



LA SALUD QUE SOÑAMOS ES POSIBLE

*Propuesta Programática para una Reforma
Integral del Sistema de Salud*





LA SALUD QUE SOÑAMOS ES POSIBLE

*Propuesta Programática para una Reforma
Integral del Sistema de Salud*

Diciembre 2019

ÍNDICE

	PÁGINA
- PRESENTACIÓN	3
- RESUMEN EJECUTIVO	4
- COORDINACIÓN / EXPOSITORES	5
- INTRODUCCIÓN	6/7
- PROPUESTAS PROGRAMÁTICAS	8
01 Derecho a la salud	8/9
02 Protección social en Chile	10/11
03 Seguridad social en salud	12/13
04 Financiamiento del sistema de salud	14/15
05 Infraestructura sanitaria	16/17
06 Organización de prestadores y redes integradas	18/19
07 Atención primaria en salud	20/21
08 Formación de personal en salud	22
09 Salud digital	22
- BIBLIOGRAFÍA	23/24

Una de las áreas temáticas claves del debate público nacional corresponde al sector salud, cuyas carencias y desafíos están dentro de las preocupaciones más sentidas por la ciudadanía. Por ello, en los espacios institucionales y sociales existe una discusión continua sobre cómo superar los problemas de atención en salud y de financiamiento de los prestadores públicos, cuyas consecuencias son sentidas por millones de usuarios que no pueden acceder a una atención oportuna, y también por miles de funcionarios y funcionarias que ven mermadas sus condiciones laborales.

Desde los sectores sociales vinculados a la salud se ha instalado en la agenda pública la necesidad de desmercantilizar los derechos sociales, incluyendo también materias como educación y pensiones, para devolverlos a la ciudadanía creando una efectiva red de seguridad social bajo control democrático. En esta línea, la propuesta que aquí presentamos pretende cambiar el paradigma desde uno en el cual la salud es un bien de consumo y la calidad de atención se supedita a la capacidad de pago; a uno donde sea concebida como un derecho social fundamental asegurado por el Estado, resguardado en la Constitución y basado en los pilares de solidaridad, universalidad y equidad.

En este sentido, la propuesta de creación de un Fondo Único en Salud que solidarice los aportes de las personas y el Estado, junto con un Seguro Universal de Salud que elimine a las Isapres del seguro social, dejándolas como seguros complementarios, se encuentra entre las reformas estructurales necesarias.

Estas y otras ideas fueron desarrolladas en continuos debates internos de nuestra organización, que se nutrieron con las visiones aportadas por académicos/as, fundaciones, expertos/as y dirigencias sociales con quienes dialogamos durante varios meses. Así, hemos logrado dar a luz un documento con propuestas serias e integrales, respaldadas por datos duros, investigaciones y publicaciones de nivel.

Pretendemos que este escrito sea un aporte al debate público en salud tanto a nivel institucional como social. Una hoja de ruta desde la Fenpruss a disposición de la sociedad para construir entre todos y todas la salud que soñamos, sobre todo en momentos que la ciudadanía discute democrática y participativamente un nuevo Chile, con nuevas bases para una país más justo y solidario.

Aldo Santibáñez Yáñez
Presidente Nacional
Confederación Fenpruss

- Avanzar hacia un reconocimiento constitucional del derecho a la salud y creación de un sistema universal de protección de derechos a la salud.
- Avanzar hacia constituir un nuevo tipo de protección social para nuestro país, donde se considere un enfoque de derecho que permita desvincular los beneficios sociales del ingreso socioeconómico de las personas y sea una garantía del Estado.
- El Estado debe garantizar derechos de salud plenos y universales para todos los ciudadanos con apego a los principios de la seguridad social. Esto es cobertura universal, integralidad de las prestaciones, equidad de acceso, solidaridad entre ricos y pobres, sanos y enfermos, y entre jóvenes y Adultos Mayores.
- Garantizar la eficiencia en el uso de los recursos, la participación social en la toma de las decisiones y la sustentabilidad financiera, política y social en el largo plazo.
- Construir un Seguro Nacional de Salud que mancomune las cotizaciones obligatorias de la totalidad de la población, dejando a las Isapres como seguros complementarios.
- Avanzar en el largo plazo hacia un modelo de financiamiento basado en impuestos generales de carácter progresivo.
- Fortalecer la capacidad de compra de Cenabast.
- Avanzar en mejorar la institucionalidad generando una Agencia Pública de Inversión en Salud. Esta institución deberá tener a su cargo la planificación de inversión en salud, así como coordinar los diversos equipos de inversión que hoy existen en los servicios.
- Avanzar hacia una mayor integración de los prestadores de salud potenciando la coordinación del cuidado de las personas de manera continua, desde las prestaciones preventivas hasta las prestaciones de rehabilitación y cuidados paliativos.
- Generar una política nacional de estrategia de Recursos Humanos en salud según necesidades sectoriales (planificación), para lograr una alineación entre el perfil de egreso y lo que espera el sector asistencial.



