



FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

SALUD PARA CHILE:

Reflexiones y aportes de la Facultad
de Medicina UC a la discusión pública



SEGUNDA EDICIÓN, SANTIAGO MARZO DE 2024

Coordinadores generales

Jaime Cerda L.
Secretario Académico,
Profesor Asociado, Facultad de Medicina

Jaime Godoy F.
Profesor Titular, Facultad de Medicina

Coordinadores de grupo

Claudia Bambs
Paula Bedregal
Cynthia Cantarutti
Marcela Cisternas
Solange Campos
Juan Carlos Claro
Álvaro Erazo
Antonia Errázuriz
Manuel Espinoza
Francisco Garrido
Luz María Letelier
Francisca Márquez
Iván Pérez
Blanca Peñaloza
Fernando Poblete
Paulina Ramos
Eric Rojas
Paulina Rojas
Jaime Santander
Álvaro Téllez
Rafael Torres
Sebastián Valderrama
Gonzalo Valdivia
Claudia Véliz



FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

SALUD PARA CHILE:

Reflexiones y aportes de la Facultad
de Medicina UC a la discusión pública.

SEGUNDA EDICIÓN, SANTIAGO MARZO DE 2024

Declaración de conflictos de interés

La Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile forma profesionales de la salud, participa en generación de conocimientos e innovación en medicina y salud, y realiza actividad de extensión a la comunidad y al país. Parte de esta labor la realiza en la Red de Salud UC CHRISTUS, entidad prestadora de salud de la que la Facultad (Universidad) es socia.

Declaración de conflictos de interés

Prólogo

5

1

El derecho a la salud

6

2

Sistema, modelo de atención y financiamiento de la salud

21

3

Acceso a medicamentos

42

4

La espera en atención de salud: oportunidad de mejora

51

5

Enfrentando las enfermedades crónicas

63

6

Desafíos de la atención primaria e integración de redes

77

7

Salud mental para Chile

106

8

Salud bucodental

126

9

Desafíos en la Educación de Profesionales de la Salud

143

10

Telemedicina y nuevas tecnologías

158

11

Ética y profesionalismo

166

Listado de colaboradores

A dos años de la primera edición del documento “Salud para Chile”, nos complace presentar la versión 2023, la cual ha sido desarrollada por 11 comisiones integradas por académicos, estudiantes y profesionales de las distintas escuelas de la Facultad de Medicina UC. El documento actualiza conceptos y directrices basadas en la evidencia acumulada en los últimos dos años en temas relevantes para la sociedad tales como el derecho a la salud; el sistema, modelo de atención y financiamiento de la salud; el acceso a medicamentos; la espera en atención de salud; y el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. Asimismo, incorpora nuevos análisis en temas contingentes para la discusión de políticas de salud como el rol de la Atención Primaria de Salud; la formación de los profesionales de la salud que el país necesita; la salud mental; la salud bucodental; el rol de la telemedicina; y la ética y el profesionalismo como fundamento de las transformaciones que tanto el sistema de salud como la sociedad necesitan.

El presente documento pretende contribuir a la reflexión y discusión de mejoras en pro de la salud y bienestar de las personas y sus comunidades en momentos en que nuestro país enfrenta importantes tensiones derivadas de la crisis social persistente, de las secuelas de la pandemia Covid-19 y de la crisis del sistema de Isapres y en un escenario mundial inestable por la actual guerra en Oriente y por los efectos cada vez más evidentes del calentamiento global sobre la salud de las personas y los ecosistemas.

En este contexto de desafíos complejos nuestra Institución busca aportar en la comprensión de los problemas, postular soluciones y proponer marcos evaluativos que contribuyan a avanzar en el fortalecimiento de políticas, sistemas y programas de salud al servicio de Chile.

Dra. Claudia Bambs S.

Jefa Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina



1

Coordinadores:
Dr. Gonzalo Valdivia
Prof. Abg. Paulina Ramos

El derecho a la salud

Introducción

Estas páginas sintetizan un diálogo político, plural y abierto, construido en base a experiencias y dominios de los integrantes, referencias documentales, contactos con expertos, lectura y aportes de documentos de trabajo y reflexión recopilada en el entorno social y político nacional y originados al interior de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y de información. Con ello se busca aportar elementos a la discusión sobre el sentido y alcance del derecho a la protección de la salud que se debería considerar en el texto constitucional.

Este documento tiene la particularidad de haber sido redactado a fines del año 2019, en estado de emergencia por la crisis político-social consecuencia del estallido del 18 de octubre de ese año y fue revisado y complementado en abril del 2021, en estado de catástrofe sanitaria por la pandemia del coronavirus y en pleno desarrollo de la Convención Constitucional.

La pandemia ha confirmado alguna de sus ideas planteadas, en especial la necesidad de coordinación social, de cooperación pública y privada, acentuando la responsabilidad de las Universidades y sus académicos de aportar reflexiones para apoyar las políticas públicas, en particular aquellas relacionadas a la salud.

El intenso involucramiento en diversidad de roles de los integrantes de la Facultad de Medicina, académicos, estudiantes, profesionales y administrativos en las tareas país que la pandemia requirió, imprimen al texto un particular sello de realidad al tema desarrollado.

La perspectiva internacional sugiere que el tema del derecho a la salud ha sido objeto de menor atención que la que amerita, producto de controversias de diferente orden que el concepto suscita, a saber: aspectos legales, factibilidad de darle cumplimiento (¿cómo exigirlo al Estado, cuando no es posible asegurar que todos tengan buena salud?) y por razones políticas (¿por qué concebir la *salud* como un derecho, en lugar del *cuidado de la salud*, dado que el cuidado de la salud se encuentra tutelado por la formulación de políticas?).

Surgen diversas consideraciones derivadas de esta experiencia de crisis sanitaria mundial relacionadas con el derecho a la salud. Ellas refirman la importancia de numerosos planteamientos incluidos en este texto y agregan elementos importantes que relevan la pertinencia de una reflexión profunda en torno a este derecho fundamental.

¿Qué aporta la pandemia a la reflexión sobre el derecho a la salud?

- Refuerza cuan indispensable es disponer de

un sistema de salud robusto, dotado de altos estándares de gestión, funcionamiento social y capacidad de reacción, que de garantía de calidad para todos los habitantes del país.

- Mostró la fragilidad y débil desarrollo de la participación social y la cercanía del sistema de salud con la población a la cual sirve. La postergación del nivel primario de atención en las acciones que le son propias ha dejado una lección que debe capitalizarse.
- El ensañamiento observado entre personas mayores, en comunidades socialmente deprivadas, con aquellos privados de libertad, que tienen empleos precarios y malas condiciones de trabajo, con niños, niñas y adolescentes, acentúan la importancia de la vulnerabilidad social, la necesidad de interdependencia y necesidad de cuidado mutuo al reflexionar sobre el derecho a la salud en el contexto de una nueva constitución.
- Muestra que la integración público-privada del sistema de salud, lo robustece en el cumplimiento de su función esencial de provisión de servicios de atención de salud.
- Ha visibilizado las dificultades derivadas de la gobernanza actual del sistema de salud, adoptada en su último proceso de reforma, la que fragmenta la natural integración de tareas de salud pública con las propias de las redes asistenciales, incluyendo su valioso recurso humano.
- Las severas consecuencias que están teniendo para muchos habitantes del país el contraer COVID-19 coexistiendo con diversas enfermedades crónicas, reflejan la existencia de políticas sectoriales desbalanceadas y centradas

en la recuperación del daño con menor espacio para la prevención.

- El enfoque actual del derecho a la salud, centrado en lo prestacional, no se condice con la importancia de otras dimensiones de la salud que han quedado desatendidas en esta pandemia y cuyas consecuencias han quedado de manifiesto.

El 4 de Septiembre del 2022, en votación popular, la ciudadanía rechazó el texto del proyecto constitucional elaborado por una Comisión Constitucional.

Lecciones aprendidas a propósito de la discusión de un nuevo texto constitucional:

A nuestro juicio, se constata la distancia existente para el ciudadano común entre los significados del Derecho Constitucional y el lenguaje ordinario, - planteando un reto semántico y también político-, en cuanto a ofrecer un mínimo de garantía de una adecuada comprensión de conceptos e ideas; a esta necesidad obedecen algunas definiciones incorporadas en el presente texto.

