Reemplazar indexador IPP utilizado para el ajuste socioeconómico por otros ya validados por la literatura	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 3pp menos de gasto por atención, 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas.[1]
R4.4	Motivar dentro del proceso de determinación del per cápita el uso de indexadores que capturen la morbilidad de la población	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 3pp menos de gasto por atención, 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas.[1]
R4.5	Implementar agrupador de riesgo sanitario a nivel central mediante solicitud de información vía COMGES, celebración de convenios de cooperación y financiamiento de agrupador de riesgo sanitario ya validado	Ministerio de Salud	Mediano plazo	0.02%	Mejor asignación y orientación en la gestión permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 3pp menos de gasto por atención, 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas.[1]

†: Corto plazo es entre 0 y 1 año; Mediano plazo es entre 1 y 3 años; Largo plazo más de 3 años; ‡: Como porcentaje del presupuesto APS 2022: US$3.000 MM. §: Estimaciones propias y de la literatura. Algunas de estas son generales y otras específicas, dependiendo de la información disponible. Las estimaciones se repiten entre algunas recomendaciones, suponiendo que el conjunto de estas son capaces de generar dicho impacto. 1: Valores de referencia de Macinko et al (2003) y Reiss-Brennan et al (2016).

Recomendación	Objetivo	Entidad encargada	Plazo de implementación†	Gasto corriente esperado‡	Algunos impactos relacionados§
R4.6	Implementar panel técnico que apoye a MINSAL en la revaluación de la elaboración del per cápita basal y el uso de indexadores más adecuados	Ministerio de Salud	Corto plazo	0,00%	Mejor asignación permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 3pp menos de gasto por atención, 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas.[1]
R4.7	Derogar, al menos, artículo 14 del Decreto con Fuerza de Ley 1-3.063 de 1980 del Ministerio del Interior para que las corporaciones municipales de salud se sometan al mismo estándar aplicable a la gestión financiera de las municipalidades	Presidencia	Mediano plazo	0,00%	Mejor asignación permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 3pp menos de gasto por atención, 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas.[1]
R4.8	Modificar, al menos, artículo 1 de la Ley 19.886 para que las corporaciones municipales de salud se sometan al mismo estándar aplicable a la adquisición de suministros y servicios que las municipalidades	Presidencia	Mediano plazo	0,00%	Mejor asignación permite mejores procesos y resultados sanitarios respecto a línea base: 7.5 fallecimientos menos por 100 mil personas, 101.4 años perdidos menos por 100 mil personas, 3pp menos de gasto por atención, 7 ingresos de urgencia menos por 100 personas.[1]

†: Corto plazo es entre 0 y 1 año; Mediano plazo es entre 1 y 3 años; Largo plazo más de 3 años; ‡: Como porcentaje del presupuesto APS 2022: US$3.000 MM. §: Estimaciones propias y de la literatura. Algunas de estas son generales y otras específicas, dependiendo de la información disponible. Las estimaciones se repiten entre algunas recomendaciones, suponiendo que el conjunto de estas son capaces de generar dicho impacto. 1: Valores de referencia de Macinko et al (2003) y Reiss-Brennan et al (2016).

Anexo Antecedentes históricos

Introducción

Chile ha sido constantemente azotado por una serie de catástrofes naturales, pestes y epidemias que encontraron terreno fértil en la pobre infraestructura pública, social, médica y hospitalaria del incipiente país. Sin embargo, estas emergencias sanitarias sirvieron de agentes catalizadores que propiciaron importantes avances y profundas reformas en la medicina social y la salud pública del país desde fines del siglo XIX y durante todo el siglo XX y XXI.[726] La construcción de hospitales, formación universitaria de profesionales del área de salud en general, educación higiénica, legislaciones, campañas de vacunación, la construcción de infraestructura sanitaria, entre otras acciones fueron parte del trabajo del Estado para desarrollar una estructura de salud social orientada a resolver los profundos y múltiples problemas sanitarios del país.

Uno de los avances más notables fue la conceptualización de la salud en toda su multiplicidad de significados. Se amplió el enfoque de atención descentralizando los servicios para ofrecer atención médica oportuna en todos los rincones del país, con una mirada encauzada hacia la prevención más que a lo curativo y orientándola a mejorar el bienestar general de la población. En efecto, los avances sanitarios mejoraron progresivamente la calidad de vida de algunos segmentos de la población, haciéndose cargo de las habitaciones higiénicas, alimentación, obras sanitarias (agua potable y alcantarillado), campañas de vacunación, educación, control de las jornadas laborales y salarios, intentando atender a las demandas de una demografía en expansión. Los desafíos para atender a la población en Chile de manera eficaz y oportuna son enormes y aún persisten problemas estructurales en el sistema de salud del país. En ese sentido, una mirada a la trayectoria histórica del sistema de salud en Chile durante el último siglo pone en perspectiva los avances logrados y la relevancia de tener una Atención Primaria de Salud eficiente y de primer nivel.

[726] La actual crisis sanitaria provocada por el Covid 19 ha afectado diferentes dimensiones de las vidas de las personas, tales como sus fuentes de trabajo, educación y formas de relacionarse. Ha sido necesario aplicar medidas sanitarias ajustadas a nuevos marcos jurídicos.

Los primeros pasos hacia un Sistema de Salud

Hacia fines del siglo XIX y principios del XX se estimaba que al Estado no le correspondía intervenir en materias concernientes a la salud de la población. Este solo debía limitarse a auxiliar y reglamentar las instituciones de beneficencia dedicadas a atender a los enfermos del país y no participar de ningún otro aspecto.

El sustento de la salud pública en Chile era la filantropía o la "caridad cristiana" que se expresaba a través de donaciones de dinero, legados de tierras y edificios que financiaban los establecimientos hospitalarios tradicionales como el San Juan de Dios (fundado en 1552[727]) o el San Borja (fundado en 1772). Estos recintos eran administrados por las Juntas de Beneficencia[728] y atendidos por diversas órdenes religiosas. A medida que el país avanzó en su proceso de urbanización e industrialización, los problemas sociales (la "Cuestión Social")[729] se intensificaron, en particular en lo concerniente a la salud de la población, que mostraba elevadísimas tasas de mortandad (muy en especial entre los niños y madres) y muy bajas expectativas de vida. La enfermedad y la muerte acechaban constantemente y la Beneficencia no parecía poder resolver estos problemas. Salvo escasos antecedentes, no había en el país acciones o políticas sanitarias reales que apuntaran a mejorar esta situación.

En este contexto, una devastadora epidemia de cólera azotó Chile entre los años 1886 y 1888.[730] Entró por el puerto de Valparaíso y el presidente José Manuel Balmaceda se propuso hacer frente a la crisis sanitaria disponiendo de novedosas políticas y ordenanzas

---

727 Tanto este hospital como los creados posteriormente en otras ciudades importantes en tiempos de la Colonia eran supervisados directamente por lo Cabildos y por los obispos de manera local y sus intervenciones eran esporádicas.

728 Las juntas de beneficencia eran agrupaciones de personas que se encargaban de la administración de las instituciones de beneficencia. Durante el siglo XIX, el ejercicio de la medicina en Chile se circunscribió por largo tiempo al ámbito privado, apoyándose en la caridad. A pesar de ello, tempranamente surgieron algunas instituciones como la Junta Directora de Hospitales de Santiago y la Junta de Beneficencia y Salud Pública –antecesora del Servicio Nacional de Salud–, ambas creadas en 1832

729 La "Cuestión Social" describe las condiciones de vida de las personas hacia finales del siglo XIX, caracterizadas por las malas condiciones sociales a las que estaban sometidos los trabajadores (urbanos y rurales) del país. Max Westenhöfer, un importante patólogo alemán escribió el famoso "Informe Westenhöfer" publicado en 1911 en la revista de ciencias Berliner Wochenschrift, donde detallaba distintos aspectos sanitarios y médicos que había observado durante su permanencia en Santiago, Chile. Como docente de la Universidad de Chile, ejerció una enorme influencia sobre los médicos del siglo XX, entre ellos Salvador Allende, instalando el concepto de la medicina social en Chile.

730 Chile sufría de brotes epidémicas con mucha frecuencia: apenas 14 años antes, en 1872, un brote de viruela había sacrificado al 5% de la población de Santiago.

sanitarias como la "Ley de Policía Sanitaria"[731] (diciembre de 1886) que incorporó disposiciones sobre cuarentanas portuarias y "cordones sanitarios" en los pasos cordilleranos, puertos y para aislar sectores de las ciudades considerados "insalubres".[732] Los "cordones sanitarios", de alto costo, no fueron capaces de detener el implacable avance de la peste. A fines de 1887 el cólera había llegado hasta Valdivia por el sur, y Copiapó hacia el norte.

A pesar de los incipientes esfuerzos, al terminar el año 1888 el cólera ya había cobrado la vida a más de 30.000 personas de una población de 2,5 millones. Ante el fracaso de los cordones sanitarios y las cuarentenas, se optó, por reforzar el tratamiento a los coléricos, los que fueron aislados en "lazaretos".[733] Balmaceda. además, estableció la vacunación obligatoria en 1887 (antirrábica, antivariólica, suero antidiftérico) para los recién nacidos a pesar de la gran oposición del Congreso, que advertía la paulatina regulación estatal de los problemas sanitarios como una amenaza a las libertades individuales.[734] Por otra parte, se relevó la necesidad de educar a la población con relación a las medidas de higiene:[735] hervir el agua, no comer alimentos crudos, aseo personal periódico, disposición de pozos negros aparte del sector cocina, etc.

En 1892, en un país que apenas se recuperaba de la devastadora Guerra Civil se aprobó la Ley Orgánica de Higiene Pública[736] que establecía el Instituto de Higiene Pública,[737] regido por el Consejo Superior de Higiene Pública. Pero, dicho instituto solo tenía carácter consultivo y se limitaba a realizar evaluaciones o recomendaciones ante los problemas que podían afectar a la población. Consecuentemente, no podía determinar la acción sanitaria, prever epidemias ni organizar el control de las enfermedades infecciosas.

Cuando llegó el barco Columbia, proveniente de San Francisco en septiembre de 1903 al puerto de Iquique, los habitantes de la ciudad fueron sorprendidos con la llegada de ratas que portaban la peste bubónica. En poco tiempo, la ciudad[738] registró 214 casos comprobados y con una mortalidad de 64%. Frente a esta nueva emergencia, el Instituto solicitó del gobierno un buque estación sanitario para impedir la propagación de la peste

731 En Chile, la policía sanitaria existió desde fines del siglo XIX y comienzo del XX y su objetivo era reglamentar los lugares y sujetos que propiciaban las enfermedades en la población.

732 Se creó el llamado "Camino de cintura" o "Muro Sanitario". Este sector se ubicaba en la actual Avenida Matta, que separaba el barrio matadero (Franklin) del resto de la ciudad.

733 Edificios para el confinamiento de los enfermos en espera de una posible (pero altamente improbable) mejoría.

734 Illanes O., M. Angélica; .En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia -- ": historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973 : hacia una historia social del Siglo XX. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Protege Red de Protección Social, Gobierno de Chile,1993.