COORDINACIÓN Y REDACCIÓN

COORDINADOR EJECUTIVO
Matías Goyenechea Hidalgo

SECRETARÍA EJECUTIVA
Cristián González Alarcón

EXPOSITORES

DERECHO A LA SALUD
Tomás Jordán Díaz

SEGURIDAD SOCIAL
Oscar Arteaga Herrera
Andras Uthoff Botka

PROTECCIÓN SOCIAL
María Fernanda Villegas Acevedo

SISTEMAS DE SALUD
María Soledad Barría Iroumé

FINANCIAMIENTO EN SALUD
David Debrott Sánchez
Sebastián Pavlovic Jeldres
Carolina Velasco

INFRAESTRUCTURA
Sergio Teke Sandoval
Nelson Gaete

ATENCIÓN PRIMARIA
Camilo Bass del Campo
ECCOS de Barrio (organización comunitaria de salud)

FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD Y ORDEN LABORAL CHILENO
Cristian Rebolledo
Giorgio Boccardo

SALUD DIGITAL
Gerardo Vergara

Todos los años la salud ocupa los primeros puestos de temas prioritarios de los chilenos y chilenas en los sondeos. También es recurrente que el tema se trate en los medios de comunicación principalmente a causa de los continuos colapsos del sistema público y las dificultades que esto provoca para las personas.

En la prensa es noticia recurrente el atochamiento en los servicios de salud, así como el alto costo de los medicamentos, la deuda hospitalaria y las listas de espera como principal símbolo de una salud pública en crisis e incapaz de generar un acceso adecuado para la mayoría de nuestra población.

Si llevamos esto a cifras, podemos ver que entre 16.625 y 25.000 personas fallecieron esperando atención durante el 2016 (si bien no se puede establecer una relación causal directa entre la espera y la muerte, la cifra es sugerente). Las garantías GES retrasadas han aumentado de 7.216 en abril de 2014, a 11.622 en mayo del 2017; las intervenciones quirúrgicas no GES alcanzan tiempos de espera superiores a 400 días, y del total de casos en espera de atención, el 40,9% lleva más de un año esperando, lo que se traduce en 506.251 personas. Todo esto en un escenario en el que la deuda hospitalaria crece cada año, llegando a una cifra de \$261 mil millones de pesos a octubre del 2018, un aumento de 9% en comparación al 2017.





En la otra vereda, el aumento de las ganancias de las Isapres también es un fenómeno permanente en el sector salud. Sin ir más lejos, el 2017 éstas registraron un alza de 40,6% en comparación al 2016, lo que significa \$70.577 millones de pesos en utilidades (las más altas desde el 2012). El año 2018 se registraron ganancias superiores a los \$64 mil millones de pesos según cifras de la superintendencia de salud, lo cual significó un aumento de casi un 50%.

Todos estos problemas convocan a buscar una solución entre todos los actores sociales del sector, que pueda traducirse en una apuesta programática en pos de mejorar las condiciones de vida de la población.

En esta línea, La Confederación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud ha querido avanzar en construir una propuesta programática que permita poder poner los puntos iniciales para comenzar una reforma en el sector salud pensando en el bienestar de la población de nuestro país.

PROPUESTAS PROGRAMÁTICAS

01

Derecho a la salud

La salud como área social comprende uno de los sectores más importantes para el desarrollo de los países. El reconocimiento del derecho a la salud es una preocupación social persistente y cuya importancia en el último tiempo ha ido en aumento, lo que se ha expresado tanto en el desarrollo de diferentes políticas públicas como en el alto nivel de demandas en los tribunales de justicia.

Diversos instrumentos de Derechos Humanos internacionales incluyen el derecho a la salud como una responsabilidad esencial de los estados. Sin ir más lejos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) formula el derecho a la salud como "el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (art. 12, párrafo 1), y menciona que dentro de los deberes que tienen los estados para asegurarlo se incluye el reducir indicadores generales como la mortalidad materna e infantil, además del mejoramiento de condiciones ambientales y una garantía de acceso equitativo a servicios médicos (párrafo 2).