Por de pronto, la Constitución Política de la República (CPR) establece las bases de la institucionalidad, describe los principales derechos y deberes y la estructura y organización del Estado, de allí su gran importancia para la vida en comunidad.

Este instrumento corresponde a *“la norma interna más importante de un Estado de derecho soberano. Así, se dice que la Constitución es la norma jurídica, escrita o no, de más alto rango en el ordenamiento jurídico de una sociedad y está destinada a regular los aspectos fundamentales de la vida política”*¹³.

Por esto, la Constitución de un Estado también es llamada Carta Magna o Fundamental y, en un orden de jerarquía, es la ley suprema de nuestro

ordenamiento jurídico. Como tal, se espera que todas las leyes y demás normativas que se encuentran en nuestro ordenamiento jurídico deban estar creadas conformes a la CPR.

¿Qué es el Estado social y democrático de Derecho? ¿se trata de una disposición programática?¹

Es un término cuyo contenido es objeto de profundas discusiones.

En la Constitución vigente no se establece explícitamente el Estado social y democrático de derecho. Si bien se asigna al Estado la finalidad de promover el bien común, para lo cual ha de contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y cada uno de sus integrantes su mayor realización espiritual y material posible. (art. 1 ° Bases de la Institucionalidad) Y se imponen verdaderas obligaciones a las autoridades derivadas de los derechos económicos y sociales si bien con diferentes garantías que los derechos civiles y políticos.

Estado social y democrático de derecho fue establecido como uno de los “bordes” o “bases institucionales que encauzan el proceso constitucional en curso².

En el texto del anteproyecto de Constitución de la Comisión de Expertos es reconocido en los siguientes términos “Artículo 1° Chile se organiza en un Estado Social y democrático de derecho, que reconoce derechos y libertades fundamentales y promueve el desarrollo progresivo de los derechos sociales, con sujeción al principio de la responsabilidad fiscal y a través de instituciones estatales y privadas.”

Su ubicación - primer artículo- supone que, es un principio rector y articulador del ordenamiento constitucional conformado por principios, derechos

e instituciones. Este principio junto con la dignidad humana y los derechos fundamentales establecen obligaciones a las autoridades y ciertos mínimos indisponibles. Informarán la legislación, los fallos y las políticas públicas. Además, parece plantear un Estado con mayor presencia en intensidad, no necesariamente en extensión junto con el diseño de modelos de gobernanza dúctiles que distribuyan competencias y responsabilidades entre actores públicos y privados para responder a las necesidades fundamentales de las personas propias de una vida digna en sociedades complejas y con profundas inequidades.

• **Estado garante:** La existencia del derecho a la vida y salud implica el deber intransferible e irrenunciable del Estado de garantizar su cumplimiento. Ello implica la consideración de garantía de oferta de servicios básicos a la población, entendido esto como un derecho de carácter universal.

En relación con el derecho a la salud

El acceso a la atención de salud es una de las mayores preocupaciones ciudadanas en el actual régimen de funcionamiento del Sistema de Salud chileno. Un elemento importante relativo al sistema de salud que debe dar garantía de este derecho es el compromiso de acompañamiento y presencia a lo largo del ciclo vital y en las etapas de cuidado de fin promoviendo dignidad en cuidados y evitando sufrimiento. La atención de salud puede determinar un alto costo y dependencia de los ingresos particulares de cada persona. Así, si se aspira a una atención rápida y de mejor calidad el costo se eleva aún más, sin considerar los gastos derivados de los medicamentos. Este escenario da cuenta de las diferencias prevenibles e injustas que se configuran

¹ Poyanco Rodrigo. ¿Necesita Chile un principio de Estado Social en la Constitución? *Actualidad jurídica*, 2019, vol 40: pp. 409-442

Martínez Estay, José. Los Derechos sociales de prestación en la jurisprudencia chilena. *Estudios constitucionales* 2010, vol.8, n.2, pp.125-166

² En el artículo 154 N°4 de la Ley N° 21.533 que modifica la Constitución Política, establece procedimiento para la elaboración y aprobación de una nueva Constitución Política de la República <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1187896>

a partir de la necesidad de acceso a la atención. Si se aspira a una atención oportuna y de mejor calidad, el costo se encarece aún más. Tema aparte es el costo de los medicamentos. Ello da cuenta de diferencias prevenibles e injustas. La principal forma de observar las desigualdades injustas en el acceso derivadas de lo anterior es su visualización recurriendo a la estratificación según la Posición Socioeconómica (PSE).

De allí que en el centro de la discusión se encuentra en las obligaciones que tiene el Estado en cuanto a la protección de la salud y las garantías frente a las progresivas expectativas de las personas por acceder a mayores y mejores prestaciones.

La inclusión de este derecho en un instrumento como la CPR establece la necesidad de conceptualizar “salud” a nivel constitucional en clave de bien jurídico protegido para los alcances de su exigibilidad, entregando, posteriormente al legislador, la responsabilidad de su administración el diseño y regulación del sistema de salud.

Las conceptualizaciones de este derecho como “El disfrute del nivel de salud más elevado posible ..., sin distinción de raza, religión, creencias políticas, condición social o económica.” (Preámbulo de la constitución OMS); que hacen suya diferentes instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, entre esos el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales de 1966 (PIDESSC), pueden, por su amplitud, afectar lo que se puede interpretar como núcleo del derecho o lo exigible a los Estados.

Esfuerzos actuales de actualización del concepto de salud, incorporan la dimensión de bienestar como un elemento relevante a obtener por las personas y conllevan, por aporte de la Salud Pública, la

ampliación del del concepto hacia el bien común⁴.

No obstante, debe precisarse que, en el logro de la condición de bienestar, tanto en su dimensión individual como colectiva (bien común), confluyen acciones del Estado manifestadas en el cumplimiento de otros derechos tributarios que este asume.

En cuanto a sus responsabilidades asumidas al enunciar el derecho a la salud, el Estado debe garantizar la provisión de los medios requeridos para que personas y comunidades puedan alcanzar el máximo nivel de salud (“el disfrute del nivel de salud más elevado posible”).

El derecho a la salud

“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos” (Diccionario Constitucional Chileno, 2014). Por su naturaleza, es fundamental por su carácter inalienable y anterior al Estado, correspondiendo también a un derecho humano plenamente reconocido. *“Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”* (núcleo mínimo del derecho).

Como ya fue comentado, es preciso abordar en una formulación actualizada los elementos que la sociedad moderna demanda en materia de la construcción de la salud de sus comunidades. En dicho diseño, es indispensable considerar la influencia de los determinantes sociales en salud, permeables a actuar positiva o negativamente sobre individuos y/o comunidades por la acción efectiva de las políticas sociales que el Estado chileno desarrolle (o no desarrolle).

Si bien es cierto es utópico incorporar en la definición del derecho a la salud los amplios compromisos

³IRWIN y otros (2006).

⁴Conceptualizada como “una condición de bienestar libre de enfermedad o dolencia y un derecho humano básico y universal”, proporciona, según Rodolfo Saracci “un concepto intermedio que vincula el ideal de la OMS con el mundo real de la salud y la enfermedad, mensurable por indicadores apropiados de mortalidad, morbilidad, y calidad de vida. Elimina la ambigüedad entre salud y felicidad y hace hincapié en la salud como un derecho humano, proporciona un criterio de referencia frente al cual es posible evaluar, en qué medida los programas de salud incorporan y cumplen los requisitos de equidad en salud”. (Saracci Rodolfo. Education and debate. The World Health Organization needs to reconsider its definition of health. BMJ 1997; 314:1409–1410).

derivados de los determinantes sociales en salud, es menester su consideración por la interrelación de ellos con otros sectores de la vida ciudadana. Estos compromisos deben ser recogidos por las políticas sectoriales abogando políticamente por su corrección y brindado cuidados y acompañamiento prioritario a grupos deprivados de población.

La evidencia acerca de los anteriores es abrumadora, y obliga al Constitucionalista a incorporar en la arquitectura constitucional, el principio de interdependencia de los derechos fundamentales de los ciudadanos buscando la armonía y complementariedad de dichos derechos.