735 Ya desde 1872 existía un decreto que obligaba la enseñanza de higiene en los colegios fiscales.

736 Medina E Toro J. Sinopsis Sanitaria Chilena Anales Chilenos Historia Medicina 2007; 17: 77-93

737 Este Instituto fue heredero de la Junta General de Salubridad para asesorar al gobierno en materias de Salud Pública, creado en tiempos de Balmaceda en 1887.

738 Cuya población estimada era de unos 30.000 habitantes.

por el país y envió una comisión de médicos a evaluar el escenario. La crisis en Iquique, principal puerto de la lucrativa industria salitrera del país amenazaba con un impacto económico de enorme envergadura. Era imperativo contener la propagación de la peste hacia otras ciudades del país. El Congreso dispuso, por lo tanto, un cordón sanitario en la provincia de Tarapacá mientras intentaba evitar las paralizaciones del comercio salitrero.[739] Las brigadas de desinfección y la policía sanitaria tomaba drásticas medidas: el protocolo establecía que debían quemarse las casas afectadas con todos sus enseres, dejando a los damnificados literalmente en la calle. Para evitar las quemas, las personas se resistían tenazmente a las agresivas medidas y escondían los cadáveres dentro de las casas o en los patios, contribuyendo aún más a la propagación de la enfermedad. Los esfuerzos de vigilancia epidemiológica demostraron ser ineficaces e insuficientes: hacia fines de 1903 la peste llegó a Valparaíso y en 1906 se comprobaron casos en Arica, Viña del Mar y Santiago. En medio de la peste bubónica, un brote de viruela afectó la ciudad de Antofagasta. Las vacunas enviadas por barco de vapor se descompusieron en el camino y la peste sacrificó al 70% de sus víctimas. En 1906, la viruela había cobrado 11.000 víctimas, mientras que la peste bubónica había hecho desaparecer la población de Pisagua y había afectado devastadoramente Tal-Tal y Antofagasta. Las enfermedades sociales y de trasmisión alcanzaron ese año los niveles más altos de la historia de Chile: 448.5 por 1000.[740]

Comenzó a resonar en el Congreso la urgencia de tomar una acción enérgica ante las múltiples situaciones de emergencia que afectaban al país. El cólera y la peste bubónica eran apenas una muestra de las diferentes pestes que acechaban a los chilenos. A estos males se les sumaban las "enfermedades sociales," entre las cuales quizás la más temible era la conocida "peste blanca" o tuberculosis. De avance lento pero implacable, fue responsable de la mayor cantidad de muertes en Chile durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. Junto con la sífilis (de difícil tratamiento y con devastadoras consecuencias sociales) y el tifus exantemático, estos males eran la evidencia misma de la miseria, hambre, suciedad, abandono, hacinamiento y carencia de viviendas higiénicas a las que estaban sometidos miles de chilenos.

Se relevó la cuestión de esta "miseria y mortandad" de los obreros del país como el origen de los males descritos y el diputado Cruchaga[741] expuso el tema de la "insalubridad habitacional"[742] como uno de los factores que contribuían a la propagación de

739 Boletín Congreso. Senadores, junio 20. 1903.

740 Femando Pinto. Crónica Política del siglo XX. Occidente N° 242. 1972.

741 Diputado Cruchaga. Boletín Congreso de Diputados, junio 19. 1903. p. 330.

742 Las habitaciones obreras eran chozas sin agua potable ni alcantarillado, construidas en arrabales y sectores periféricos para responder a las demandas de mano de obra que requería la industrialización del país.

las enfermedades. Así, se estableció la necesidad de abordar la emergencia sanitaria con políticas públicas multidimensionales. Mientras la peste bubónica se acercaba peligrosamente a la densamente poblada capital, el Congreso autorizó al Presidente de la República para contratar públicamente la construcción del alcantarillado de Santiago. Los trabajos se realizaron entre 1905 y 1909, pero ya en 1908 la red prestaba servicios en varias zonas terminadas. Se lograron habilitar 4.000 instalaciones domiciliarias y se suprimieron las acequias en 160 manzanas del barrio central. Simultáneamente, se instalaron los nuevos servicios de agua potable (que habían comenzado a construirse desde 1892), aumentando la dotación de agua en Santiago de 33.000 mts.3 a 63.200 mts3. Complementando estos avances, el gobierno de Riesco (1901 - 1906) formó una comisión de alto nivel para estudiar el problema de la habitación obrera. Esta comisión elaboró un proyecto[743] -aprobado por el parlamento- que creaba el Consejo Superior de la Habitación Obrera. Los avances eran promisorios y, paralelamente, para contrarrestar la incapacidad ejecutiva del Consejo Superior de Higiene Pública, se creó una sección sanitaria especial[744] que estaría a cargo de un médico-cirujano de la Universidad de Chile encargado de todo lo relativo a la higiene y beneficencia pública. Este hito significó la primera incorporación de un empleado con conocimientos técnicos de la salud al Estado y la primera especialización de lo sanitario al interior del gobierno.

Chile comenzaba el siglo XX dando claros pasos hacia la estructuración de un sistema de salud público con miras a la prevención de enfermedades como una alternativa eficiente para dar respuestas a las crecientes demandas de salud de los habitantes del país. Se había establecido la obligatoriedad de la vacuna contra la viruela y se habían habilitado nuevos sectores hospitalarios, dependientes del Instituto de Higiene Pública dedicado al cuidado de enfermos y control de enfermedades. En efecto, a medida que se profundizaba el accionar del Estado, se cuestionaba la actividad filantrópica tanto en sus objetivos como en sus resultados: *"con estupefacción el pueblo se entrega ingenuamente en manos de la burguesía católica, del clero y, en general, de una serie de ladinos patronatos, escuelas parroquiales gotas de leche, instituciones catequistas, mientras que ellos catalogaban a la caridad de "insulto", "exhibicionismo", hipocresía" o "sádico placer" de la clase alta que estira hacia el pobre "su mano protectora temblorosa de orgullo".*[745]

743 Impartida por las instituciones de Beneficencia que estaban a cargo de los hospitales y lazaretos.

744 Entre los avances se puede mencionar la creación de la Asistencia Pública de Santiago (1911) a cargo del Dr. Alejandro del Rio Soto-Aguilar. La Posta Central fue el primer servicio de urgencia permanente del país.

745 llanes O., M. Angélica; .En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia - ": historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973 : hacia una historia social del Siglo XX. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Protege Red de Protección Social, Gobierno de Chile,1993, pag 162.

A pesar de la resistencia de la Junta de Beneficencia,[746] el Estado fue adquiriendo un rol cada vez más crucial en la salud pública de Chile. Se aspiraba dejar fuera el concepto de "caridad"[747] para dar paso a una idea más integral de "Asistencia Social" a cargo de la "ciencia" (es decir, el Instituto de Higiene) donde el cuerpo médico se hacía cargo de los proyectos sanitarios del país,[748] contemplando la atención de la sociedad en general más allá del indigente individual. Se decretó la incorporación del Decano de la Facultad de Medicina (Universidad de Chile) a la Junta de Beneficencia y se instaló la necesidad de crear una Subsecretaría de Higiene.

Primer Código Sanitario de Chile, creación del Ministerio de Higiene Asistencia, Trabajo y Previsión Social y la Ley de Seguro Obrero

Los avances en la institucionalidad sanitaria del país se materializaron con la creación del Consejo Superior de Beneficencia (1917)[749] encargado de la dirección, administración y construcción de los hospitales, casas de socorro, manicomios, lazaretos, asilos y orfelinatos del país. Ochenta y un hospitales subsistían de la subvención estatal a lo largo del país para atender a una población cuyas dinámicas demográficas eran cada vez más complejas. El Consejo se enfocó en dar unidad técnica a estos hospitales mediante la diferenciación de zonas hospitalarias con el propósito de abordar los problemas sanitarios del país, particularmente en el control de la propagación de enfermedades trasmisibles. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos y expectativas, el panorama no mejoraba. A 15 años del primer brote de peste bubónica, no parecía posible desarraigarla y diferentes males y epidemias seguían asolando de norte a sur. Además, aun con un Consejo Superior de Habitación se seguían construyendo habitaciones obreras insalubres sin agua potable ni alcantarillado. No mejoraba la higiene de la población y las medidas de control epidemiológico carecían de efecto alguno. La acción estatal se centraba en la reacción ante las emergencias, pero carecía de política o legislación, y no existían reales acciones preventivas.

En este contexto y luego de más de dos décadas de mucha tramitación parlamentaria, en 1918 se aprobó el primer Código Sanitario de la República de Chile,[750] que entregó

746 El nombre "Beneficencia" perdurará a pesar de que estas ya no eran capaces de satisfacer las crecientes demandas sanitarias del país y requerían de una importante subvención fiscal.

747 Impartida por las instituciones de Beneficencia que estaban a cargo de los hospitales y lazaretos.

748 Entre los avances se puede mencionar la creación de la Asistencia Pública de Santiago (1911) a cargo del Dr. Alejandro del Rio Soto-Aguilar. La Posta Central fue el primer servicio de urgencia permanente del país.

749 El Consejo Superior de Beneficencia (1917-1925) y Junta Central de Beneficencia (1925-1952), conocidas luego como La Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social fue posteriormente (1952) fusionada, junto con otros organismos de salud en el Servicio Nacional de Salud. La Junta, con base en una proposición del Dr. Alejandro del Río, crea la Escuela de Servicio Social.

750 Promovido por el Dr. Alejandro del Río, y que permanecerá vigente hasta 1924.

al país un organismo técnico-ejecutivo para gobernar los asuntos higiénicos. Establecía la Dirección General de Sanidad (dependiente del Ministerio del Interior) con las siguientes facultades: vacunación, desinfección pública, inspección sanitaria, profilaxis y tratamiento de enfermedades infecciosas, estaciones sanitarias en provincias, control del ejercicio de profesiones médicas e inspecciones a boticas y laboratorios. Por primera vez se incorporaban medidas que apuntaban a la prevención de enfermedades, con un enfoque humanitario y ciertamente mucho menos costoso. De manera crucial se relevaba la idea de que la infraestructura pública como los servicios sanitarios de agua potable y alcantarillado tenían una incidencia fundamental en la conservación de la salud de la población.[751]

La creación de este Código Sanitario es de la mayor importancia en la historia política, social y económica del país, puesto que marca el comienzo de la intervención estatal en el manejo de los asuntos públicos de una gran parte de la población. Los movimientos de renovación social culminaron con la redacción de la Constitución de 1925 en que se señalaba que "*el estado asume la responsabilidad de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo*". Esto condujo a la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social (1924). El nuevo ministerio heredaba, por una parte, las Beneficencias y por otro lado la estructura y financiamiento de la Caja del Seguro Obrero,[752] que, mediante la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley N° 4.054 de 1924),[753] cubría a los obreros contra invalidez, vejez y muerte, financiando así las atenciones hospitalarias de los obreros asegurados.[754] Desde la asistencia médica individualista y principalmente

751 Huneeus, C.; Lanas, M. P.; Ciencia política e historia. Eduardo Cruz-Coke y el estado de bienestar en chile, 1937-1938, Historia (Santiago) v.35 Santiago,2002 en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-71942002003500007#51

752 Las Sociedades de Socorros Mutuos surgieron durante el siglo XIX en un contexto de ausencia del Estado en cuestiones de protección social. Estas se multiplicaron durante el trascurso de las décadas y tenían estatutos, reglamentos y personalidad jurídica, cuyo objetivo primario era de asistirse mutuamente ante la enfermedad o muerte, sobre la base del ahorro común y la solidaridad. Adicionalmente servían de espacios de sociabilidad popular con sedes donde se impartían talleres, actividades recreativas y culturales, bibliotecas y escuelas. Los recursos recaudados por la primera Sociedad de Socorro Mutuo fundado por Fermín Vivaceta, que contaba con 500 socios, permitieron contratar a 11 médicos, tener 20 boticas subvencionadas, subsidios por enfermedades agudas o crónicas, montepío, mausoleo, escuela nocturna entre otros beneficios. Ya en 1923 existían en el país 338 sociedades mutuales con 98.237 socios La importancia y desarrollo de estas sociedades de socorro mutuo fueron finalmente desplazados por la creciente expansión de los sistemas de salud estatales. La Ley 4.054 de Seguro Obrero comenzó a proteger a los obreros contra la invalidez, vejez y muerte con aportes tanto del salario obrero, del empleador y del Estado.