En múltiples estudios se cuestiona que el carácter del derecho a la salud en Chile por el rol subsidiario del Estado, lo que implica que se base en el individualismo para reconocer el derecho y otorgar sus garantías, quedando el Estado a cargo de los excluidos del sistema privado. Esto se materializa en la Constitución, donde se protege el derecho a través de la libertad de elegir subsistemas de salud, sin garantizar un contenido social adosado (Allard, 2016).



A pesar de esto, la tradición político-social del sector salud y las características históricas de sus reformas siguieron imprimiendo una estampa de derecho garantizado por el Estado que, en la perspectiva de académicos como Tomás Jordán, refiere a que la Constitución consagra una relación persona/Estado con la tensión de ambas miradas. La primera enunciada anteriormente, y una segunda donde el Estado tiene un rol regulador-fiscalizador, mediante el cual debe garantizar la ejecución del derecho a la salud. Esta visión de derecho social tiene un fundamento igualitario, en miras de solucionar las inequidades por medio de acciones que permitan la realización material de las personas. La Constitución establece el derecho a la protección de la salud y no el derecho a la salud, en donde hay una característica relacional con otros derechos (Jordán, 2013).

En síntesis, esta incongruencia que se genera entre una Constitución que percibe el derecho a la salud como una libertad de elección en un Estado de bienestar que no ha logrado solucionar los problemas de ejercicio de este derecho, y la que lo define como una garantía de derecho social que debe hacer asegurada por el Estado en línea con las reformas sanitarias, ha tomado una inclinación hacia la segunda en el último tiempo, permitiendo a personas poder ejercer su derecho legítimo a salud

Por esto creemos necesario avanzar hacia un reconocimiento constitucional del derecho a la salud, mediante el cual el Estado tenga que garantizar el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, considerando también la diversidad social expresada en grupos como los pueblos originarios y la población LGBTIQ.

02

Protección social en Chile

Las políticas sociales con un enfoque de derecho han tensionado nuevamente el problema relativo a los límites de la libertad (económica, preferentemente) y la igualdad. En Chile existen visiones que niegan la existencia y relevancia de los derechos sociales, argumentando que garantizarlos puede perjudicar la libertad, la iniciativa privada (en educación, salud, etc.) y, en último término, la propiedad privada en sí.

Sin embargo, hay que señalar que en los últimos años han surgido elementos que han jugado a favor del enfoque de derecho: una serie de fallos tanto a nivel de la Corte Interamericana como también la Corte Suprema en donde se obliga al Estado a entregar las prestaciones demandadas más allá de la disponibilidad presupuestaria.

También resulta relevante mencionar la modificación respecto del abordaje de la pobreza. Hasta el 2013, la pobreza y extrema pobreza estaban definidas solamente según los ingresos, lo cual implicaba un reduccionismo en la forma de concebir el problema. En este sentido, resulta un hito el avance hacia un enfoque multidimensional, dado que implica abrir la mirada. La pobreza multidimensional implica adicionar aspectos como la vivienda y el entorno, la salud, la malnutrición, empleo, seguridad social y el acceso a los servicios básicos.





Otro fenómeno de gran importancia es la creciente desregulación del mercado laboral y el potenciamiento del trabajo informal. Hay una creciente tendencia a que importantes sectores de la población comiencen a trabajar o a buscar complementos a sus ingresos a través de aplicaciones del tipo Uber o similares. Estas nuevas formas se complementan con fenómenos no tan recientes como el auge del trabajador “a honorarios” o el subcontrato. La precarización que producen estas modalidades tiene impactos que parten desde nuestro modelo de tipo Bismarck (tanto en salud como en pensiones), centrado en el trabajo formal, que excluye a una gran cantidad de personas. Es necesario evaluar el impacto de la obligatoriedad de cotizar para los trabajadores “a honorarios”.

Por todo esto es relevante avanzar hacia constituir un nuevo tipo de protección social para nuestro país, donde se considere un enfoque de derechos garantizados por el Estado que permita desvincular los beneficios sociales del ingreso socioeconómico de las personas. Las variaciones demográficas de la población y la precarización del empleo exigen un cambio en las políticas de protección social, pasando desde la focalización a los derechos universales.

03

Seguridad social en salud

El sistema de salud chileno se caracteriza por ser dual, es decir, compuesto de fondos y prestadores tanto públicos como privados. Se denomina un sistema de aseguramiento en salud mixto regulado. Por una parte, la salud pública está compuesta por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Ministerio de Salud (Minsal), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimientos (Cenabast), el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y la Superintendencia de Salud. Por otra parte, el sector privado está compuesto por aseguradoras llamadas Instituciones de Salud Previsional (Isapres) y una gran cantidad de prestadores individuales e institucionales. La población de menor nivel socioeconómico se atiende principalmente en los servicios del sistema público.