Es necesario recalcar que la evidencia muestra que la acción del Estado centrada en los determinantes sociales incide positivamente en el bienestar de la comunidad-país, lo que agrega un componente ético relevante a este análisis¹⁰.

Por definición, las graves desigualdades en salud, puestas en evidencia desde hace décadas en Chile, se constituyen en *inequidades* al arrastrar consecuencias adversas para las personas, que son técnica y socialmente evitables y por las profundas injusticias sociales que conllevan. Aun cuando hay desigualdades que son aceptables existiendo acuerdos técnico-sociales de por medio, para las inequidades en salud, por definición, no es posible aceptar este escenario dual.

Expectativas respecto a la formulación del derecho a la salud en el actual proceso

Se espera un intenso y profundo debate respecto de los términos y alcances en que se redactará el derecho a la salud en una eventual nueva CPR de Chile.

Al respecto, podemos observar limitaciones de su

actual formulación, en cuanto el texto se interpreta como un derecho *limitado al acceso a prestaciones sanitarias*. Esta interpretación sesgada del derecho a la salud lo circunscribe a una interpretación prestacional, alejándola así de los principios fundamentales que parecen ser anhelados por el colectivo.

La formulación de este derecho en sus alcances aspiracionales (en cuanto a alcanzar el máximo goce posible de salud), constituye un elemento importante a considerar, el cual debe contemplar aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad⁵. Este derecho debe recibir su concreción en las demás fuentes del derecho, por de pronto, en la legislación que deberá en su caso reformular el sistema de salud, decisión que recae en el mundo parlamentario.

Desde el punto de vista legal, se esperan avances en la discusión y proposición sobre el diseño que el sistema de salud debe ofrecer para concretar este derecho reformulado. Principios como los ya señalados previamente deben quedar contenidos en este proceso de reformulación del sistema de salud (por ejemplo, sustentabilidad).

Como ya se ha señalado, se espera que las acciones comprometidas por el estado que conduzcan a incrementar el bienestar global de las personas (muchas de los cuales corresponde a los ya citados determinantes sociales en salud), sean recogidas en articulados complementarios al del derecho a la salud en la propuesta de CPR.

Por otro lado, los deberes de Estado corresponden a "obligaciones básicas mínimas" que se configuran en base a tres atributos complementarios: inmediatez (deben cumplirse plenamente en un momento dado), integridad y universalidad.

⁵ La interpretación prestacional del derecho a la salud se ha potenciado por la formulación de estrategias políticas sectoriales, como la de cobertura universal en salud, que ha estimulado a los Estados a aumentar el alcance de sus acciones. Ver: Anchoring universal health coverage in the right to health: What difference would it make? Policy Brief. World Health Organization, 2015.

Constituyen obligaciones básicas mínimas⁶:

1. Proteger el libre e igualitario acceso a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo (CPR, Artículo 19, N°9).

Las acciones de *promoción* son las iniciativas de fomento a las atenciones y cuidados respectivos, como son las campañas educativas sobre prevención, higiene y salubridad dirigidas a la población fomentando el autocuidado. Las acciones de *protección* son acciones de atención específicas, como procedimientos masivos de vacunación, control de fuentes de enfermedades, decomiso de alimentos en mal estado, combate al consumo de drogas, entre otras acciones.

Las acciones de *recuperación* de la salud son las prestaciones otorgadas por los profesionales y personal de salud destinadas a curar a una persona y superar su urgencia. Por último, las acciones de *rehabilitación* son aquellas posteriores a la recuperación y que tienen por objeto restablecer la funcionalidad del cuerpo o de partes de éste para la reintegración y/o fomento de la participación social de la persona. En atención a la situación chilena, es relevante hoy para el Estado considerar la esfera de los cuidados paliativos universales y los cuidados de fin de vida.

2. Al Estado le corresponde coordinar y controlar las acciones relacionadas con la salud (CPR, Artículo 19, N°9). Esto implica un conjunto de acciones estatales orientadas a fijar políticas, coordinar apoyos e integrar esfuerzos entre y para las instituciones públicas y privadas de salud.
3. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de acciones de salud, ya sea que su

prestación se verifique en el sistema público o privado (CPR, Artículo 19, N°9). Conforme a esto, el Estado fija las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, paliativo y de rehabilitación ya señaladas.

Se observa que en la CPR vigente el derecho a la vida e integridad física y psíquica, el derecho a un ambiente no contaminado y el derecho a la salud se encuentran tratados en números diferentes, pero no relacionados naturalmente entre sí, lo cual dificulta su comprensión y real aplicación, con el riesgo de vulnerar las condiciones en las cuales deben operar las obligaciones básicas mínimas. Es, en consecuencia, *necesario vincular* tales derechos

Al ser reconocido en la Constitución con un contenido específico, el derecho a la salud representa “un límite al legislador impidiéndole adoptar ciertas leyes y por otra, lo obliga a dictar ciertas normas”⁷.

Entendemos que, el mencionado derecho a lo menos debe garantizar a toda persona, el acceso a servicios de salud de adecuada calidad y seguros, en su acción de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; sin discriminación por motivos de raza, color, género, edad, discapacidad, origen, entre otros condicionantes; a participar en la toma de decisiones que afecten a su salud a nivel individual como colectivo.

El derecho a la vida digna y salud son interdependientes, indivisibles con los derechos a la alimentación, vivienda, trabajo y educación. Al igual que el derecho a la salud, para tales derechos, se espera también alcanzar los mayores estándares (calidad, seguridad, oportunidad). Da lugar a exigir un conjunto de acciones con tutela judicial adecuadas para demandar su satisfacción junto con imponer a los estados obligaciones de respetar, proteger y promover la salud de la población.

⁶Según la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los servicios médicos deben cumplir con una serie de elementos, a saber: *disponibilidad* tanto de los establecimientos, como de los bienes (medicamentos e implementos de salud) y servicios; *accesibilidad* física (vías de acceso a los establecimientos de salud expeditas para todas las personas) y económica (una persona no puede quedar sin acceso a prestaciones de prevención o tratamiento de enfermedades por razones económicas); *aceptabilidad* y respeto a la ética médica y cultura (fuertemente relacionado con el respeto a la medicina tradicional de los pueblos); y *calidad* desde un punto de vista científico y médico.

⁷Figuerola (2013)

¿Es necesario que el derecho a la salud sea reconocido en la Constitución?

No necesariamente. Algunos países, entre esos Chile en su carta política reconocen el derecho a la protección a la salud, en términos aspiracionales, como un derecho, como un deber, o en términos referenciales².

En la Constitución Política vigente Capítulo III, Artículo 19, N°9 se reconoce *“El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”*⁸.

Se aprecia en una primera instancia que este derecho está expresado en la CPR en términos de provisión de servicios y prestaciones (con un enfoque regulatorio), lo que permite en este documento profundizar en torno a su alcance general.

Es conveniente también señalar que la CPR vigente es, en términos comparativos, extensa en su redacción⁹. La propuesta de derecho a la salud que consideraba el texto constitucional rechazado resultó más extensa en su redacción, a saber:

Artículo 44

- 1) Toda persona tiene derecho a la salud y al bienestar integral, incluyendo sus dimensiones física y mental.

2) Los pueblos y naciones indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales, a mantener sus prácticas de salud y a conservar los componentes naturales que las sustentan.

3) El Estado debe proveer las condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de la salud, considerando en todas sus decisiones el impacto de las determinantes sociales y ambientales sobre la salud de la población.

4) Corresponde exclusivamente al Estado la función de rectoría del sistema de salud, incluyendo la regulación, supervisión y fiscalización de las instituciones públicas y privadas. 5. El Sistema Nacional de Salud es de carácter universal, público e integrado. Se rige por los principios de equidad, solidaridad, interculturalidad, pertinencia territorial, desconcentración, eficacia, calidad, oportunidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación.

5) Asimismo, reconoce, protege e integra las prácticas y conocimientos de los pueblos y naciones indígenas, así como a quienes las imparten, conforme a esta Constitución y la ley.

6) El Sistema Nacional de Salud podrá estar integrado por prestadores públicos y privados. La ley determinará los requisitos y procedimientos para que prestadores privados puedan integrarse a este Sistema.

7) Es deber del Estado velar por el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones públicas de salud.