753 Presentado ante el Congreso por el senador doctor Exequiel González Cortés.

754 Los trabajadores que no pertenecían al sector obrero comenzaron a demandar los beneficios de la seguridad social, creándose finalmente organizaciones para diferentes empleadores llamadas las Cajas de Previsión. Así, entre 1924 y 1936 surgieron 41 instituciones de previsión social.

curativa, se avanza paulatinamente y casi por etapas, a la previsión, atención y control de los asegurados, sin desmerecer la importancia del entorno y medio ambiente. Además, se promulgó la Ley N° 4.055, de Accidentes del Trabajo y en 1927, dicho ministerio pasó a ser el Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.[755, 756]

La Ley N° 4.054 de Seguro Obrero del año 1924 tenía alto contenido médico social y fue la base de la legislación previsional posterior. Esta ley estableció la Caja Central y una red de Cajas Locales encargadas de administrar el seguro médico, financiado tanto por el Estado, el empleador y el trabajador. Tuvieron la facultad de crear sanatorios, dispensarios y hospitales para atender a los asegurados. La Caja del Seguro Obrero por su parte, gestionaba una red de servicios médicos que en 1926 administraba 110 policlínicos con 124 médicos. Disponía de la atención en maternidad, medicina pediátrica, farmacia, odontología, entre otros servicios y muy importantemente, el Departamento de Beneficencia y Prevención de Enfermedades sistematizó el trabajo de las visitadoras sociales que concurrían a los hogares de los enfermos para examinar las condiciones "morales y materiales" de las familias y así implementar tratamientos adecuados. En otras palabras, ya en la década del 20 se estaba institucionalizando el concepto de asistencia integral y multidisciplinaria de los pacientes permitiendo la incipiente maduración de un sistema de atención primaria de salud.

El concepto de seguridad social favoreció la unificación de los servicios de salud, pero el sistema igual estaba segmentado, puesto que convivían el sistema de Cajas y la Dirección General de Beneficencia. Sin embargo, este sistema permitió atender al 20% de la población[757] (a través de las antiguas mutuales de Socorros Mutuos solo se atendía al 2%).[758] Chile terminaba la década del 20 con altas expectativas respecto de su desarrollo material y con un progresivo crecimiento en el servicio médico básico y ambulatorio que conducirían eventualmente a una acción política destinada a la lucha contra la tuberculosis, la sífilis, la salud materno infantil y las mejoras en infraestructura pública que hicieron uso de la organización general de los dispensarios y consultorios del país.

---

755 Finalmente, a través del DFL N° 2.101 de 1927 y la Ley N° 5.115 de abril de 1932 se terminó con la autonomía de las Juntas de Beneficencia en favor de una acción directa del Estado, y se consolidó el Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.

756 Sin embargo, por la variedad de las funciones que desempeñaba y que, año a año, iba en aumento, este Ministerio sufrió múltiples reorganizaciones. Se pusieron bajo la dependencia de este Departamento de Estado, la Caja de Empleados Públicos y Periodistas, el Instituto Bacteriológico de Chile, la Dirección General de Hidráulica, la Dirección General de Alcantarillado y otras que no le pertenecían. Esta diversidad de funciones y de servicios dificultaron el trabajo y dieron margen a confusiones. Así, por ejemplo, se traspasó al Ministerio del Interior, el año 1929, los Servicios de Agua Potable y Alcantarillado entre otras dependencias

757 No todos los obreros estaban afiliados a las Cajas ni tenían el seguro

758 López Campillay, M. ¿Salud para todos? La Atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018.

Carlos Ibáñez del Campo saludaba el año 1931 con total optimismo: "*Es muy halagador para mí que las circunstancias ocasionales por las que atraviesa el mundo entero hayan sido atenuadas en Chile merced de una severa política de economías*".[759] No parecía prever que, a los pocos meses, Chile sería golpeado por una crisis económica sin precedentes.[760] El país vería sus salitreras, principal fuente de riqueza del país, comenzar a cerrar y decenas de miles de obreros calicheros y sus familias quedarían abandonados a su suerte. La capital, que para entonces contaba con una población de cerca de 700.000 habitantes, pronto se vio rebasada en su capacidad a medida que llegaban los obreros del norte. Se instalaron en los arrabales, las periferias, incluso en las cuevas del Cerro Blanco, vagando y mendigando por las calles de Santiago. Las condiciones de hacinamiento y pobreza favorecieron la aparición de un nuevo brote de tifus exantemático, propagado por los piojos del cuerpo que florecían en las pésimas condiciones higiénicas de la época. Santiago, Valparaíso, el Ñuble, Concepción y otras ciudades dieron cuenta de al menos 30.000 contagiados solo en los años 1933 y 1934. Fue necesario reabrir lazaretos, cerrar colegios, fábricas y teatros, prohibir actos que favorecieran grandes aglomeraciones e implementar restricciones de aforo en el transporte público. Las iglesias suspendieron sus actividades por ocho días, a fin de sanitizarlas. También se estableció un cordón sanitario en los accesos al puente Maipo y otros puntos de entrada a la ciudad. La Dirección General de Sanidad tuvo que recurrir a carabineros y al ejército en las labores de contención de la enfermedad. Se llevaba a los vagabundos a las "Casas de limpieza"[761] donde se les aseaba, afeitaba, se desinfectaban ropas y sitios con soluciones insecticidas. Además, se habilitó un sitio prestado por el Arzobispado de Santiago y un pabellón especial del Hospital Barros Luco, para disponer de 150 camas. Estas tuvieron que ser incrementadas a 270 hacia fines de 1934.

Para intentar hacer frente a la crisis sanitaria, se estableció un nuevo Código Sanitario (1931) que enfatizó acciones de higiene ambiental organizando administrativamente el Servicio Nacional de Salubridad[762] al dividir el país en Zonas y Juntas Comunales para alcanzar a una mayor población. Debía además facilitar la cooperación entre servicios fiscales y particulares relacionadas con la higiene pública y en especial fomentar la medicina y atención preventiva. Profundizando aún más las acciones sanitarias se fundó el

759 La Tercera, 22 de abril del 2020, "1931: la Crisis económica que desbancó un presidente y llevó una epidemia a Santiago"

760 El World Economic Survey 1923-1933 de la Liga de las Naciones señaló que Chile fue el país más golpeado por la recesión.

761 Existían en Santiago tres Casas de Limpieza ubicadas en la calle Santa María N°215, Av. Independencia N° 815 y en Marcoleta con Portugal, en el Regimiento de Cazadores.

762 Dependiente del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. Este ministerio había adquirido rango legal por medio de la Ley 5.802 del 20 de febrero de 1936 que conservó el tema previsional que tenía desde su origen en 1924, por lo cual dependían del ministerio las cajas de previsión de obreros y empleados, vinculadas a través de un Departamento de Previsión Social.

Instituto Bacteriológico[763] (en reemplazo del Instituto de Higiene que había sido cerrado unos pocos años antes) y se creó el Ministerio de Salubridad Pública (1932). Una Ley Orgánica creaba la Junta Central de Beneficencia, que dirigía, de manera centralizada a todos los establecimientos hospitalarios del país. De manera paralela, se había comenzado con la inoculación de la BCG en un esfuerzo de contener los estragos causados por la tuberculosis (se estimó que 55 personas morían al día por esta causa).

La propagación del tifus exantemático fue relativamente contenida recién hacia fines de 1934. Sin embargo, las cifras generales de mortalidad o enfermedad no mejoraban pese a los esfuerzos sanitarios, legislativos e institucionales. La tasa de mortandad bordeaba los 34 por mil[764] y se mantenían los índices de expectativa de vida registrados desde la década del 20, que alcanzaban apenas los 30,5 años.[765] (A modo de referencia, en Bolivia, a fines del siglo XIX, la expectativa de vida era de 31,6, en Colombia de 32 y Venezuela de 31,3).[766] Aún en 1945 los indicadores eran alarmantes: en Chile la mortandad era de 19,1 por mil, mientras que países vecinos presentaban índices considerablemente mejores: Bolivia 12,8; Paraguay 9,3; Argentina 9,4; Perú 11,9 y México 16,3 por mil. Como las ciudades concentraban los mayores problemas de hacinamiento y precariedad, estas tasas eran aún peores que entre la población rural. Por ejemplo, la mortalidad en Concepción y Santiago superaba el 35 por mil. Al segmentar la población, se observaba que, entre niños menores de 10 años, su indicador de mortalidad era de 300 por mil, más del doble de los que registraban países como Dinamarca, Francia y Gran Bretaña.[767, 768] El panorama era desolador. Las estadísticas de sanidad y de la Caja del Seguro estimaban que el 20% de la población sufría de sífilis. De manera alarmante, se había registrado 13.000 casos de epidemias infecciosas y parasitarias en los últimos 3 meses de 1936.[769]

La asistencia médica seguía enfocada en tratar la enfermedad del individuo, sin abordar las causas de los problemas centrados en las dificultades sociales que afectaban al país. Pero hacia finales de la década del 30 comienza a verse esfuerzos en varias dimensiones: atención integral a las familias (con énfasis en la creación del Servicio Madre y Niño de

763 Ley N° 4.457.

764 Memoria Chilena, Anuario Estadístico de la República de Chile en los países europeos. La tasa de mortalidad bordeaba el 20 por mil.

765 La expectativa de vida de los chilenos comenzando el siglo XX era de 28 años mientras que en Europa, esta alcanzaba los 45,4.

766 Anales Chilenos de Historia de la Medicina Vol. 17; N°2, noviembre 2007. La Salud Pública en la Historia de Chile. Pablo Camus G.; Felipe Zúñiga H.

767 llanes O., M. Angélica; .En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia -- ": historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973 : hacia una historia social del Siglo XX. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Protege Red de Protección Social, Gobierno de Chile, 1993.

768 No se tienen los registros de niños menores de dos años, mientras que en Europa los registros eran de 150 a 200 por mil.