Uno de los problemas fundamentales del sistema es la gran inequidad que se presenta entre ambos tipos de seguros. Esta se produce, dentro de otros factores, por la denominada selección por riesgo, lo que refiere a que las Isapres seleccionan a las personas más sanas, menos riesgosas y de mayores recursos. Esto genera que las personas más riesgosas y de menores ingresos queden concentradas en el seguro público Fonasa, generando la segmentación que acaba con el principio de solidaridad y el mancomunamiento de los recursos que se sugieren como principios de los sistemas de salud. Esto trae como consecuencia un sistema altamente inequitativo, como se describió en un comienzo, donde en términos absolutos el seguro público cuenta con un presupuesto por persona que es casi la mitad que el del seguro privado, que solamente atiende al 16,5% de la población.



Esta desigualdad se expresa también en términos de recursos humanos. El sector privado puede costear sueldos más altos y mejor infraestructura que el sector público, lo cual deriva en que la mayoría de las horas médicas se concentran en el sector privado, generando un escenario en donde solo un 43% de los médicos y médicas están en el sector público para atender a un 79% de la población.

La situación se ve acrecentada por el círculo vicioso del sistema público que, en su déficit financiero e incapacidad de satisfacer la demanda, genera enormes traspasos de recursos al sector privado (clínicas, por ejemplo) con precios que superan con creces los costos de producción por parte de los prestadores públicos (hospitales). Esto produce un alto gasto que contribuye a un déficit de inversión tanto en infraestructura como en generación de capacidad, siendo imposible desarrollarse para satisfacer la demanda.

El sistema público de salud presenta un profundo desfinanciamiento que nace desde la estructura de entrega de recursos al sistema de salud en su conjunto. Esta situación desventajosa es una de las causas estructurales que genera la crisis sanitaria que vemos hoy en día, y que se traduce en el alza constante de la deuda hospitalaria y el aumento sostenido de las listas de espera, entre otras cosas.

De esta forma, para abordar los problemas de salud con soluciones efectivas y sustentables en el tiempo, es necesario avanzar en mecanismos de financiamiento que se hagan cargo de las necesidades reales de la población, incorporando lógicas de solidaridad en los aportes de los cotizantes.

Mientras no se aborde esta tarea básica, será prácticamente imposible mejorar las condiciones de salud de miles de personas que se atienden en el sistema de salud pública. Hoy en día no necesitamos seguir repitiendo recetas del pasado para solucionar los problemas de salud, sino generar un nuevo sistema de seguridad para Chile.

Por ello, planteamos que el Estado debe garantizar derechos plenos y universales en salud para todos los ciudadanos con apego a los principios de la seguridad social. Esto es: cobertura universal, integralidad de las prestaciones, equidad de acceso, solidaridad entre ricos y pobres, sanos y enfermos, y entre jóvenes y viejos; eficiencia en el uso de los recursos, participación social en la toma de las decisiones, y sustentabilidad financiera, política y social en el largo plazo.



04

Financiamiento del sistema de salud

Actualmente la forma de financiamiento imperante en la salud es mixta. Por una parte, la recaudación de recursos está centrada en el aporte de las y los trabajadores a través de cotizaciones obligatorias, las cuales equivalen a un porcentaje de los sueldos de cada persona y, por otra parte, existe un aporte fiscal financiado por impuestos generales. El modelo contributivo dependiente del mercado del trabajo deja fuera o le resulta complejo adaptarse para incluir las nuevas formas de empleo precario como las que ofrecen aplicaciones electrónicas (Uber, Glovo, etc.), o los honorarios, a quienes si bien se les hace un descuento sobre la devolución de impuestos, no hay claridad de la recaudación que ésta produce. Por otro lado, al largo plazo hay que considerar el efecto del envejecimiento poblacional, mediante el cual la masa de personas en edad productiva va en descenso. Estos elementos tensionan nuestro paradigma basado en el empleo formal, así como nos compelen a cambiar nuestra estructura tributaria apuntando a reemplazar su carácter regresivo, generando impuestos a las grandes empresas y fortunas, y explorando mayores impuestos “saludables”.

En la forma actual de financiamiento de la red pública de salud en la cual, desde el punto de la recaudación, el peso del aporte de los cotizantes llega al 2019 a un 1,3% del Producto Interno Bruto (PIB), y a un 27,3% de los ingresos del presupuesto de salud, los recursos que provienen de impuesto generales, y que se materializan en el aporte fiscal, equivalen a 3,12% del PIB y representan el 65% del total de los ingresos del presupuesto de salud. Chile tiene una red de prestadores públicos en funcionamiento a lo largo de todo el territorio nacional, lo que es importante dado que en el resto de los países de la región no existe una red que tenga un desarrollo tan extenso. Por ello, la discusión debe estar centrada en qué hacemos para fortalecer la red pública de prestadores de salud.