8) El Sistema Nacional de Salud es financiado a través de las rentas generales de la nación. Adicionalmente, la ley podrá establecer cotizaciones obligatorias a empleadoras,

⁸ Ver Ley 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.

⁹ Las constituciones de los países de la OCDE tienen en promedio 10 mil palabras. La CPR de 1980 de Chile contiene 27 mil palabras (Tsebellis, G. “En Chile quieren incluir muchos derechos sociales en la Constitución”. The Clinic, 12-05-2014).

empleadores, trabajadoras y trabajadores con el solo objeto de aportar solidariamente al financiamiento de este sistema. La ley determinará el órgano público encargado de la administración del conjunto de los fondos de este sistema.

9) El Sistema Nacional de Salud incorpora acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, habilitación, rehabilitación e inclusión. La atención primaria constituye la base de este sistema y se promueve la participación de las comunidades en las políticas de salud y las condiciones para su ejercicio efectivo.

10) El Estado generará políticas y programas de salud mental destinados a la atención y prevención con enfoque comunitario y aumentará progresivamente su financiamiento.

La redacción de dicho texto, que vincula salud con bienestar, pretendió condicionar, a nivel constitucional, aspectos que son responsabilidades propias del legislador (Ej. la modalidad de sistema de salud a adoptar, en cuanto a lo público y privado, la forma de financiamiento de dicho sistema).

Artículo 16. 21. El derecho a la protección de la salud en sus dimensiones física, mental y social.

a) El Estado protege el libre, universal, igualitario y oportuno acceso a las acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de dichas acciones, asegurando su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, abordando sus determinantes sociales y ambientales, de conformidad a la ley. b) Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de

las acciones de salud, a través de instituciones estatales o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley.

c) El Estado deberá crear, preservar y coordinar una red de establecimientos de salud, de acuerdo con estándares básicos y uniformes de calidad.

d) El Estado fomentará la práctica deportiva con el fin de mejorar la salud y calidad de vida de las personas. (Anteproyecto de Constitución Política de la República de Chile, capítulo II, artículo 16 N° 21).

Para efectos de obligaciones, lo importante no es quien provee, sino las condiciones de provisión. Los recursos deben distribuirse de acuerdo con la necesidad y no por la capacidad económica. En otros términos, ello significa exigir que el Estado – por la vía de la redistribución de recursos- garantice que todos vean cubiertas sus necesidades básicas, es decir, aquellas que resultan imprescindibles para una vida digna.

I. Valores que se deben consagrar en la Carta Constitucional.

Las personas nacen, se desarrollan y mueren libres e iguales en dignidad y derechos.

La dignidad es el valor intrínseco de cada persona que la hace única e irrepetible, siendo esta cualidad la fuente de los derechos fundamentales de todo individuo de la especie humana. Vinculado con estos conceptos, puede reconocerse en la CPR, Capítulo III, Artículo 19, N°1, lo siguiente: “*La Constitución asegura a todas las personas: El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. La ley protege la vida del que está por nacer [...]*”.

Artículo 1.1. La dignidad humana es inviolable y la

base del derecho y la justicia. Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Su respeto y garantía es el primer deber de la comunidad política y de su forma jurídica de organización. (Anteproyecto de Constitución Política de la República de Chile, capítulo I, artículo 1 N° 1).

Por naturaleza, el ser humano es un ser social, lo que le da un carácter particular respecto de sus derechos: la dimensión individual y la dimensión colectiva (dimensión poblacional o comunitaria, de bien común).

El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común (que se condice con la dimensión colectiva del ser humano), para lo cual debe contribuir a crear las condiciones que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización material y espiritual posible. El Estado reconoce y ampara a los grupos intermedios¹⁰ a través de los cuales la sociedad se organiza y estructura y les garantiza la adecuada autonomía para cumplir sus propios fines específicos.

II. Principios de la acción de las personas, de las comunidades y del Estado en relación con la vida y salud ¹¹.

• **Estado garante:** La existencia del derecho a la vida y salud implica el deber intransferible e irrenunciable del Estado de garantizar su cumplimiento. Ello implica la consideración de garantía de oferta de servicios básicos a la población, entendido esto como un derecho de carácter universal.

• **Bien común,** el cual comprende al conjunto de aquellas condiciones materiales y espirituales con las cuales personas, familias y comunidades pueden lograr con mayor plenitud y facilidad su propia

perfección. En otras palabras, el bien de todos y cada uno. El bien común es el fin del Estado. En el caso chileno, el derecho a la salud corresponde a un derecho prestacional (se expresa como “el derecho a la protección de la salud”), siendo entendido como derecho individual en la CPR y tratado como derecho social en la jurisprudencia⁴.

• **Solidaridad,** entre las personas y sus comunidades, entendida como el valor ético-moral, vinculado a la idea de fraternidad, que obliga asumir como propio la necesidad de un tercero, haciéndose incluso, responsable de sus necesidades. Da cuenta del sentimiento de cohesión social basado en valores compartidos y en un destino común.

Para el Estado, es la obligación constitucional que responde al desequilibrio y diferencias de desarrollo y oportunidades económico-sociales entre las diferentes personas y comunidades, y que establece el deber de disminuir tales distinciones mandatando, a través de políticas públicas, la provisión adecuada de recursos y la redistribución de recursos.

• **Subsidiaridad.** Es la regla de reconocimiento de los grupos intermedios y del deber de amparo estatal de su adecuada autonomía y aporte al bien común. Este principio promueve que aquellas familias, vecindarios o comunidades locales que pueden resolver sus problemas de manera efectiva, lo hagan, y sólo, cuando no pueden, intervengan los gobiernos y otras estructuras de poder de nivel superior para proveerles de ayuda (es decir, *subsidium*)⁵.

Dos de los principales requisitos de la subsidiariedad son: (i) libertad y empoderamiento de las comunidades locales, sin interferencia, y (ii) coordinación entre las partes interesadas mediante la descentralización del poder. Para el derecho comunitario, este principio enriquece la idea de

¹⁰ Como ser, la Red de Salud UC-Christus.

¹¹ Los principios son enunciados normativos que contienen un mandato de optimización caracterizado por la indeterminación de sus condiciones de aplicación y por su cumplimiento gradual en función de las condiciones fácticas y jurídicas. La teoría de los principios cumple un rol fundamental en la teoría general de los derechos fundamentales. La comprensión de la norma de derecho fundamental se encuentra estrechamente vinculada a la noción de principios como una estructura normativa que se diferencia de las reglas, ya sea en su forma de aplicación, como en la solución de antinomias. En esta lógica, los principios constituyen piezas centrales para comprender el Derecho Constitucional contemporáneo, especialmente, en el marco de tribunales que tienen la competencia para controlar la constitucionalidad de las reglas fijadas por la ley (Diccionario Constitucional Chileno, 2014).

democracia, al intensificar la participación ciudadana en la esfera pública más cercana y favorece el control por los actores públicos. Debe servir como natural contrapeso a la tendencia natural del centro por acumular poder¹².

Para el caso chileno, y citando a Allard et al., *“parte del contenido del principio de subsidiaridad va a impactar directamente en la manera en que se concibe al derecho a la salud en la Constitución del 80. El modelo a través del cual se configura la prestación de los servicios de salud se formula sobre la base de dos sistemas a los que las personas pueden optar: un subsistema privado y un subsistema público”*.

Como crítica a este precepto, se debe señalar que el constituyente de 1980 no advierte que estos valores en el constitucionalismo europeo se enmarcan en regímenes políticos con altos y exigentes estándares democráticos, los que al momento de la promulgación de la CPR de Chile no existían.

Cabe señalar que en el sector salud este principio se ha teñido adversamente en su contenido valórico, dada la connotación negativa de la interpretación del rol del Estado como *“un Estado subsidiario con competencia limitada para realizar solamente aquellas actividades desechadas por los particulares, no recogiendo la vertiente positiva de dicho principio”*⁷.