769 Con una población en el país de 4.500.000 habitantes.

1936), aumento del acceso a la salud para la mayor cantidad de personas y la introducción de las sulfonamidas[770] para tratar enfermedades infecciosas.[771]

El Servicio Nacional de Salubridad (conforme al Código Sanitario de 1931) impulsó entonces la creación de centros de asistencia y prevención de madre y niño. Se estableció además un Consultorio para Broncopulmonares en Santiago, que atendía a los que padecían de tuberculosis, enfermedad que lideraba los índices de mortandad. Hacia 1934 la atención médica, tanto curativa como preventiva se extiende hacia los más de 2 millones de campesinos del país y se establecen los Centros de Medicina Rural para atender de forma integral a todos los miembros de la familia. Atendían un médico, una matrona, una enfermera y un auxiliar, en coordinación con las municipalidades y la Beneficencia. En 1938 ya se contaban 164 estaciones médico-rurales y 365 postas diseminadas por todo el país, ubicados en los centros de mayor densidad poblacional.[772] Paralelamente, el ministro Eduardo Cruz Coke decidió impulsar una política de alimentación[773] e instauró el Consejo Nacional de Alimentación,[774] que buscaba el "mejoramiento de la alimentación de los habitantes del país, como una de las bases de la mejoría de la salubridad nacional, (lo cual) exige una acción conjunta de diversos organismos del Estado y de importantes actividades privadas".[775]

La Ley de Medicina Preventiva

Finalmente, el 7 de julio de 1937 el presidente Alessandri y el ministro Eduardo Cruz-Coke enviaron al Congreso el proyecto de Ley de Medicina Preventiva cuyo propósito era sorprender a las enfermedades en su estado preclínico. Para su formulación, Cruz-Coke realizó encuestas entre obreros de fábricas. Los resultados arrojaron un panorama desolador: el número de enfermos era considerablemente superior a lo realmente reportado, dado que una cantidad importante de trabajadores (entre un 25 a 30% de ellos)[776] o bien

770 Las sulfonamidas son sustancias químicas sintéticas. Estos fueron los primeros medicamentos eficaces empleados para el tratamiento sistémico de infecciones bacterianas en el ser humano.

771 Salomón, C.; en: Organización y Funcionamiento de las Unidades Sanitarias, Imprenta Universitaria, Santiago de Chile.

772 López Campillay, M. ¿Salud para todos? La Atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018.

773 La deficiente alimentación de los chilenos consistía esencialmente del trigo.

774 Adicionalmente, comienza la pasteurización obligatoria de la leche, que se convirtió en el alimento esencial de los niños del país.

775 Huneeus, C.; Lanas, M. P.; Ciencia política e historia. Eduardo Cruz-Coke y el estado de bienestar en chile, 1937-1938, Historia (Santiago) v.35 Santiago, 2002.

776 Huneeus, C.; Lanas, M. P.; Ciencia política e historia. Eduardo Cruz-Coke y el estado de bienestar en chile, 1937-1938, Historia (Santiago) v.35 Santiago, 2002 en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-71942002003500007#51

ignoraba su mal estado de salud (por ejemplo, padecían de tuberculosis sin saberlo) o, estaban conscientes de sus males, pero tenían que continuar trabajando. Esto tenía graves consecuencias, pues no solo constituían un foco de contagio a familiares y compañeros de trabajo, sino que también el conocimiento tardío de la enfermedad significaba un tratamiento muy caro para las cajas de previsión con la consecuente reducción de la posibilidad de recuperación. Un examen preventivo permitía diagnosticar y tratar la enfermedad oportunamente.

El proyecto de ley establecía que todas las instituciones de previsión existentes, dependientes del Ministerio de Salubridad. Previsión y Asistencia Social, debían establecer servicios de medicina preventiva para la "vigilancia del estado de salud de sus imponentes", con el objeto de prevenir el desarrollo de enfermedades, principalmente tuberculosis, sífilis y enfermedades cardíacas. Así, la Ley de Medicina Preventiva obligaba al examen sistemático de salud y concedía a los afectados reposo con goce de sueldo por parte de las Cajas de Previsión y conservación del cargo y que las comisiones médicas de servicio preventivo de las distintas Cajas estarían coordinadas con el Servicio de Medicina del Trabajo de la Dirección General de Sanidad, "para llegar a determinar, en lo posible, la orientación profesional más adecuada a cada ciudadano en relación con sus aptitudes y capacidad".[777] Estableció tres innovaciones (cuya aplicación no fue total) que contemplaba: fundamento de medicina dirigida, examen de salud, obligatorio y gratuito, elementos para la lucha epidemiológica contra la tuberculosis y la sífilis.[778]

Así, los paradigmas que regían las formas de abordar la salud de la población cambiaban completamente: el objeto dejaba de ser el enfermo o el desvalido. Se reconocía, en la Ley de Medicina Preventiva, el fracaso de los intentos de disminución de la morbilidad general, especialmente con relación a la tuberculosis y sífilis, porque se había priorizado la atención al enfermo. Ahora, el objeto de la medicina preventiva era el ciudadano propiamente tal, en plena capacidad y derecho y las acciones debían centrarse en evitar que aquellas enfermedades fuesen contraídas en primera instancia. Después de mucha controversia, el proyecto de Medicina Preventiva fue aprobado y convertido en Ley de la República el 9 de febrero de 1938, la Ley N° 6.174.[779, 780] La Ley de Medicina Preventiva y las acciones destinadas a mejorar la salud integral de la población "*Toma, por fin, en*

---

[777] Boletín de Sesiones del Congreso. Diputados. Santiago, julio 7. 1937

[778] Adicionalmente la ley de medicina preventiva amplió el Servicio de la Madre y el Niño, de manera de atender no solo a las madres aseguradas, sino que a las esposas y niños de los asegurados de la Caja del Seguro Obrero. Además, se contemplaba la implementación y organización de un Servicio Médico Preventivo del Trabajo.

[779] Boletín de Leyes y Decretos. Ley de Medicina Preventiva N° 6.174. Santiago, 1938, p. 302.

[780] En 1938 la Ley 6.174 establece los principios de la medicina preventiva, al plantear la realización de exámenes sistemáticos de salud a los trabajadores.

cuenta el hecho de que la máquina que hay que reparar en nuestro país, con más urgencia que otras, es el hombre, pero no cualquier hombre, sino nuestro trabajador, todavía sano, todavía recuperable de una afección que recién empieza y cuya salud es el principal elemento positivo de riqueza de que podemos disponer."(Cruz Coke, 1938).[781]

Este mismo año se aprobó también la Ley N° 6.236 de Madre y Niño que creaba el Departamento Central de la madre y el Niño del Ministerio de Salubridad. Sus objetivos reafirmaban los objetivos preventivos y de asistencia primaria en su reglamento interno:

a. Organizar en todo el país la protección médico-social a la maternidad, infancia y adolescencia de acuerdo con leyes y reglamentos vigentes.
b. Crear para las madres y sus hijos, de manera sistemática y permanente, las condiciones para el buen desarrollo del embarazo, nacimiento y crianza del niño y su desarrollo físico y mental normal hasta su adolescencia.
c. Investigar la realidad médico asistencial relativa a la maternidad, infancia y adolescencia, y proponer al Gobierno las medidas a tomar al respecto, señalando las normas técnicas y administrativas requeridas.
d. Relacionarlo con los organismos similares de los Ministerios de Justicia y Educación y con las organizaciones extranjeras.

Pocos meses después de promulgada la Ley de Medicina Preventiva, un violento terremoto (Chillán, 1939) dejó nuevamente en evidencia la precariedad sanitaria del país. Se requería de acciones de corto, mediano y largo plazo. El Ministerio de Salubridad, Asistencia y Previsión Social se convirtió en el organismo central en materia sanitaria, centralizando la Beneficencia Pública, la Caja del Seguro Obligatorio (y demás similares) y la Dirección General de Sanidad.

Así, se movilizaron los recursos hacia las Brigadas Sanitarias (dependientes del director de Sanidad) que implementaron varias estrategias de acción. Lo primero fue trasladar a los heridos a ciudades no afectadas por el sismo. Se decretó la creación de las Hosterías Populares con servicios higiénicos para acoger a las personas que dormían en las calles de la capital (entre 5 y 8 mil) con el objeto de contener un nuevo brote epidémico de tifus exantemático. A pesar de los controles epidemiológicos, se desataron nuevos brotes de tuberculosis que registraron un índice de mortalidad en 1940 de 250 por cada 100.000 habitantes.[782, 783]

781 Eduardo Cruz-Coke. Economía Preventiva y Economía Dirigida. Nacimiento. Santiago, 1938.

782 A modo de comparación, el COVID 19 en 2021 presentó índices de 1,1 fallecimientos por cada 100.000 habitantes.

783 En 1941 el Presidente de la República, Don Pedro Aguirre Cerda falleció de tuberculosis.

De manera paralela, se habilitaron los once establecimientos de Baños Públicos con agua tibia que esperaban recibir a la población en Independencia, Marcoleta. Santa Elena, Avda. Exposición, Arturo Prat. San Pablo, Almirante Barroso y otros. Adicionalmente, se vacunó contra fiebre tifoidea a más de 200.000 personas, siendo esta *"la más extensa vacunación de que haya recuerdo en la historia sanitaria del orbe entre la población civil"*.[784] En efecto, el terremoto del 39 marcó el inicio de las grandes campañas de ayuda solidaria y ayudó al fortalecimiento del rol estatal a nivel del desarrollo, organización y coordinación de políticas sociales. Así, se reafirmó que el Estado debía resolver las causas principales de los males de las personas como el mejoramiento de la infraestructura sanitaria pública, terminar con las habitaciones insalubres, mejorar la alimentación y vestuario, apoyar en la corrección de los malos hábitos y generar una renovada adhesión hacia la atención de salud.