Avanzar en este sentido resulta fundamental para generar reformas en salud que modifiquen el actual sistema imperante, para lo cual también es necesario construir una fuerza social y política que lo impulse como proyecto.

Considerando el peso del aporte fiscal, así como las tendencias en el mediano y largo plazo respecto del mercado laboral, tenemos la oportunidad avanzar hacia un modelo de financiamiento que descansa exclusivamente sobre impuestos generales. Creemos que la forma de lograr este objetivo es transitando hacia un Seguro Nacional de Salud, institución pública que mancomune las contribuciones obligatorias de toda la población en un solo fondo, lo que permitirá terminar con las discriminaciones existentes por ingresos y riesgo. En este contexto, las Isapres pasarían a ser seguros complementarios optativos.

A la hora de avanzar en las modificaciones al financiamiento resulta central tener claridad de qué es lo que se pretende cubrir y financiar, es decir, determinar cuál será el plan de salud y cómo se piensa hacer modificaciones en el tiempo a esta cobertura. Esto se puede ir definiendo no solo en un esquema de seguros, pues es compatible con un modelo sin seguros en donde estos elementos pueden ser definidos por la autoridad sanitaria.

En el corto plazo es necesario avanzar en el fortalecimiento de la red pública de salud mediante los recursos y capacidades necesarias para satisfacer las necesidades de la población. Se debe fortalecer a Cenabast, mejorando la capacidad de compra para lograr mejores precios en medicamentos.

Creemos necesario construir un Seguro Nacional de Salud, que mancomune las cotizaciones obligatorias de la totalidad de la población, y que las Isapres sean seguros complementarios.

En el largo plazo, debemos avanzar hacia un modelo de financiamiento por impuestos generales. Esto requiere que exista una redefinición de la estructura tributaria, hoy regresiva.



05

Infraestructura sanitaria

En materia de infraestructura, Chile tiene importantes brechas. La Cámara Chilena de la Construcción estima que existe un déficit en infraestructura sanitaria que alcanza los \$6.159 millones de dólares, considerando la necesidad de nuevos establecimientos y de reposición de infraestructura que presenta malas condiciones en la actualidad. En cuanto a la capacidad, vemos que el año 2000 la tasa de camas por cada mil beneficiarios era de 3,07 en el sector público versus 2,48 en el privado. En 2015 estos resultados variaron a 1,89 en el sector público (bajo un promedio nacional de 2,18) y 2,93 en el sector privado. Esto implica que hay una pérdida de capacidad en el sector público y un aumento de la capacidad instalada en los prestadores privados de salud.

En Chile la infraestructura sanitaria es provista mediante dos modelos: el tradicional o sectorial y el modelo de concesiones hospitalarias. En ambos casos estamos en presencia de formas en que se depende de actores privados con fines de lucro para efectuar los procesos, y en ambos casos se han detectado dificultades.

Un elemento que resulta de vital importancia es que la política de inversión en salud carece de una mirada de Estado en tanto política inter-temporal. Esto se puede evidenciar en una alta rotación de los equipos técnicos producto de los cambios de gobierno, lo que genera un importante daño considerando que los períodos presidenciales son de cuatro años, y los proyectos son mucho más extensos. Esta situación demuestra un vacío institucional respecto de la inversión sectorial en salud, independiente de la modalidad concreta de provisión de infraestructura que se emplee. Los equipos técnicos encargados de la inversión no son estables y existe una alta probabilidad de captura de éstos por el sector privado, dado que los salarios no están acorde a los estándares de mercado. Las estipulaciones del proceso que debe emprender un determinado proyecto de inversión son sumamente complejas y muchas veces hay fases que no son necesarias de efectuar, sobre todo en lo relacionado con los estudios de pre-inversión que se solicitan.



En relación con la provisión de infraestructura se puede señalar que el modelo sectorial ha presentado una alta variabilidad de precios. Hay casos en los cuales se deben hacer modificaciones importantes en los proyectos y en los presupuestos, lo que repercute en alza de los costos y retrasos. La modalidad de concesiones, por otro lado, resulta ser cara, dado que estamos frente a un crédito, y el costo de endeudamiento privado característico a este modelo encarece la provisión de infraestructura. Adicionalmente, hay problemas relacionados a la distribución del riesgo y a la flexibilidad de los contratos.