• **Participación.** Las personas, comunidades y organizaciones tienen el derecho de participar en el mejoramiento y desarrollo de su propia salud. *“Asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional, obliga al Estado a ejecutar actos o implementar políticas que tutelen y garanticen a todas las personas (sin distinguir por raza, edad, sexo o condición) su derecho a tomar parte en la vida política, económica, cultural y social de la Nación con igualdad de oportunidades.*

En consecuencia, el Estado no sólo deberá amparar a nacionales y extranjeros su participación en los distintos ámbitos de la vida nacional, sino que también, deberá configurar las condiciones necesarias (ya sea equiparando o diferenciando) para que todo ser humano se desarrolle e interactúe con la sociedad, desde un mismo piso, punto de partida, o en equivalencia de medios o herramientas (sociales, espirituales, culturales, económicas, etc.), que sin garantizar su éxito o fracaso, permitan a cada cual decidir autónomamente la conducción de su vida. Así se concreta la finalidad propia del bien común” (Diccionario Constitucional Chileno, 2014). La participación no contempla, necesariamente, tomar a cargo funciones concretas y específicas, sino más bien, brindar la oportunidad de ser parte de la deliberación.

• **Sustentabilidad o Sostenibilidad:** Concepto propio del desarrollo sustentable, que se estima adecuado incorporarlo en el marco de la responsabilidad del Estado de asegurar continuidad en el ejercicio de los derechos y de las obligaciones que de ellos se deriven.

En otras palabras, este principio se apoya en el compromiso actual de dar razonables garantías del resguardo de derechos de las próximas generaciones, mediante el cuidado de los recursos necesarios para sostener los deberes del Estado y maximizar progresivamente el bien común. Desde el punto de vista interpretativo, adherimos al concepto de sustentable, orientado a la interpretación relativa a los recursos económicos requeridos responsablemente para la preservación del concepto.

Incluso parece atendible establecer en la Constitución la sostenibilidad fiscal entendida como *“la capacidad de las finanzas públicas de converger*

¹² Un ejemplo del concepto está representado por los Centros de Salud Familiar ANCORA UC, los cuales, con dependencia y control normativo de un Servicio de Salud (Representando al Estado), sirve a comunidades aledañas geográficamente con los servicios, las sirve según directrices del Servicio de Salud, aportando elementos de innovación respecto de sus prácticas. Dichas innovaciones en modelos de atención pueden, virtuosamente, generalizarse al resto de establecimientos según lo estime conveniente el Servicio de Salud mencionado.

en el tiempo a un nivel estable y razonable de deuda pública, en proporción al producto (PIB), que pueda ser ofrecida sin hipotecar a las generaciones futuras..... especialmente importante, cuando existen derechos sociales garantizados, pues sería una contradicción aumentar gastos sin el respaldo de recursos necesarios y dejar a las futuras generaciones.... sin acceso a los beneficios de que gozaron las generaciones precedentes.”¹³

“Un proceso es sostenible cuando ha desarrollado la capacidad para producir indefinidamente a un ritmo en el cual no agota los recursos que utiliza y que necesita para funcionar”⁸. Por lo tanto, para cumplir con el concepto y principio de sustentabilidad, se espera que las implicancias derivadas del bienestar sectorial global del país tributen virtuosamente en el bienestar financiero del sistema de salud que Chile adopte como diseño futuro. Asimismo, se debe considerar la intersectorialidad, es decir, contemplar el efecto que pudiera tener toda política pública en el componente o consecuencia sanitaria de sus acciones (ej. desarrollo urbano, política de vivienda, medio ambiente, educación, trabajo, seguridad social, etc.) ya que pueden propiciar mejores condiciones para la integración del concepto de “salud en todas las políticas”⁹. En el marco de la responsabilidad política en la implementación de cambios, es atendible el concepto de progresividad en la instalación de proceso de esta naturaleza.

• **Multiculturalidad:** es la expresión del pluralismo cultural, que promueve la no-discriminación por razones de raza o cultura, la celebración y reconocimiento de la diferencia cultural, así como el derecho a ella. El concepto también está vinculado con los de etnia, pertenencia o adscripción territorial, necesidad de reconocimiento y la postergación de derechos.

III. De los derechos y deberes constitucionales: la vida, la salud y el medio.

En el derecho internacional y en el marco de los derechos humanos, se reconoce el principio de *interdependencia* de los derechos entre sí, según lo cual la vigencia de algún derecho humano depende, a su vez, de la protección de otros derechos fundamentales, por lo que corresponde una interpretación armónica de los mismos. Bajo este prisma, no es admisible plantear divisiones u oposiciones (fragmentación) entre ellos.

La Constitución debe garantizar:

1. El derecho a la vida. *“Es la obligación de abstención frente a la amenaza, perturbación y privación arbitraria de la vida y la obligación de generar las condiciones materiales básicas de subsistencia. El Estado se encuentra sujeto tanto a obligaciones negativas como positivas. Entre las primeras, el Estado debe abstenerse de ejecutar conductas que afecten o eliminen la vida de la persona, como muertes extrajudiciales o la desaparición forzada de personas. Entre las segundas, debe promover y generar las condiciones materiales básicas de subsistencia que hacen posible la vida de las personas. En este aspecto, el derecho a la vida se coordina constitucionalmente con el derecho a la integridad física y psíquica y a la protección de la salud”* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014). Por su parte, consideramos que una eventual nueva redacción de la CPR debe hacer explícita la protección de la vida del que está por nacer y a través de todo el curso de vida. Nótese que el derecho a la vida es el más básico de todos los derechos humanos.

2. El derecho a la integridad física y psíquica. *“Esfera de inmunidad y de abstención, que conlleva una prohibición estatal y respecto de particulares*

¹³ FUNDACIÓN OBSERVATORIO FISCAL (2022).

¹¹ Los principios son enunciados normativos que contienen un mandato de optimización caracterizado por la indeterminación de sus condiciones de aplicación y por su cumplimiento gradual en función de las condiciones fácticas y jurídicas. La teoría de los principios cumple un rol fundamental en la teoría general de los derechos fundamentales. La comprensión de la norma de derecho fundamental se encuentra estrechamente vinculada a la noción de principios como una estructura normativa que se diferencia de las reglas, ya sea en su forma de aplicación, como en la solución de antinomias. En esta lógica, los principios constituyen piezas centrales para comprender el Derecho Constitucional contemporáneo, especialmente, en el marco de tribunales que tienen la competencia para controlar la constitucionalidad de las reglas fijadas por la ley (Diccionario Constitucional Chileno, 2014).

frente a interferencias ilegítimas en el organismo y la psiquis de la persona. El derecho, además, comprende la facultad individual para decidir sobre su propio cuerpo, en todos sus componentes, incluyendo sus facultades mentales" (Diccionario Constitucional Chileno, 2014). Este derecho se vincula radicalmente con la inviolabilidad de los seres humanos, el cual prohíbe la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes.

3. El derecho a vivir en un medio libre de contaminación. *"Es el derecho subjetivo sobre un nivel de protección del medio ambiente que garantice condiciones objetivas de salud pública, preservación de la naturaleza y conservación del patrimonio ambiental, compatibles con una determinada calidad de vida"* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014). Se trata de un derecho del individuo, de la comunidad y de las generaciones venideras que en definitiva permite la sustentabilidad de la vida.

La Ley sobre Bases Generales del Medio Ambiente (Ley 19.300) define los conceptos de "medio ambiente", "contaminación", "normas de emisión", "daño ambiental", "desarrollo sustentable", "cambio climático" o "conservación del patrimonio ambiental", entre otros conceptos. Con ello da cuenta de la complejidad de definir un solo término que englobe la noción del derecho a vivir en un medio ambiente libre de contaminación. En cumplimiento de este deber, los órganos del Estado dictan normas de emisión de contaminantes, aprueban normas de calidad ambiental o planes de prevención o descontaminación. Como se mencionó, la protección del medioambiente se ha asociado en las últimas décadas al "desarrollo sostenible", entendiendo que *"El derecho al desarrollo debe ejercerse en forma tal que responda equitativamente a las necesidades de desarrollo y ambientales de las generaciones presentes*

y futuras" (Declaración de Río de Janeiro sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, 1992).

En tal sentido, la protección del bien colectivo denominado medio ambiente es un auténtico fin estatal.

IV. Deberes y responsabilidades.

1. Deber de respeto por la CPR o defensa de la Carta Política. *"La defensa de la Constitución, también conocida como garantía de la Constitución, corresponde a la función que tienen todos los órganos del Estado de someter su acción a la Constitución y a las normas dictadas conforme a ella, y garantizar el orden institucional de la República"* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014).