En este contexto, se acordó el urgente y necesario mejoramiento de agua potable en Santiago: cloración y desinfección de aguas, registro y planos de las casas y edificios y sus conexiones a la red de alcantarillado y obligación de aseo regular en las redes. Con el foco en la prevención de enfermedades, se comenzó a invertir significativamente en obras de saneamiento urbano e higiene pública en diversos puntos del país. A 1945 se estaban terminando las obras en el sector norte de la capital, en Puente Alto, y en sectores rurales como Calera y San Vicente de Tagua Tagua. Adicionalmente, se habían instalado letrinas higiénicas a lo largo del ferrocarril a Puente Alto y desde La Cisterna a San Bernardo, para proceder a limpiar los canales de riego derivados del Maipo.[785]

Las Unidades Sanitarias

Recién a partir de la década del 40 se empieza a notar una leve disminución en la mortandad infantil del país,[786] en particular entre los niños menores de 10 años. Ciertamente la introducción de las sulfadrogas contribuyó de manera crucial a este descenso junto con el accionar del Servicio de Madre y Niño y la Caja de Seguro Obrero, que daba atención

784 Schonhaut, L.: Terremotos, solidaridad y movilización Nacional. Revista Chilena de Pediatría Vol 84 N°1 Santiago, febrero 2013

785 Salomón, C.; Organización y Funcionamiento de las Unidades Sanitarias, Imprenta Universitaria, Santiago de Chile.

786 La mortandad infantil era responsable del 30% de las muertes totales del país. A partir de 1940 se registra un descenso importante, el cual continúa en forma paulatina durante los 25 años siguientes. Sin embargo, en dicho período, las tasas se mantienen sobre 100 por mil. Memoria chilena y en Organización y Funcionamiento de las Unidades Sanitarias, Imprenta Universitaria, Santiago de Chile, de Salomón, C.; en Organización y Funcionamiento de las Unidades Sanitarias, Imprenta Universitaria, Santiago de Chile.

eficiente a un tercio de la población.[787] En particular, surgirán una serie de iniciativas orientadas a los servicios médicos preventivos y asistenciales, como las Unidades Sanitarias del Servicio Nacional de Salubridad.[788] Creadas en 1942, consolidaron los servicios preventivos al fusionar diversos servicios administrativos públicos. Bajo la dirección de un médico jefe, su objetivo era mejorar la salud y el bienestar de la población de una región determinada,[789] coordinando todas las acciones de higiene y protección social relacionadas con la salud pública. Se dirigían al núcleo familiar más que al individuo aislado y este trabajo redundó en formar los cimientos de la APS moderna al favorecer la descentralización y la acción interdisciplinaria e integral de los facultativos en conjunto de la comunidad. Se habilitaron Unidades Sanitarias en Quinta Normal (Santiago), Antofagasta, Valparaíso, y Temuco que fueron administradas con total autonomía por profesionales y técnicos sanitarios. La estrategia favoreció el desarrollo de la salud rural al inaugurarse la Unidad Sanitaria de Aconcagua en San Felipe, que incluyó la participación comunitaria al extender el programa promoviendo el cultivo de huertos familiares, crianza de animales, preparación de alimentos, etc.

En efecto, la década del 40 se caracterizará por encausar los esfuerzos y generar una serie de programas e iniciativas orientados a atender a la comunidad de manera primarista y preventiva. Además de las Unidades Sanitarias, se creó PROTINFA - la Dirección General de la Protección de la Infancia y Adolescencia que agrupaba todas las instituciones dedicadas al resguardo de la salud de niños y adolescentes. Adicionalmente, se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados SERMENA[790] destinado a prestar servicios preventivos a los afiliados a la Caja de Previsión de Empleados Públicos y Caja de Empleados Particulares que padecieran de tuberculosis, enfermedades venéreas, cáncer y patologías cardiovasculares.

En este contexto, en 1944, el Dr. Alejandro del Río[791] señaló la importancia de orientar la actividad médica hacia la "prevención" y destacó el éxito mostrado en establecimientos

---

787 Ibid.

788 Ley de Emergencia N°7.200, 1942.

789 Romero Nacianceno, "Unidades Sanitarias de Chile" en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, julio, 1952, citado en López Campillay, M. ¿Salud para todos? La Atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018.

790 Mediante el DFL 32/1552. El Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) de Chile, que funcionó entre 1942 y 1979 y que atendía las prestaciones de asistencia médica y dental de los empleados públicos y privados bajo la modalidad de un sistema administrativo o de libre elección (bonos), a diferencia del SNS que atendía los obreros y el resto de la población del país.

791 Junto a otros colaboradores publicaron "Bases para el Reglamento Interno de los Hospitales del País" (de Alejandro del Río, Laval, Schwarzenberg, Torres y Covarrubias que señalaba que "el primer grupo (de establecimientos de asistencia social) de finalidad predominantemente preventiva, sería formado por los centros de salud... concepto que se confirma últimamente en "Organización del Trabajo Hospitalario",Revista de Asistencia Social, T. XIII, N.» 1-2: 1944 De Dr. I. González Ginouvés)

como las Unidades Sanitarias del país y los hospitales regionales de Valdivia, Talca, Concepción o en el Hospital San Borja[792] en la realización de exámenes de salud como medio de acción preventiva. Los exámenes para la tuberculosis arrojaron que un 6,5% de los examinados estaban infectados (aunque aparentemente sanos), índices que contribuyeron a reorientar la lucha contra la tuberculosis[793] desde el criterio exclusivamente curativo e individual hacia un criterio epidemiológico y social, creando camas sanatoriales y dispensarios de diagnóstico y tratamiento ambulatorio de enfermos.[794] Sin embargo, también se evidenció un problema estructural con relación a la infraestructura sanitaria del país. A pesar de los programas e iniciativas para resolver casos ambulatorios (de resolución primaria) se constataban ineficiencias como la sobreutilización de las camas de hospital, la prolongación de estadías y la realización o repetición innecesaria de exámenes. Estos problemas, (que incluso persisten hasta el día de hoy) disminuían la capacidad de atención y encarecían los servicios. Adicionalmente, se acusaba una falta persistente de personal[795] (tanto de médicos como enfermeras y técnicos) dedicados a la labor sanitaria asistencial y preventivo que acentuaban las deficiencias en la atención primaria.

Desde la promulgación de la Ley de Medicina Preventiva hasta la creación de las Unidades Sanitarias, el país fue capaz de estructurar una serie de acciones que, a pesar de las condiciones sociales del país agravadas por la crisis del 30 y el desplome de la industria salitrera, pudo redundar en un modelo de seguridad social organizando la medicina preventiva y curativa a gran escala. Si bien el sistema médico del país estaba atomizado, distribuido en una serie de agentes públicos y privados y con duplicidad de funciones, se comenzaron a formular estrategias para centralizar y ordenar las estructuras sanitarias del país. Así, comenzó a extenderse un servicio médico básico y preventivo a nivel nacional que fueron las bases no solo para la creación del Servicio Nacional de Salud, sino que de una serie de avances sociales entre las décadas de 1960 y 1970.

citado en Organización y Funcionamiento de las Unidades Sanitarias, Imprenta Universitaria, Santiago de Chile, de Salomón, C.

792 Hospital San Borja, la Segunda Sección, destinada a atenciones ambulatorias.

793 Un trabajo publicado en el Boletín Médico social N° 138-139 de Alfredo Leonardo Bravo titulado "Orientación de la Campaña contra la Tuberculosis" señala que en Estados Unidos y en contexto de la Segunda Guerra Mundial, la tuberculosis sacrificó a 0,75% de su población, mientras que, en Chile, durante los mismos años, fue del doble (1,5%).

794 Salomón, C.; Organización y Funcionamiento de las Unidades Sanitarias, Imprenta Universitaria, Santiago de Chile.

795 Ya en 1945 se destacan los bajos salarios del personal dedicado a la asistencia sanitaria social y preventiva, en comparación con aquellos médicos especializados que atienden de manera individual. (Organización y Funcionamiento de las Unidades Sanitarias, Imprenta Universitaria, Santiago de Chile, de Salomón, C.

El Servicio Nacional de Salud y los Consultorios Externos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, redactada en el contexto de postguerra, concedió a la salud un sitial preponderante entre los derechos sociales, culturales y económicos esenciales de cada persona. Se consolida globalmente la concepción del "Estado Benefactor" y en Chile, el senador Salvador Allende y el ministro de salud Jorge Mardones impulsan la creación del Servicio Nacional de Salud SNS en 1952.[796] Este integró las funciones de financiamiento y provisión de los servicios de salud como las actividades de los organismos de la Beneficencia, la Caja del Seguro Obrero, la Dirección General de Protección de la Infancia y Adolescencia (PROTINFA), el Servicio Médico de Municipalidades, la Sección de Accidentes del Trabajo del Ministerio del Trabajo y el Instituto Bacteriológico. En 1958 se fundaron las Mutuales de Seguridad, instituciones destinadas a proteger a los trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo.[797]

Adicionalmente, se elaboraron programas de protección a la familia en un intento de abarcar a la sociedad chilena, cada vez mayor y más compleja.[798] Se logró restringir la atomización institucional que había caracterizado la salud pública al aglutinar cerca de 15 instituciones. El SNS se comprometía así a dar atención médica a 5 millones de habitantes (en 86,8% del total de camas hospitalarias) para lo cual contaba con 3.000 médicos, 157 hospitales, 300 postas de primeros auxilios y 30.000 funcionarios Así, el SNS y SERMENA se convirtieron en los pilares fundamentales de la medicina social chilena y la salud pública quedó bajo el alero del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social.[799] En las palabras de Salvador Allende, el Servicio Nacional de Salud Pública se haría cargo de "*la atención de carácter preventivo y curativo a los tres millones de chilenos que, por imperativo de la ley. van a recibir atención médica (y) permite, también, la realización de un plan de tipo nacional, con una visión central, jerarquizando la importancia de los problemas de nuestra patología social*".[800]

---

796 Mediante la Ley N° 10.383. Conjuntamente, se creó el Servicio de Seguridad Social.

797 Diez años después, en 1968, la Ley 16.744 consolidó las Mutuales de Seguridad, a las que permitió captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo.

798 La población de Chile en ese entonces era de unos 6 millones de habitantes. Además, había una tasa de natalidad muy alta, en línea con el "boom" de nacimientos de la postguerra a nivel mundial: el boletín del INE detalla que en 1940 nacieron 192.186 personas, mientras que en 1957 se registraron 271.905 nacimientos.

799 DFL No 25, 1953

800 Discurso Allende con relación al proyecto de ley de reforma del sistema previsional chileno citado en: Illanes O., M. Angélica; .En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia -- ": historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973 : hacia una historia social del Siglo XX. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Protege Red de Protección Social, Gobierno de Chile,1993 p. 1.522

Chile ostentaba un nuevo y moderno sistema de salud[801] con redes extendidas por todo el territorio,[802] que sería modelo para futuros sistemas de salud de Latinoamérica como Cuba. Este hito coincide, además, con la introducción de la penicilina en Chile.[803] El revolucionario medicamento salvaba vidas en todo el mundo desde la Segunda Guerra Mundial y tanto las sulfas como la penicilina parecían prometer mejoras en los índices de mortandad causados por los llamados "males sociales" (sífilis, tuberculosis y tifus). Sin embargo, todos estos avances aún no podían hacer frente a la precariedad social del país marcado por las malas condiciones de higiene y la ausencia de infraestructura pública básica como agua potable o alcantarillado. En efecto, en 1952 casi el 30% de la población de Santiago vivía en conventillos sin alcantarillado y con acceso limitado a agua potable. Incluso a 1959, el 52% de la población del país (20% urbana y 80% rural) no tenía agua potable. El ambicioso proyecto de salud para el país arriesgaba derrumbarse bajo el peso de las paupérrimas condiciones económicas del país y las ineficacias en su gestión. Ya en 1954, el Servicio Nacional de Salud adeudaba 1500 millones de pesos a diferentes entidades comerciales del país, quienes suspendieron las entregas de alimentos, equipos, medicinas y otros insumos. Ante la urgencia, el Ministerio de Hacienda entregó al Ministro de Salud 150 millones de pesos para cancelar las deudas más inmediatas mientras se resolvían los problemas debido al agotamiento de medicinas. Este asunto relevó las deficiencias en la administración misma del SNS, pero a la vez, evidenció un aparente desequilibrio y tensión entre la medicina preventiva y la medicina asistencial (hospitalaria). Parecía que la asistencia y el trabajo hospitalario y, por ende, los enfermos, estaban siendo postergados. Se acusaba que los recursos eran asignados de manera preferente a acciones como la vacunación, la higiene ambiental (alcantarillado, agua potable, etc.) y otros en desmedro de los hospitales. Debía abordarse el problema de la salud en Chile bajo un nuevo prisma. Las dinámicas demográficas, los avances en la ciencia o en la urbanización parecían requerir nuevas formas de abordar la creciente demanda de salud de los chilenos. En este nuevo escenario, parecía necesario no distinguir la medicina preventiva de la curativa, sino que, en cambio, reforzar la atención ambulatoria en los consultorios externos. En efecto, había consenso que la notoria baja en la mortandad infantil entre los años 1917 y 1955 (de un 53,1%) se debía, en parte, a la progresiva consolidación de la atención ambulatoria de estos consultorios

801 Basado en el modelo británico.

802 Aunque aún existían sectores importantes de la población que quedaban marginados de cualquier tipo de atención médica.