Por todo esto es que resulta fundamental avanzar en mejorar el desempeño que tiene el Estado para hacerse cargo de la provisión de infraestructura, dado que estamos frente a un elemento que resulta crucial para efectos de garantizar el acceso de la población a los servicios de salud.

En este sentido, un elemento vital es avanzar en mejorar la institucionalidad. **Para estos efectos se propone generar o fundar una Agencia Pública de Inversión en Salud.** Esta institución deberá tener a su cargo la planificación de inversión, así como coordinar los diversos equipos que hoy existen en los servicios. En esta agencia deberá existir un diagnóstico claro de la real capacidad que se posee para ejecutar procesos de inversión, de manera que la gestión de los proyectos sea exitosa.

Por otra parte, el proceso de estudios de pre-inversión se debe simplificar. **El mecanismo de diagnóstico de infraestructura e instalaciones resulta largo e ineficiente, esto se puede simplificar mediante estudios con coeficientes técnicos, sin tener que levantar uno por uno cada uno de los servicios.** Adicionalmente, se debe avanzar a la generación de bases tipo para efectos de acortar los tiempos.

Respecto de las modalidades de provisión, es necesario hacer algunas modificaciones. **En relación con la modalidad sectorial se puede introducir la licitación de diseños estandarizados de infraestructura que sean flexibles y cuenten con participación social en sus elaboraciones. Lo anterior permitirá bajar costos y acortar tiempos.** Pensamos que la modalidad de concesiones no debe ser utilizada, no obstante, la existencia de establecimientos con esta característica obliga a hacer modificaciones en los diversos contratos para cambiar los mecanismos de pago bajo todo evento, a pagos según desempeño de la concesionaria. Así también se requiere hacer un cambio legal que permita que la inspección fiscal en la fase de operación sea de responsabilidad del Ministerio de Salud y no de Obras Públicas.

Organización de prestadores y redes integradas



Un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del año 2010 afirma que los sistemas que incorporan elementos de integración y de continuidad de la atención responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas, otorgando una disminución en la fragmentación de las prestaciones en salud y la duplicación de atenciones. Esto logra solucionar problemas como los largos tiempos de espera o la percepción de mala atención producto de la falta de claridad y alta burocratización. Por tanto, uno de los desafíos para el sistema de salud chileno y principalmente de sus prestadores públicos es otorgar una atención coordinada y continua a sus pacientes, considerando una atención integral desde la prevención hasta los cuidados curativos y paliativos.

Al mirar la organización del sistema de salud chileno, nos encontramos en el primer nivel normativo con el Ministerio de Salud con sus dos subsecretarías: de Salud Pública y de Redes asistenciales. Esta última “tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la red asistencial del sistema para la atención integral de las personas” (Minsal, 2005). En este marco, la Subsecretaría de Redes Asistenciales cumple el rol de regular la articulación de los prestadores públicos en salud, al mismo tiempo que propone programas de integración y además vela por su ejecución y cumplimiento. La multiplicidad de funciones en una sola organización interfiere en la capacidad de evaluar o juzgar imparcialmente el cumplimiento de los programas de integración de los prestadores públicos de salud (hospitales, consultorios generales urbanos y Cesfam, entre otros) porque se genera una “autoevaluación” de la entidad.

La situación deriva en que la Subsecretaría no logra cumplir con una articulación de la red de prestadores públicos para otorgar atención integral de manera oportuna, y además fomenta una baja generación de procesos de evaluación.

Sumado a los diagnósticos mencionados, la concentración de la administración de los proveedores de salud y órganos de gobernabilidad en una sola institución de designación presidencial produce un incentivo a preocuparse más por situaciones políticas que por medidas de beneficio a los usuarios, generando una captura por grupos de interés. Esto se demuestra en las recurrentes oleadas de desvinculaciones en el sector salud.

En este contexto, los servicios de salud, gracias a la concentración de dirección del Minsal, no cuentan con la suficiente autonomía e incentivos para desarrollar su gestión, fortalecer la capacidad técnica y ejercer un rol de coordinación y articulación en la red pública de prestadores públicos. Los centros de atención primaria son, en su gran mayoría, de dependencia municipal, mientras que los hospitales dependen de su dirección y son



evaluados anualmente por el Ministerio, existiendo una clara falta de herramientas de los servicios de salud para gestionar la red. Al llegar al nivel de los prestadores públicos en salud, se observa que los hospitales y centros de atención primaria poseen pocas atribuciones como también poca responsabilidad por sus resultados.

Todas estas situaciones impiden al sistema de salud chileno lograr una red integrada entre sus prestadores, como también mantener una coordinación del cuidado. Los efectos visibles están en los pacientes y se traducen en una mala percepción del sistema de salud, alta burocracia, duplicación de funciones y largos tiempos de espera en ciertos prestadores, entre otros.