"La defensa de la Constitución se ejerce en dos planos principales: primero, al ejercer las potestades públicas en conformidad a lo dispuesto en la Constitución y en las normas dictadas conforme a ella. Se trata de un corolario del principio de juridicidad y pilar básico del Estado de Derecho. Segundo, al fiscalizar y controlar las infracciones a la Constitución y las leyes en que puedan incurrir otros órganos del Estado" (Diccionario Constitucional Chileno, 2014).

La sujeción a la Constitución es una consecuencia obligada de su carácter de norma suprema que se traduce en un deber de distinto signo para los ciudadanos y los poderes públicos; mientras los primeros tienen un deber general negativo de abstenerse de cualquier actuación que vulnere la Constitución, sin perjuicio de los supuestos en que la misma establece deberes positivos, los titulares de los poderes públicos tienen además un deber general positivo de realizar sus funciones de acuerdo con la Constitución.

También los ciudadanos deben respeto a la Carta

Política o lo que algunos denominan el “patriotismo constitucional.” *“Con independencia de su denominación, en su alcance importa reconocer que el desarrollo de un orden jurídico está sostenido, además de normas, en prácticas que sean coherentes con los valores y principios en que se funda una sociedad democrática. Todos los días, en las relaciones de poder y en la interacción de derechos fundamentales se pone en práctica la vigencia, arraigo y profundidad del orden constitucional concebido como dinámico, abierto y plural respecto de los problemas que el presente y futuro ofrecen”* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014).

2. Deber de respeto de derechos de otros, entendido como obligación negativa de no obstaculizar o impedir el ejercicio de los derechos por parte de los demás. Si los derechos se tienen frente a los demás, también se tiene frente a los demás el deber de respetarlos. Los deberes son esenciales para la eficacia de los derechos. Según la eficacia horizontal de derechos fundamentales, estos son exigibles no sólo frente al Estado y sus órganos, sino también dentro de las relaciones entre particulares. En la realidad hay ciertos particulares que tienen igual o mayor poder que el Estado, en ciertos contextos, y ello conlleva una amenaza de naturaleza privada (no estatal) al ejercicio de los derechos fundamentales.

3. Cumplimiento de leyes y normas. *“Supone que el ejercicio de las competencias de las autoridades públicas se realice de conformidad con lo dispuesto en la Constitución y las leyes, de forma que se disminuya el riesgo de la extralimitación de funciones”* (Diccionario Constitucional Chileno, 2014). También todas las personas y organizaciones tienen el deber de cumplir y acatar las leyes y los demás actos que en ejercicio de sus funciones dicten los órganos del Poder Público.

4. Responsabilidad. Obligación general de cumplir todos los deberes para que sea posible la vida en comunidad. Si los deberes no se cumplen, los derechos no son eficaces, y sólo queda confiar en que sus garantías lo sean en la práctica. Conviene evitar esa brecha en el modelo de convivencia, pues capaz de convertir el Estado de Derecho en mera ficción. El principio de la responsabilidad pública significa que cada órgano del Estado debe responder ante la ley y ante los ciudadanos por sus decisiones, actos y omisiones. Esto significa que todos los ciudadanos, instituciones, empresas y componentes de la sociedad civil son responsables ante la ley por sus decisiones, actos y omisiones. Con respecto a la “responsabilidad ambiental”, todos los ciudadanos, instituciones, empresas y componentes de la sociedad civil son responsables ante la ley por sus decisiones, actos y omisiones en relación con el cuidado y protección del medio ambiente y del patrimonio ecológico territorial.

5. Deber de servicio a la comunidad. Obliga a toda persona a realizar trabajos que, como servicios, deben prestar con una finalidad de utilidad pública y sin derecho a retribución. Su fundamento deriva del principio de solidaridad y de la contribución a la consecución del bien común.

Bibliografía citada:

- ALLARD, Raúl y otros (2016): "El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario", Estudios constitucionales, vol. 14, N° 1.
- BANDRES, José Manuel (1999) Principio de Subsidiariedad y la Administración Local (España, Editorial Marcial Pons, primera edición).
- DE CAMPOS, Thana (2016): "The Well-being Conception of Health and the Conflation Problem", The New Bioethics, vol 22, N° 1: pp. 71-81.
- DE CAMPOS, Thana (2018) The Global Health Crisis. Ethical Responsibilities (Cambridge, Cambridge University Press).
- FIGUEROA, Rodolfo (2013): "El derecho a la salud", Estudios constitucionales, vol. 11, N° 2: pp. 283-332.
- Guía de Formación Cívica. La Constitución. (Biblioteca Nacional del Congreso) Disponible en: https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=10221.3/45675. Fecha de consulta: 07 de julio de 2023.
- IRWIN, Alex y otros (2006): "The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities", Public Library of Science, vol. 3: p. 106.
- KINNEY, Eleanor y CLARK, Brian (2004): "Provisions for Health and Health Care in the Constitutions of the Countries of the World", Cornell International Law Journal, vol. 37, N° 2: pp. 285-356.
- MARTÍNEZ, José Ignacio (2010): "Los Derechos sociales de prestación en la jurisprudencia chilena", Estudios constitucionales, vol. 8, N° 2: pp. 125-166.
- NEHME, Karim (2014) El principio de subsidiariedad en la Constitución Política de la República y su aplicación en materia de derechos sociales. Memoria para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- PICKETT, Kate y WILKINSON, Richard (2017): "Immorality of inaction on inequality", BMJ Clinical Research, vol. 356.
- Propuesta. Constitución Política de la República de Chile 2022. (Convención Constitucional Chilena) Disponible en: <https://www.chileconvencion.cl/wp-content/uploads/2022/07/Texto-Definitivo-CPR-2022-Tapas.pdf>. Fecha de consulta: 04 de julio de 2023.

Propuestas Constitucionales Febrero 2022 (Fundación Observatorio Fiscal)
Disponible en: https://observatoriofiscal.cl/Informes/2022.02.03_Propuestas_Constitucionales_desde_el_OGF/. Fecha de consulta: 04 de julio de 2023.

- POYANCO, Rodrigo (2019): "¿Necesita Chile un principio de Estado Social en la Constitución?", Actualidad jurídica, vol. 40: pp. 409-442.

- SARACCI, Rodolfo (1997): "The World Health Organization needs to reconsider its definition of health", BMJ Clinical Research, vol. 314.

- SEN, Amartya (2008): "Why and how is health a human right?", The Lancet, vol. 372, N° 9655: p. 2010.

Normas e instrumentos citados:

- CONFERENCIA DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL MEDIO AMBIENTE Y EL DESARROLLO: "Programa 21" (Rio de Janeiro, 3 de julio al 14 de julio de 1992).

- TRATADO POR EL CUAL SE ESTABLECE UNA CONSTITUCIÓN PARA EUROPA (29 de octubre de 2004).

2

Sistema, modelo de atención y financiamiento de la salud

Coordinadores:
Dr. Fernando Poblete
Dr. Álvaro Téllez

Introducción

La salud se ha entendido en gran parte del mundo como equivalente a un bien público^{1,2}, noción particularmente clara dado el esfuerzo de la Organización Mundial de la Salud por la Cobertura Universal³. Es decir, una comunidad o país busca proveer acceso a toda su población, para lo cual el conjunto de la sociedad debe aportar para acceder a este bien, normalmente a través de arreglos tributarios o contributivos, entre otras estrategias que además permitan la solidaridad y protección financiera para quienes cuentan con menores recursos y poseen mayor riesgo.