803 Cuatro países (Yugoslavia, India, Pakistan y Chile) fueron favorecidos por las Naciones Unidas para establecer planes bipartitos y recibir las asesorías de los grandes productores: en los terrenos del Instituto Bacteriológico, hoy Instituto de Salud Pública se construyó una planta productora de penicilina que funcionó en forma ininterrumpida entre 1954 y 1973. Ledermann, W.; La historia de la penicilina y de su fabricación en Chile, Revista Chilena de Infectología 2006; 23 (2): 172-173.

externos (a través de las antiguas Unidades Sanitarias o centros de atención rural, entre otros). A partir de 1957 se empezaron a adoptar programas educacionales para la salud orientadas al hogar, la familia y la comunidad con el objeto de propiciar las relaciones de la población con la medicina a través de la consulta periódica y continua desde el nacimiento de la persona. Al reorientar la salud pública de esta manera, se abrían los caminos para que la atención externa y primaria de los consultorios aliviara la presión y demanda hospitalaria, de alto costo y limitada capacidad. Así, el Consultorio Externo se convertía en "*el organismo fundamental de todas las acciones del Hospital: debe constituir una unidad con el establecimiento en cuanto a sus funciones y estará a cargo de un jefe técnico.*"[804] Hacia fines de la década del 60, los consultorios externos proporcionaban el 87% de las atenciones médicas.[805] Adicionalmente, estos esfuerzos se asociaron a otras acciones primaristas como la Asignación Familiar Prenatal (1957) y la fundación de la "Junta Nacional de Auxilio Escolar" JUANE, que daban servicios de auxilio escolar a los estudiantes de la educación primaria del país.

Durante el invierno del año 1957 un brote de influenza A/H2H2 llegó al país a través de un barco estadounidense. Chile registró una de las peores cifras de mortandad del mundo: 10 veces peor que la pandemia de influenza del año 2009. De hecho, se estima que la mortandad fue en efecto mucho mayor a lo registrado originalmente y varias órdenes de magnitud mayor que en los países más desarrollados.[806] Sobre 20.000 personas fallecieron en pocos meses por causas directas de la influenza (en especial niños y ancianos) de una población que apenas alcanzaba los 6 millones de habitantes.[807] No había recursos para elaborar vacunas, pero se establecieron medidas como la suspensión de clases de Educación Física en los colegios o la prohibición de actos que favorecieran la aglomeración de personas (con especial atención en los adultos mayores, los enfermos crónicos y los trabajadores de la salud). Recién hacia el año 1959 se pudo empezar a registrar una mejoría respecto de la influenza, pero, la población infantil sería nuevamente golpeada por un brote de sarampión comenzando la década del 60.[808] Las enfermedades

---

804 Valenzuela, G. y otros. Atención médica en el S.N.S. La política _\ sus realizaciones". Boletín S..\.S,. 1956. Vol. I. .\"2.p.234 citado en: Illanes O., M. Angélica; En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia -- ": historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973 : hacia una historia social del Siglo XX. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Protege Red de Protección Social, Gobierno de Chile,1993.

805 Valdivieso, R., Jurisic, B.; El Sistema Nacional de Salud en Chile.

806 Severe mortality impact of the 1957 influenza pandemic in Chile, Chowell, G; Miller, M.; Viboud, C.; Fuentes, R; Simonse, L.; Flores, J. Influenza and other respiratory viruses, November 2016.

807 A un año y medio de declarada la Pandemia por COVID 19 se registraban 37.000 muertes en una población tres veces mayor.

808 Las tasas de morbilidad y mortalidad se mantuvieron relativamente estables durante la década del 50 (60/100.000 y 10/100.000, respectivamente). A ello siguió un período de tasas de magnitud creciente: en 1961 la tasa de morbilidad se elevó a 493,2 /100.000 y la mortalidad a 38,9/100.000,

trasmisibles se agravaban en un país que mostraba densos patrones de asentamientos, resultados de la migración urbana: en 1960, el 60% de la población se concentraba en las ciudades.[809] Si bien la tasa de natalidad era prácticamente el doble de nuestros días (aproximadamente de 38,6 por mil), la mortalidad infantil aún se mantenía alta, de 125 por 1000 nacidos vivos.[810] El escenario se complicó aún más cuando el país fue golpeado por el peor terremoto jamás registrado en la historia (Valdivia, 1960). Afectó a 13 provincias de la zona central y sur del país y fue seguido por un maremoto de proporciones mayores. El terremoto dejó en evidencia las profunda inequidad económica y cultural de la población en general y el SNS tuvo enormes dificultades para responder ante la miseria en la que quedó gran parte del territorio nacional. Fue necesario estructurar un plan de atención de emergencia y realizar labores sanitarias y de inmunización.

El éxito de las campañas de vacunación comenzó a notarse. En 1963 se notificaron los últimos tres casos de viruela en el país y al año siguiente, comenzó la campaña de vacunación contra el sarampión. Se aplicaron 227.101 dosis, en medio de un ambicioso programa, el "Plan Salud, atención médica y medicina social". La letalidad causada por el sarampión descendió desde 10% a 0,1%, influenciado también por la mejor atención médica, mejor cobertura y registro de casos. La vacunación a los 8 meses se incorporó en el calendario de vacunaciones en 1964,[811] en línea con las políticas de atención integral establecidas tan solo unos años antes. Los avances médicos orientados a mejorar el bienestar de las personas y la medicina social ocuparon un lugar preponderante en el debate político de la época, ligado a las luchas sociales de América Latina.[812]

Iniciativas como la Promulgación de Política Nacional de Regulación de Fertilidad, con el objetivo de controlar los abortos clandestinos y disminuir la mortandad infantil reflejan un espíritu conducente al desarrollo social a través de acciones preventivas y de apoyo al bienestar general familiar. En 1968 se dicta la Ley de Accidentes de Trabajo y

dando cuenta aproximadamente de 3,5% de los decesos del país y 64% de los producidos por enfermedades trasmisibles. En: Sarampión: Antecedentes históricos y situación actual. Fadic, R., Repetto, G.; Rev. chil. pediatría vol.90 no.3 Santiago jun. 2019.

809 De una población de 7.628.000.

810 La mortandad infantil se cifraba en los 112 por mil, muy por debajo de los 263 por mil del año 1900, pero aún muy elevada.

811 En 1990, se implementó un esquema de administración de vacuna tres vírica (sarampión, parotiditis y rubeola). En 1992, se vacunaba a los 12 meses, con revacunación en el primer año básico. En Sarampión: Antecedentes históricos y situación actual. Fadic, R., Repetto, G.; Rev. chil. pediatría vol.90 no. 3 Santiago jun. 2019.

812 Apráez, G.; en: La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz.

Enfermedades Profesionales[813] junto con la Ley de Medicina Curativa.[814] que ofrecía un Sistema de Libre Elección a empleados públicos, privados, activos o jubilados junto a sus familias. El Sistema de Libre Elección consistía en un mecanismo de bonificación estatal de las prestaciones que permitía elegir libremente el médico o la institución en que cada individuo deseaba ser atendido.

Hacia la década del 70 la experiencia chilena contemplaba la regionalización de servicios de salud para garantizar servicios completos en zonas geográficas determinadas. Se desarrollaron centros o consultorios de atención primaria como el de Quinta Normal, con especialidades médicas y otros profesionales fuera del hospital.[815] Se distribuía medio litro de leche diaria a niños, parte de un ambicioso programa (el Plan Nacional de Leche)[816] contra la desnutrición infantil. Se creó la Comisión Nacional de Emergencia de Salud y un sistema único de seguridad social.[817]

En efecto, luego de más de tres décadas de trabajo en el área médica y medicina preventiva y, en conjunto con el progresivo desarrollo de la infraestructura sanitaria pública, se comenzaron a ver los frutos de estos esfuerzos. Las tasas de mortalidad disminuyeron significativamente de 20 por mil en 1945 a 8,9 por mil en 1970. Sin embargo, el costo era cada vez más alto y no tardaron en asomar las críticas desde diferentes flancos. Desde sus inicios el SNS arrastraba un déficit crónico de recursos. La demanda por atención de

---

813 Citado en: Oficina Central de Planificación de la Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende. Plan de salud, atención médica y medicina social- Chile 1964. 2ª edición. Cuadernos Médicos Sociales 2006; Suplemento 1:34.

814 Ley 16.781. Ver: Miranda, E.; Descentralización y privatización del Sistema de Salud Chileno Centro de Estudios Públicos.

815 Adicionalmente, en 1968 se había aprobado la Ley 16.744 de Accidentes y Enfermedades Profesionales y consolidó a las Mutuales de Seguridad, facultándolas a captar fondos, permitiéndoles organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo.

816 Destinado a nutrir diariamente a 1.189.540 personas, entre menores de 2 años, pre-escolares y mujeres embarazadas. Para cubrir esta demanda se requerían más de 6 millones de kilos de leche, el 90% de los cuales provendrían de la producción nacional. Los escolares de todo el país quedarían cubiertos nutritivamente a través del millonario programa de alimentación que se entregaría a través de la Junta Nacional de Auxilio Escolar. Para la sociedad en general, se dictaba un decreto de pasteurización obligatoria de la leche, como condición de su venta al público.

817 Parte de las iniciativas conducentes a acercar la salud a los sectores más remotos del país destaca el "Tren de la Salud" que partió, por primera vez en febrero de 1971 desde la Estación Central con destino a las provincias de Cautín, Malleco y Arauco, internándose en ellas a través de sus ramales ferroviarios. Illanes O., M. Angélica; .En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia -- "Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973 : hacia una historia social del Siglo XX. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Protege Red de Protección Social, Gobierno de Chile,1993. Técnicamente equipado, el tren viajaba durante 35 días con médicos, enfermeras, abogados, sociólogos, constructores civiles y psicólogos, que trabajarían con las comunidades rurales más pobres, tanto para resolver sus problemas de salud, como educación, construcción de viviendas, trabajos sanitarios y otras tareas. Eran dos locomotoras y quince carros que realizaron tres viajes por varios meses entre los años 1971 y 1973.

salud por parte de la población aumentaba y las instalaciones eran inadecuadas, insuficientes e ineficientes: había falta de profesionales y técnicos y gran desabastecimiento de medicinas. Mientras el SNS debía atender al 75% de la demanda en salud, se le destinaba poco más del 40% de los recursos para salud de la nación; cerca del 60% de los mismos recursos se gastaba en los sistemas de medicina privada que solo atendían al 25% de la población.