Es por esto que es necesario avanzar hacia una mayor integración de los prestadores de salud, alineándose hacia potenciar la coordinación del cuidado de las personas de manera continua, desde las prestaciones preventivas hasta las de rehabilitación y cuidados paliativos.

Para esto es necesario en el corto plazo separar las funciones de planificación, organización, ejecución y fiscalización de un solo órgano, estructurando la gobernanza del sistema en instituciones autónomas y coordinadas en red.

Es necesaria la creación de un organismo técnico e independiente del Ministerio de Salud, que logre monitorear el desempeño de los prestadores estatales y la creación de redes locales de coordinación de éstos, descentralizando las funciones que actualmente cumple el Minsal y sus subsecretarías.

Debemos avanzar hacia la designación de autoridades de las instituciones del sistema por mecanismos de Alta Dirección Pública que sean perfeccionados para favorecer la carrera funcionaria.

Por último, se debe promover una atención primaria que tenga mayor autonomía de las decisiones de los alcaldes, fomentando la participación de trabajadores y usuarios en su gestión como parte de una red integrada local.



07

Atención Primaria en Salud (APS)

En el contexto de la APS como primer nivel de contacto institucional con las y los individuos en su proceso de atención sanitaria, es necesario contar con el equipamiento adecuado para la resolución de problemas para que así no sea necesario derivar a niveles más complejos de atención dentro de la red asistencial.

La Reforma de Salud del año 2004, si bien situó nominalmente a la APS como pilar fundamental del sistema sanitario, prácticamente no la considera en el contexto de las cinco leyes en las que se basó la modificación constitucional; omitiendo de esta manera que debido a la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES), la APS debía cargar con el 80% de las actividades generadas sin considerar modificaciones estructurales tanto en infraestructura como en recurso humano. Tampoco consideraba el rompimiento de la estructura horizontal base de un primer nivel de atención al verticalizar las prestaciones bajo garantía sin responder a necesidades diagnósticas y terapéuticas territoriales. La OMS (2008) advierte que, si bien las políticas sanitarias verticales ofrecerán un alivio transitorio a una población determinada, resultan perjudiciales en el largo plazo para todos los usuarios cuando estas medidas se prolongan en el tiempo.

Es por lo anterior que los recursos de financiamiento central para la APS se tornan insuficientes, debiendo los municipios cubrir este déficit con sus propios dineros que, en caso de una mala administración de parte de los alcaldes o de comunas con escasos recursos, se expresa en menor cantidad de servicios básicos y aumento de las listas de espera (Vargas y Poblete, 2006). Si bien con el tiempo han aumentado los recursos destinados a APS, también han aumentado la cantidad de prestaciones GES a las que deben dar respuesta, pasando de 56 a 80 enfermedades en la actualidad, así como también la necesidad de recurso humano capacitado e infraestructura técnica para la resolución de patologías más frecuentes de derivación en el primer nivel de atención. Esta situación también se da en los Cesfam y consultorios dependientes de los servicios de salud.



La falta de comunicación entre diversos actores de la red asistencial, la ausencia de protocolos para las derivaciones, y las variaciones entre servicios de salud en cuanto a capacidad técnica y de infraestructura, entre otros elementos, han originado variaciones sustantivas a nivel inter-regional en la cantidad de pacientes en lista de espera. Nace entonces la necesidad de estudiar experiencias exitosas de gestión de listas de espera a nivel nacional con base a planificación territorial, desarrollo de la atención primaria y mejora de mecanismos de articulación y coordinación de la red.

La utilización de médicos contralores de interconsulta como mecanismo de control de protocolo de derivaciones (interno) se ha observado como un mecanismo favorable en el mejoramiento de la comunicación de la red asistencial.

Por todo lo anterior es que es necesario generar un aumento del presupuesto de la atención primaria y avanzar hacia la integración de los prestadores de atención primaria con las instituciones centrales en salud, pasando a nueva forma de administración y organización de ésta.



08

Formación del personal de salud

Problemas frecuentes del sistema de salud son, por un lado, la falta de profesionales en el sistema público y, por otro, la falta de formación alineada a las necesidades de los prestadores de salud. Esta situación puede tener su origen en el pregrado de formación universitaria, en donde no existe una orientación del futuro profesional hacia los desafíos reales de los prestadores asistenciales, teniendo muchas veces que recurrir a la capacitación mediante cursos externos.