Por otro lado, el gasto en salud aumenta de manera constante en Chile y en el mundo. En el año 2000, en el mundo se gastaban en promedio 587 dólares por persona, mientras que, en el 2015, la cifra alcanzó los 1.300 dólares⁴ (dólares internacionales ajustados por paridad de poder adquisitivo-PPA). En términos globales, el 2014 se gastó en salud 9,2 billones de dólares, y para 7 años más (2030) se proyecta un gasto de 16 billones a nivel mundial⁵, estimaciones previas a la pandemia por COVID-19. Para el caso de Chile, solo como ejemplo, según datos de la OCDE, en el decenio 2008 a 2017 el gasto per cápita en salud prácticamente se duplicó⁶, y el aumento anualizado estimado del gasto per cápita para el período 2014-2040 es de 3,6%⁵. Además, datos recientes de la misma fuente, muestran que el gasto en salud per

cápita en Chile mostró un fuerte aumento en el período de Pandemia (2020 y 2022).^a

Considerando lo anterior, gran parte del mundo se enfrenta a la difícil tarea de mantener un amplio acceso al sistema de salud, a la vez que intentan mejorar la eficiencia del sistema, de modo de controlar la escalada de gasto mencionada. Además, varias economías desarrolladas se encuentran enfrentando desafíos importantes para el adecuado financiamiento en sus sistemas de salud, como el caso de Inglaterra y Francia, por nombrar algunos reconocidamente buenos modelos^{7,8}. En este contexto, Chile no es la excepción, y desde el inicio de las movilizaciones de octubre de 2019 en el país, el tema de la salud es uno de los aspectos recurrentes en la discusión pública. La pandemia por COVID-19, por otro lado, ha evidenciado la relevancia del sector frente a las amenazas que representan las enfermedades infecciosas emergentes y, por último, la reciente crisis del sistema privado de aseguramiento, afectada por sucesivos fallos de la Corte Suprema, muestra lo frágil de un sistema prestador de salud muy interrelacionado, de modo que los ajustes y mejoras se deben diseñar e implementar considerando este fuerte intercambio e interdependencia entre sectores prestadores público y privado.

En consecuencia, se hace evidente que nuestro sistema requiere de cambios importantes, discusión

^a OECD STAT. Disponible en <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

en la cual la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile pretende aportar con ideas que se suman a las ya propuestas por distintos actores. Si bien en el proceso de decisiones de políticas públicas sobre estos temas hay bastante información sobre posibles arreglos institucionales para reformular la estructura del sector salud, aún hay importantes aspectos contextuales que se deben considerar para lograr reformas que avancen de manera efectiva y eficiente en la resolución del problema, para lograr acceso y equidad en salud, como la población hoy lo demanda.

Considerando las principales demandas de la comunidad, antecedentes y estudios locales⁹ y fuentes oficiales^{10,11}, el diagnóstico de la necesidad de reformas se observa coherente entre distintas fuentes; las soluciones, sin embargo, muestran mayor heterogeneidad. Algunos aspectos de la problemática serán abordados brevemente más adelante. Se trata de un tema amplio y muy relevante, y las siguientes propuestas abordan los aspectos principales, ya que, debido a la extensión de cada tema y la necesidad de síntesis, en el presente análisis no se profundiza en cada uno de ellos.

En consideración a lo mencionado previamente, se propone que el Sistema de Salud que se construya para el futuro en Chile debe estar basado en las siguientes declaraciones o principios básicos:

La Salud Pública y la atención de salud son equivalentes a un bien público, que debe ser provisto por el conjunto de la sociedad, con acceso universal, solidaridad, equidad, calidad, transparencia y una fuerte participación social, considerando la centralidad en la persona como eje del sistema; con la eficiencia como un imperativo ético y técnico para los cambios que se requieren, y con un enfoque que incorpore los determinantes sociales de la salud.

PROBLEMAS Y PROPUESTAS.

Problema 1.

La actual organización del modelo de financiamiento del Sistema de Salud Chileno muestra importantes debilidades y riesgos en términos de equidad, eficiencia, segmentación y falta de solidaridad.

Además, se suman crisis contingentes adicionales, por un lado, de cobertura en el sistema público (listas de espera y falta de financiamiento), y de sostenibilidad en el privado, lo que expone la fragilidad actual y la urgente necesidad de planificar ajustes en el mediano y largo plazo.

El financiamiento de un sistema de salud consta, en términos generales, de tres grandes funciones que se deben cumplir, y que deben alinearse para el logro de los objetivos que un país se proponga en materia de salud. Estas funciones son¹²:

- a. Recolección de recursos (impuestos generales, contribuciones, entre otros);
- b. Mancomunación (administración de los recursos en una o más organizaciones, cuyo foco es la difusión de riesgos y evitar vincular el evento de necesitar asistencia de salud con la capacidad de pago de la persona); y
- c. Sistema de compra o transferencias a prestadores de salud, que incluye la definición del conjunto de beneficios a entregar a las personas.

Cada una de estas funciones tiene desafíos importantes y muy relacionados unos con otros. Del mismo modo, dependiendo del conjunto de arreglos que cada país posea, se pueden observar algunas consecuencias en los sistemas de salud.

Así, la experiencia comparada mundial muestra

que sistemas como el chileno son ineficientes en la asignación del gasto¹³, particularmente por los problemas en las fases de recaudación y de mancomunación, donde se dispone de un fondo público (FONASA) y seguros privados. Algunos factores que explican esto son: Chile posee un sistema privado menos regulado, con tendencia inflacionaria en los precios y con fuerte discriminación por riesgo (aquellos de más riesgo deben pagar primas más caras), que, pese a la reciente eliminación de las diferencias de precio por sexo y moderación de la tabla de factores por la Superintendencia, se mantienen diferencias en la cartera de afiliados, lo que ha generado los fallos de la Corte Suprema conocidos. Esto es justamente contrario a los fundamentos de un esquema de seguros de salud, donde la difusión de riesgo es un objetivo de eficiencia. De este modo, la evidencia muestra que el sistema actual posee múltiples debilidades, genera inequidades entre subsistemas, poca transparencia en el sector privado de aseguramiento con instrumentos de selección de riesgos, así como definiciones de primas de manera individual, lo que encarece los planes de salud según riesgo^{14,15}. Asimismo, se observan problemas importantes de déficit de financiamiento en el sector público. Aproximadamente, el gasto privado y público resultan equivalentes al 2021 (56% gasto público aproximadamente, según datos del Banco Mundial), en condiciones que el sector privado de aseguramiento no representa más del 20% de sus usuarios, en comparación con el sector público¹⁶. Además, una porción importante del gasto privado se debe al gasto de bolsillo de beneficiarios de ambos sistemas¹⁷. Esto genera riesgo financiero para las familias y problemas de acceso.

Considerando las circunstancias actuales, en

particular lo relacionado a la crisis generada por los fallos de la corte suprema respecto de la tabla de factores, precios de los planes y el precio GES más recientemente emitido, es pertinente una breve discusión al respecto. Un elemento relevante que surge de la crisis, ante la posibilidad real de desaparición del grueso de las ISAPREs, son los evidentes y potenciales efectos para el sistema público (por la carga de nuevos afiliados que eventualmente asumiría en un breve período), así como para los actuales beneficiarios del seguro privado. No se profundizará en las menciones de estos efectos, ya que ha sido ampliamente desarrollado en las distintas instancias institucionales (comisión de Salud del Senado), así como distintas propuestas y análisis de distintas organizaciones (centros de pensamiento, Colegio Médico, entre otros). Lo cierto, es que parece haber consenso en que se requiere de medidas de coyuntura (que pueden ser de mediano y largo plazo) y una proyección de largo plazo, en términos de reformas más profundas y un proceso de implementación suficientemente amplio y con etapas o pasos que se deben cumplir para avanzar.

En cualquier caso, las propuestas realizadas en la primera versión de este libro, se anticiparon muchas de las alternativas de acción que hoy son claramente necesarias.

Para sintetizar los desafíos en este contexto, se plantean los siguientes aspectos clave:

- Dotar de estabilidad y proyección de mediano o largo plazo al sistema privado de salud, con foco particular en el sector prestador. Implementar nuevas regulaciones y mecanismos para mejorar eficiencia y controlar escalada de gasto
- Diseñar e implementar soluciones de corto plazo a problemas más agudos del sistema público y

mejorar financiamiento de manera progresiva, mejorando la eficiencia del sistema.

- Identificar los objetivos de reforma de mediano y largo plazo y las alternativas viables.
- Fortalecimiento de las instituciones del Estado que serán claves para las reformas necesarias, y mejorar la eficiencia del gasto en salud, un mínimo para lograr eficacia gubernamental en sus políticas de salud.
- Implementación progresiva, en un plazo de varios años, de las reformas, necesarias y habilitantes, para el modelo de salud que se busca.
- Evaluación permanente y manejo anticipatorio de las contingencias propias de un proceso de reforma.