1973, Dictadura: Descentralización, Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y la APS

Una profunda reestructuración consistente en la desestatización general del país comenzó en 1973, luego del Golpe de Estado. El sistema de salud nacional, heredera del Estado Benefactor que se había gestado durante las últimas décadas fueron reformadas para reducir el gasto público en salud promoviendo el sector privado, la libertad individual y el principio de subsidiariedad que debilitó la presencia estatal en el financiamiento y la conducción del sistema sanitario. En atención a los esfuerzos primaristas y de medicina preventiva de Chile, se reorientaron recursos para privilegiar los programas de APS[818] como la ampliación de un conjunto de redes de postas rurales y el establecimiento de consultorios periféricos extrahospitalarios.[819]

De manera paralela, los planes de expansión de la cobertura de los servicios de atención de salud estuvie ron además acompañados de la implementación de los subsidios habitacionales impuestos luego de 1973 dotando a las personas de una vivienda con agua potable y alcantarillado, disminuyendo los índices de mortandad de forma notable.[820]

Finalmente, en 1979 se reestructuró el sector estatal de salud[821] en su totalidad. El Ministerio de Salud Pública fue reorganizado y se fusionó el SNS con el SERMENA creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979), el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la Central de Abastecimiento (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP), organismos estatales, funcionalmente descentralizados

818 Donoso Infante, Alberto "Atención Primaria en Salud y Educación Médica" en Revista Médica de Chile 1981, 109, 88 y ss. Citado en López Campillay, M. ¿Salud para todos? La Atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018.

819 1975. Si bien se discute que el modelo de APS que se implementó en Chile estuvo lejos a lo enunciado en la conferencia de Alma Ata de 1978, que reclamaba de una participación social y comunitaria de envergadura, orientada a reducir las inequidades sociales, Chile ya contaba con una larga tradición en atención primaria.

820 Sin embargo, eran viviendas muy precarias y pequeñas.

821 Que en esos momentos (1978) disponía de 218 hospitales con 33.118 camas, 142 consultorios, 1080 postas rurales que se regían bajo un presupuesto anual de 422 millones de dólares, equivalente al 3,84% del PIB (39 dólares de gasto fiscal per cápita). López Campillay, M. ¿Salud para todos? La Atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018.

con 24 servicios de salud autónomos, con personería jurídica y patrimonio propio. Se reformó el sistema previsional de pensiones y salud[822] comenzando con la cotización obligatoria del 4% de las remuneraciones para salud. Posteriormente, en 1983, esta cotización aumentó a un 6%.

Aun cuando en la década del 80 ya se había alcanzado a elevar la expectativa de vida a 70 años y la mortandad infantil era de apenas 18 por mil, en 1983 un 23% de la población de Chile no contaba con agua potable, reflejo de la precariedad de un país donde, si bien acciones como el tratamiento de aguas servidas eran parte de la agenda de la APS, no existían avances en la materia y la inversión en desarrollo social se había estancado notablemente.[823] La APS se concebía como la puerta de entrada al sistema de salud o a una red de servicios de distinta complejidad pero presentaba problemas de estructuración y organización. Había, además, una importante carencia de profesionales técnicos, médicos y otros profesionales de la salud. La especialización[824] médica había aumentado considerablemente en desmedro de los médicos generales (a principios de los 80 solo un 7% de los médicos se reconocía como "generalista")[825] y la ausencia de enfermeras y matronas atentaba contra la primacía de la APS como "contacto inicial" con el médico.[826] En este contexto comienza a surgir la idea de la "medicina familiar", aquella "*capaz de evaluar la totalidad de las necesidades de salud del individuo y su familia sin limitaciones de sexo, edad o patología y que integra, en consecuencia, conocimientos de medicina interna, pediatría, obstetricia-ginecología, cirugía menor, traumatología, psiquiatría y salud pública*".[827] En línea con este foco, se puso en práctica un innovador programa de medicina general con énfasis en la familia, con el respaldo de la Facultad de Medicina de

822

823 Una aguda crisis económica afectó a Chile (y el mundo) en la década del 80. Las áreas más sensibles al desarrollo social como la educación o la salud, perdieron gran parte de lo avanzado en las décadas anteriores.

824 Hacia 1980 existían dos programas de medicina general, (rural y urbano) que redundaban en contrataciones por tiempo limitado y como una etapa previa a la postulación de una beca de especialización. Visto de este modo, la medicina general pasaba a ser una fase dentro de una carrera médica y no una auténtica opción de medicina general. En López Campillay, M. ¿Salud para todos? La Atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018.

825 Repetto, Guillermo "El nivel primario de atención en salud. Médicos generales o especialistas básicos? En Revista Médica de Chile, 1980, 108, 551 y ss. Citado en López Campillay, M. ¿Salud para todos? La Atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018.

826 Ver CNP: Eficiencia en Pabellones y priorización de pacientes para cirugía electiva, para los índices. Al 2015, Chile tenía similar proporción de profesio nales de enfermería y médicos por habitante, mientras que esta proporción era 2,8 veces a favor de enfermería en países OCDE.

827 Repetto, Guillermo "El nivel primario de atención en salud. Médicos generales o especialistas básicos? En Revista Médica de Chile, 1980, 108, 551 y ss. Citado en López Campillay, M. ¿Salud para todos? La Atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018.

la Universidad de Chile,[828] en la comuna de La Reina (1982). Esto abrió las puertas para el desarrollo académico de la medicina familiar,[829] junto con una estrategia de modelo de salud familiar en consultorios generales urbanos asociados a universidades. La APS se orientó en propiciar la educación en higiene, establecer un fuerte acento en la medicina preventiva y ofrecer servicios básicos de salud (atención materno infantil, control de enfermedades trasmisibles, sanidad ambiental, etc., estableciendo efectivamente una atención que debía servir de puerta de entrada al sistema de salud general del país.

Dentro de las ideas para aproximar los servicios de salud a las comunidades y familias con mayor eficiencia a menor costo, mejorando el control de la gestión y propiciando la participación social a nivel local fue el traspaso de la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades.[830] Aproximadamente el 70% de los establecimientos de atención primaria del SNSS pasaron a las municipalidades[831] (92% de los consultorios urbanos, 100% de los consultorios y postas rurales y clínicas dentales, y 40% de estaciones médico-rurales) entre los años 1981 y 1988, financiándose directamente desde estos organismos, de algunas ONGs y del Estado. Sin embargo, hay autores que señalan[832] que este proceso tuvo el efecto colateral de convertir al hospital como centro de la actividad médica. En otras palabras, la municipalización de la salud fue el marco legal que potenció el hospitalicentrismo,[833, 834] es decir, la aproximación a la salud consistente en atender al "enfermo", en desmedro de la atención a aquellos procesos sociales que construyen enfermedades. Adicionalmente, una menor cantidad de médicos optó por desarrollar sus carreras en consultorios periféricos o rurales (algo que incluso fue

828 Venturini, Gabriela; Palma Gabriela, Florenzano Ramon, Horwitz Nina, Un programa de medicina general familiar en el nivel primario de atención . Una experiencia de respuesta al cambio. Trabajo presentado en la II Jornada de Salud Pública de 1982 citado en: en López Campillay, M. ¿Salud para todos? La Atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018.

829 El 2003 se inaugura el programa de post título de Médico Familiar en la Universidad Católica, bajo la premisa de formar modelo docente asistencial para la Atención Primaria chilena inspirado en Alma-Ata.

830 Este proceso se basará en la aplicación del DFL 1-3.063.

831 DFL 1-3063, DL 3.477 y DL 3.529.

832 López Campillay, M. ¿Salud para todos? La Atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018.

833 Mediante el hospitalocentrismo se es más sensible al enfermo y se genera un mayor impacto político. Sin embargo, en APS es necesario la mirada amplia, generalista y familiar, destinada a la prevención de enfermedades.

834 Se establecen una serie de normas que regulan el financiamiento de la salud: En 1985 se reorganiza el sector público en modalidades de atención institucional y libre elección. Se elimina la diferencia entre régimen de salud y calidad previsional. Establece el aporte financiero según capacidad económica y el acceso libre e igualitario a acciones de salud. En 1986 la Ley 18.566 permite un 2% de cotización adicional que se puede descontar de impuesto. En 1987 la Ley 18.675 aumenta las bases imponibles para el cálculo de cotización previsional para el sector público. En 1988 se fija la cotización del 7% para pensionados del régimen antiguo.

percibido como "castigo"). En efecto, la Unidad de Estudios del Colegio Médico (UNEDI) concluyó en 1998 que la municipalización de la Atención Primaria imposibilitó en parte el desarrollo de una carrera profesional que permitiera una especialización posterior.[835] Por otra parte, las condiciones laborales y remuneraciones no eran percibidas como atractivas impactando negativamente en la calidad y el alcance de la atención primaria. Adicionalmente, las reformas potenciaron el desarrollo de los seguros privados (y con ello las ISAPRES)[836] y la dictadura militar destinó el 0,9% del presupuesto a salud, lo que significó una rebaja de casi el 3% con la reforma.[837, 838]

Retorno a la Democracia

Según algunos estudios, se constató que el presupuesto en salud había disminuido aproximadamente en un 60,2% entre los años 1974 y 1988[839, 840] (en tanto el PIB creció, entre 1982 y 1989 en un 30%). Se evidenció como consecuencia una reducción de la inversión en infraestructura, afectando al sector hospitalario.[841] En efecto, en 1988, el gasto fiscal en salud fue 2,6 veces menor que en 1973. Adicionalmente, se constató un sinfín de dificultades en el área de la APS, tales como la baja capacidad resolutoria, el

835 Illanes O., M. Angélica; .En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia -- "Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973 : hacia una historia social del Siglo XX. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Protege Red de Protección Social, Gobierno de Chile, 1993.

836 DFL Nº 3.

837 Esta acción finalmente constituyó una de las bases de la inequidad en materia de salud, ya que finalmente un 80% de la población se atiende con el 50% de los recursos y el 20% de los usuarios privados con el 50% restante.

838 Adicionalmente, se dictaron las leyes 18.418 y 18.469 (1986) que crearon el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios, eliminando las diferencias entre obreros y empleados, regulando el ejercicio constitucional de protección de la salud, y el Decreto 11 con la nueva reglamentación sobre notificación de enfermedades de declaración obligatoria. En Medina, E.; Toro, J.: Sinopsis sanitaria chilena. Anales chilenos de la historia de la medicina 2007. en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/05/anales_ano17_vol1_p77.pdf.

839 Sanchez Vega, Jorge, "Inversión en salud: un debate necesario" en Cuadernos Médico Sociales, 1991, xxxii, 3,37 y ss.

840 Los antiguos sistemas de asignación de recursos (FAP y FAPEM) exigían solo la realización de prestaciones sin una contrapartida de resultados, por lo que se incentivó la realización de atenciones de servicios de alto costo y de calidad incierta. Ante el incremento de los costos para el sistema público y la dependencia de los recursos centrales, inevitablemente comenzaron a fijarse límites discrecionales para la entrega de esos recursos, que respondían a criterios inciertos o arbitrarios sin consideraciones de justicia o de eficiencia. Ver: Revisión de las políticas de atención primaria de salud en américa latina y el caribe.