Por ello, se debe construir una Política Nacional de Recursos Humanos en Salud que produzca una estrategia según las necesidades sectoriales (planificación), logrando una alineación entre el perfil de egreso y lo que espera el sector asistencial.

La ausencia de una política pública de recursos humanos para formar, atraer y retener a profesionales competentes en atención primaria, con orientación en la formación de pregrado, es fundamental para enfrentar los desafíos y los cambios que se requieren en la atención primaria de nuestro sistema de salud.

09

Salud digital

La tecnología digital y la informatización han implicado una gran revolución en términos productivos, al punto que se plantea que estamos ante una cuarta revolución industrial de la mano de la inteligencia artificial, impresión 3D, biotecnología y robótica, entre otras innovaciones. En el sector de salud se ha generado un fuerte impulso a la telemedicina, lo que implica la entrega remota de servicios de atención médica e información clínica utilizando tecnología de telecomunicaciones. Esto conlleva la rápida transferencia de imágenes para facilitar diagnósticos y consultas, y adicionalmente permite tener consultas a tiempo real entre el personal de salud y los pacientes. La estrategia de fomentar una “salud digital” tiene la potencialidad de aumentar la calidad, reducir costos y generar un mayor acceso a los servicios de salud para la población.

Se debe avanzar en consolidar una estrategia de salud digital que implique avanzar en resolver ciertos problemas de implementación (interoperabilidad de los sistemas informáticos), así como potenciar un desarrollo que permita efectivamente lograr concretar una mayor calidad de los servicios de salud, reducir costos y mejorar el acceso.

Allard Soto, Raúl, Hennig Leal, Mônica Clarissa, & Galdámez Zelada, Liliana. (2016). El derecho a la salud y su (desprotección en el estado subsidiario. *Estudios constitucionales*, 14(1), 95-138. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002016000100004>.

Becerril-Montekio, Víctor, Reyes, Juan de Dios, & Manuel, Annick. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s132-s142. Recuperado en 26 de marzo de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009&lng=es&tlng=es.

Bitrán R. & Muñoz, R., 2012, "Health financing and household health expenditure in Chile", en F.M. Knaul, R. Wong, & H. Arreola-Ornelas (eds), *Household spending and impoverishment: volume 1 of financing health in Latin America series*, pp. 129-151.

Cristi, Renato; Ruiz-Tagle, Pablo (2014): *El constitucionalismo del miedo. Propiedad, bien común y poder constituyente* (Santiago, LOM).

Encuesta Nacional de Derechos Humanos, Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2015. <http://www.indh.cl/encuesta-nacional-de-derechos-humanos-2015-3>.

Jeannie L Haggerty, Robert J Reid, George K Freeman, Barbara H Starfield, Carol E Adair, Rachael McKendry *BMJ*. Continuity of care: a multidisciplinary review. 2003 nov 22; 327(7425): 1219-1221.

Jordán D, Tomás. (2013). El cambio del eje referenciador del derecho a la protección de la salud a partir de la jurisprudencia constitucional sobre el subsistema privado de salud. *Estudios constitucionales*, 11(1), 333-380. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002013000100009>.

López M, José Manuel. (2014). Especialistas médicos: brechas, realidad, futuro y necesidad de un esfuerzo nacional mancomunado. *Revista chilena de cirugía*, 66(3), 269- 273. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262014000300015>.

Madies C, Chiarveti S, Chorny M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* 2000;8(1/2):33-42.3. Organización Panamericana de la Salud.

Minsal, Departamento de Estudios y Desarrollo. Resultados financieros provisionales del sistema Isapre, 2016.

Minsal, División de Planificación Sanitaria. Informe modelo de priorización lista de espera, pág. 5 no CES con enfoque de riesgo y tiempos razonables de espera. 2017.

Olavarría Gambi, Mauricio. (2005). Acceso a la Salud en Chile. *Acta bioethica*, 11(1), 47-64.
<https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2005000100006>.

Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud. CEP y ESP. 2017.

<http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/reforma-sanitaria-chilena-y-la-atencion-primaria-de-salud.pdf>

Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas". Washington, D.C. OPS, 2010.

Superintendencia de Salud, 2016, Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud y posicionamiento de la superintendencia de salud, disponible en:
http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-14149_recurso_1.pdf.

Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13:e010. Published 2013 Mar 22.

Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez MS. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Publica Mex* 2006;48:512-521.



Confederación Nacional de Profesionales
Universitarios de los Servicios de Salud

🌐 WWW.FENPRUSS.CL

📍 Corbea 1727, Metro Toesca, Santiago

☎ 226718920 / 226719251 / 226720492

📷 Fenpruss_nacional 📘 Fenpruss Nacional 🐦 @fenpruss