841 Por ejemplo, el porcentaje destinado a la inversión, que en 1974 era del 9,7% fue solo del 3,8% en promedio en el período 1975-1988, alcanzando su nivel más bajo en 1983. BUSS, PM., and LABRA, ME., orgs. Sistemas de saúde: continuidades e mudanças [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 265 p. ISBN 85-271-0290-0.

empobrecimiento del estatus laboral de los trabajadores de la APS,[842] las insuficiencias para acceder al sistema de salud por la inaccesibilidad económica, horaria, de recursos humanos y en especial por cobertura geográfica. En tanto, las APS municipalizadas mostraban una elevada heterogeneidad e inequidad en recursos, según la afluencia de cada municipalidad.

Con el retorno a la democracia se propuso, por lo tanto, fortalecer y extender la APS, sobre todo en lo que se refiere a la financiación, administración y cobertura. Por una parte, el concepto de "Consultorio" fue reemplazado por el del "Centro de Salud Familiar" (CESFAM), con la intención de fomentar el trabajo comunitario. Por otra parte, se estructuró una unidad con autonomía para organizar las propuestas, originando así el Departamento de Atención Primaria en el MINSAL en 1991. En 1992 ingresó al parlamento el Estatuto de Atención Primaria[843] vigente hasta hoy con sucesivas modificaciones, otorgando un modelo de financiamiento per cápita, de acuerdo a la población beneficiaria,el Plan de Salud Familiar para así resolver la inequidad en la distribución de recursos en la transferencia de los fondos centrales y que fijó normas también relativas a concursos, reglas de promoción funcionaria y remuneraciones, para mejorar la situación que enfrentaban los trabajadores tras la municipalización. Además, se fortalecieron los equipos de salud y su capacidad resolutiva mediante la creación de los SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia) que resuelven la demanda de mediana y baja complejidad de emergencia médica fuera de los horarios hábiles, generalmente emplazados adyacentes a un Centro de Salud Urbano, o en un local separado. Se desarrollaron, además, instancias como el programa IRA (Infecciones Respiratorias Agudas). En 1995 se crearon los Consejos de Desarrollo Local para fomentar la participación social.[844] En la década del '90, Chile era solo superado por Cuba y Costa Rica en relación con los índices de salud, un logro notable al considerar que, en 1950, ostentaba uno de los índices más negativos del continente.

Reforma a la Salud

El nuevo milenio encontraba a un país que, durante todo el siglo XX, había logrado superar las enfermedades sociales que tanto habían aquejado al país: enfermedades trasmisibles

842 El proceso de municipalización cambió el estatus laboral del personal de los consultorios, que fue recontratado bajo el código del trabajo, perdiendo su calidad de funcionarios públicos y sus derechos adquiridos. Por eso, en 1989 se constituyó la Coordinadora Nacional de Trabajadores de Atención Primaria de Salud Municipalizada, (actualmente Confusam).

843 Consignado en la Ley 19.378 publicada el 13 de abril de 1995.

844 Para organizar esta nueva institucionalidad, se reformó la salud en Chile y se dictó la Ley 19.937, también conocida como Ley de Autoridad Sanitaria, que introdujo modificaciones al DL 2.763 del año 1979 el que, reorganizó el Ministerio de Salud, creó los Servicios de Salud, el FONASA, el Instituto de Salud Público de Chile (ISP) y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Ver: Revisión de las políticas de atención primaria de salud en américa latina y el caribe.

como el tifus exantemático, la sífilis, la tuberculosis, la viruela, productos de una baja higiene y pobre infraestructura pública eran cosas del pasado. Los cambios epidemiológicos requerían reorientar los esfuerzos hacia la detección de enfermedades crónicas no trasmisibles como la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares o cáncer. Sin embargo, los consultorios no tenían la capacidad resolutiva necesaria. Las largas listas de espera revelaban deficiencias en la oportunidad de atención, generando problemas de trato hacia los usuarios y traduciéndose en una gran demanda por los servicios de urgencia hospitalarios (aproximadamente un 50% de las consultas totales) y, por lo tanto, provocando la derivación excesiva desde el consultorio a los hospitales. Adicionalmente, se advertía una enorme brecha de médicos.

En 2000 el gobierno del Presidente Ricardo Lagos se propuso realizar una profunda y modernizadora reforma del sector Salud. Se incorporaron dos subsecretarías de salud: la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública. Al respecto, la Red Asistencial buscaba dar pie a un nuevo modelo de atención con énfasis en la atención primaria. Así, la APS debía ser una estrategia para encarar los desafíos epidemiológicos del nuevo milenio, fortaleciendo las capacidades de la sociedad para reducir las inequidades en salud, y no solo ser un primer nivel de atención, abordando los determinantes sociales de la mala salud y de la desigualdad.[845] La APS debía constituirse como la base del sistema de salud con un cuerpo médico que pudiera resolver los problemas clínicos de la enfermedad, establecer acciones de promoción y prevención, liderar al equipo de salud y gestionar una acción coordinada con los especialistas de la red. En efecto, el presupuesto aumentó desde un 12% en el 2000 a un 30% en el 2006. Se realizaron acciones como la implementación de la atención telefónica para otorgar horas y se comenzó a realizar rondas rurales en apoyo de la salud rural. Hacia el 2002 se organizó el SUR, Servicio de Urgencia Rural (análogo a los SAPU), para evitar que las urgencias terminaran necesariamente en hospitales.

El año 2006 comienza la cobertura de las Garantías Explícitas (GES).[846] Según algunos autores, el sistema de garantías pudo haber impactado negativamente en el funcionamiento de la APS recargando sus exigencias (que se hace cargo del 80% de las atenciones generadas por dicho plan) sin solucionar los problemas que la afectaban crónicamente. En efecto, se señala que existe una "*discordancia entre los fundamentos y estrategias globales planteados en la reforma chilena, que privilegian el cambio hacia un modelo de atención predominantemente preventivo y promocional, y el énfasis curativo que caracteriza actualmente al Plan AUGE o GES.*"[847] La misma publicación agrega que el año

[845] Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Salud/OMS. 2005

[846] Ver Revisión de las políticas de atención primaria de salud en américa latina y el caribe.

[847] Téllez, A.; Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud.

2003 la atención primaria recibió el 13% del gasto público en salud mientras realizaba el 72% de las atenciones médicas del sistema público.[848, 849] Asimismo, durante el segundo semestre del 2005, la atención primaria atendió 1.299.106 pacientes AUGE, mientras que la atención de especialidades atendió 78.008.[850]

Para abordar las dificultades, el Ministerio de Salud desarrolló el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario. Este modelo contempla equipos de salud familiar y comunitaria "de cabecera", con una cantidad definida de familias a cargo, tecnología y equipamiento y coordinación con la atención de especialidad. Los esfuerzos estaban orientados hacia la prevención, acercando la atención a la población beneficiaria y favoreciendo la participación efectiva de la comunidad de tal forma de alcanzar la resolución ambulatoria e integral para el grueso de los problemas de salud. A pesar del limitado desarrollo de este modelo, el año 2007 se organizó un subsistema de protección integral: "Chile Crece Contigo",[851] un sistema intersectorial con raíces en el robustecimiento de la salud materno infantil y con un propósito de seguimiento a lo largo de la vida a través del apoyo integral a niños, adolescentes y adultos, entregando educación para las familias. Así la APS se constituyó como un elemento articulador de acciones que redundan en la salud integral y en la consolidación de un crecimiento social inclusivo, declarado en 1978 por Alma Ata y ratificado en el 2008 por la OMS a través de la publicación: "*La APS: Más Necesaria que Nunca*".

848 Boletín Estadístico, FONASA 2002 - 2003.

849 Adicionalmente, El año 2002, el Ministerio de Salud definió la razón de un médico con jornada completa (44 horas semana) por cada 3.333 personas, asunto que no se cumplió. Este déficit de personal médico aún no ha sido superado, en efecto, según el Banco Mundial y el MINSAL, de los 29.996 médicos registrados en el Servicio de Impuestos Internos al 31 de diciembre de 2007, solamente el 9% trabajaría en APS, con una cantidad de 101.653 horas médicas por semana, lo que corresponde a 2.310 jornadas médicas completas. Bass del Campo, C.; Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutividad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios?.

850 Balance Año 2005, MINSAL.

851 Articulo 1 de la Ley N° 20.379.

Glosario

Atención biomédica: El modelo de atención biomédico se puede sintetizar como directivo, centrado en la visión médica, dirigido a la adaptación del enfermo a su estado y su entorno y no hace visibles el contexto, el sexo de la persona ni factores socio-culturales y de género.

Cobertura: Se refiere a la proporción de persona que efectivamente tienen acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de vida.

Cólera: El cólera es una enfermedad bacteriana que afecta el tracto intestinal. Lo produce un germen llamado Vibrio cholerae.

Cuadro agudo: Es aquella enfermedad que tiene un inicio y un fin claramente definidos y es de corta duración.

Cuestión Social: La cuestión social es un concepto utilizado para caracterizar los problemas económicos y sociales que vivían los sectores populares en el contexto de la Revolución Industrial.

Determinantes Sociales: Las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana

Diabetes: La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios.

Enfermedades Sociales: Son aquellas enfermedades que afectan a toda una sociedad (más allá de las pandemias microbiológicas), que están relacionadas al acceso de condiciones saludables de vida y los hábitos generales de una sociedad respecto de higiene, alimentación, etc.

Factores de riesgo: Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud.

Lazaretos: Un lazareto es un hospital o edificio similar, más o menos aislado, donde se trataban enfermedades infecciosas durante el siglo XIX y principios del XX.

per cápita basal: Es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar.

Plan Estratégico de Tecnologías de Información: Es el marco orientador para la toma de decisiones institucionales en materia de incorporación de tecnologías de información y comunicación (TIC) a los procesos institucionales.

Tamizaje: El uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas.

Telemedicina: La telemedicina es una forma de prestación de servicios médicos a distancia. Para su implantación se emplean tecnologías de la información y las comunicaciones.

Teletriage: Es un modelo que busca mejorar y acercar la atención de salud de los usuarios de los centros de Atención Primaria de Salud (APS) a través de un sistema digital en línea para el pedido de horas médicas.

Tétanos: El tétanos es una enfermedad seria causada por la bacteria clostridium.

Tifus: El tifus una enfermedad provocada por una bacteria llamada Rickettsia typhi. Se propaga a las personas mediante el contacto con pulgas infectadas.

Triage: Es el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

Tuberculosis: La tuberculosis o TB es causada por una bacteria llamada Mycobacterium tuberculosis. Estas bacterias por lo general atacan a los pulmones, pero también pueden atacar otras partes del cuerpo, como los riñones, la columna vertebral y el cerebro.

Viruela: La viruela es una enfermedad viral contagiosa que puede producir desfiguración y ser mortal, y ha afectado a los seres humanos por miles de años. La viruela por incidencia natural fue erradicada en todo el mundo en 1980, como resultado de una campaña de vacunación a nivel global sin precedentes.

La bibliografía y referencias de este trabajo está disponible en cada vínculo