Un proceso de reforma a la salud es usualmente largo, complejo e incluye múltiples dificultades que enfrentar, entre las cuales las necesidades de financiamiento adecuado, y su asignación y gasto eficiente son pasos habilitantes de mejores resultados. Considerando que el objetivo de este capítulo no es un análisis profundo de la situación actual, y una propuesta pormenorizada de las alternativas de solución, un buen punto de partida son las consideraciones mencionadas previamente, y algunas de las propuestas principales que siguen, considerando que, al menos, el diagnóstico es más o menos compartido.

Propuesta 1

Iniciar una transición a un modelo más eficiente

Considerando el contexto, en el que no parece factible un proceso de transición planificada, en el mediano plazo, a un nuevo sistema de salud, algunos hechos parecen relevantes de tener en la consideración sobre qué se puede lograr, y cuál sería

la mejor manera de hacerlo, entre ellos:

a. Incremento permanente del gasto en salud, que lleva a una carga económica permanente a los beneficiarios del sector privado. Esto, sumado al aumento del costo de la vida que se ha visto en Chile y en el mundo, la capacidad de sostener cierto nivel de gasto en salud se puede ver limitado en los grupos socioeconómicos más lábiles, y en particular en el grupo de jóvenes, lo que podría facilitar la migración al sistema público de salud. Esto es en parte explicación de la actual migración a FONASA de personas del sistema privado de aseguramiento, y que podría seguir ocurriendo en el futuro si las condiciones del entorno económico no cambian sustancialmente en el corto plazo.

b. Peso relativamente modesto en el aporte de la contribución obligatoria de los afiliados al sistema privado, de pasar por completo al sistema público. Esto implicaría, que su aporte del 10% promedio en el sistema actual, pase a un 7%, el legal. Al comparar datos del 2022, provenientes de los informes financieros sobre Isapres de la Superintendencia de Salud y del Balance de Gestión Integral (BGI) de DIPRES sobre FONASA, se puede estimar cual sería el aporte en relación a la ejecución presupuestaria de FONASA 2022. Así, el 7% legal del grupo de Isapre correspondió a MM\$2.608.624, cerca de un 22% del presupuesto de FONASA. Sin embargo, habría que restar, como potencial aporte a redistribución al Fondo Único el gasto en licencias médicas (SIL) de este grupo, con lo que el aporte bajaría a MM\$1.628.546.961, llegando a un 14% del presupuesto de FONASA aproximadamente. Ahora, si se resta un porcentaje estimado en gasto en prestaciones, por ejemplo, entre un 50

a 60% de gasto del monto remanente, el aporte a redistribución podría fluctuar entre un 6 a 7% del presupuesto de FONASA de 2022, con esos supuestos de uso bastante conservadores. Es decir, unos MM\$651.418.784 en el piso del supuesto, lo que si bien es una cifra considerable, y puede equivaler a la operación anual de tres a cuatro grandes hospitales, no necesariamente el consumo de ese grupo corresponda a tal porcentaje, muy probablemente se encuentra más cerca de un 70 u 80% de uso del aporte de su 7% que resta luego el gasto en SIL.

c. Cada vez son más relevantes los aportes del estado (en base a impuestos) al financiador público de salud, que según datos del BGI mencionado de FONASA 2022, llegan a alrededor del 80% de la recaudación, y tan solo un 17% proviene de las cotizaciones. De este modo, aplicando una regla lógica muy simple, los beneficiarios del sector privado podrían requerir un aporte complementario desde impuestos, que quizás no resulta equivalente al 80% actual, pero algún grado adicional se podría requerir. Esto, es un escenario alternativo al planteado anteriormente, donde incluso habría una cantidad disponible para redistribuir. En este escenario, más bien, implicaría mayor inversión del Estado, lo que podría parecer posible. De cualquier modo, la lógica sugiere que se deberá incrementar, ante todo evento, el aporte estatal, considerando la mayor necesidad de recursos dadas las restricciones del sistema público actualmente. Asimismo, un aumento de uno o dos puntos en la contribución parece complejo, considerando que la reforma de pensiones ya tiene ese mecanismo incorporado. Esto hace pensar, que los recursos que aportarán

los beneficiarios del sector privado no son de la relevancia suficiente como para que el conjunto de riesgos mejore sustancialmente la eficiencia, logrando suficiente redistribución entre quienes tienen más y quienes tienen menos.

d. Lo ya mencionado: la salida, en un corto plazo, del asegurador privado, por su contribución a la actividad de los prestadores del mismo sector, podría desencadenar efectos indeseables relevantes más allá del sistema asegurador.

En síntesis, se deben balancear los beneficios de un cambio en el mediano plazo, versus los posibles riesgos, y así tomar opciones que impliquen el menor riesgo posible para todo el sistema. De este modo, una propuesta factible sería:

a) Multifondos y transición a un Fondo Único de Salud

Avanzar hacia un Sistema de Salud que contenga algún modelo de Fondo Mancomunado único de salud (real o virtual).

La disparidad de recursos y diferencias en los riesgos asumidos por los distintos segmentos (Isapre y FONASA) resulta difícil de justificar, por lo que cualquier solución debiera eliminar esa situación o, de mantenerla, sería necesario establecer algún tipo de unificación y nivelación entre ambos grupos. Si bien un sistema de mancomunación público único es una opción atractiva para Chile (un solo fondo, que administre todos los recursos de salud para Chile) ya que puede resultar más eficiente, permitiendo administrar de mejor manera el riesgo de la población e incorporar mecanismos para el control del gasto, es claro que en el corto y mediano plazo ello no parece factible.

Pese a que la experiencia mundial comparada muestra que una solución frecuente es poseer un fondo único para administrar los recursos, y así mejorar las funcionalidades de un sistema que asume la salud pública y la atención de salud como un equivalente a un bien público. Desde el punto de vista técnico, las alternativas para crear un modelo de mancomunación único, en este caso se resumen en tres^{20,21,22}, y para el caso concreto de Chile, al menos se debe considerar que el modelo de transición tendría que ajustarse a un sistema multi-seguros, por lo anteriormente expuesto. Posteriormente, se podría avanzar, según si se cumplen ciertos procesos para ello, a un sistema distinto.

- a. Un sistema de multi-seguros que redistribuye según riesgo entre los fondos, generando así un fondo “único virtual”.
- b. Un sistema de seguro único nacional.
- c. Un sistema nacional de salud, financiado por impuestos.

Para entender la factibilidad de cada una de estas alternativas, así como cuán recomendable puede resultar alguna alternativa sobre las otras, para el caso de Chile, a continuación, se presenta el escenario probable y se discuten brevemente ventajas y desventajas:

- a) La opción de un sistema multi-seguros, que en la práctica corresponde a distintos mancomunadores y que en ciertos diseños incluye competencia por asegurados. Este sistema también es llamado fondo único virtual, ya que a través de mecanismos de ajuste de riesgo permite redistribuir recursos entre los distintos seguros según la cartera de asegurados, asemejándose a un fondo único real. Para el caso de Chile, permitiría cierta continuidad del

esquema actual, pero integrando mecanismos para equiparar los distintos seguros (público y privados). Sin embargo, se requiere de niveles de regulación importantes, y que de implementarse necesitaría de incentivos y controles a la selección de riesgos (es decir, evitar ingresar en algunos seguros a personas con mayor riesgo). Esta opción posee más altos costos de transacción y genera la necesidad de decisiones complejas sobre cómo regular el ingreso a distintos seguros disponibles. En el contexto actual, el proceso implicaría, a través de la ley corta de ISAPRE lograr la estabilidad del sistema privado de salud, para integrar nuevas regulaciones que aborden los grandes problemas que se han identificado ampliamente, y que también, en parte, se reflejan en los fallos de la Corte Suprema. Entonces, junto con lograr estabilidad, se debe incluir muy importantes regulaciones al conjunto del sector privado; tanto por los precios de los planes, el uso de la tabla de factores, sistemas de compensación de riesgo, evitando la migración de adultos mayores a FONASA, y mecanismos para mejorar la eficiencia en el sector prestador. Asimismo, incluir regulaciones que incentiven un modelo más sanitario en el sector, y que generen sistemas equivalentes al público en términos promocionales y preventivos (registros y control de objetivos sanitarios, un modelo de APS equivalente, entre otras alternativas). Así, en un proceso más avanzado, incorporar alguna aproximación a fondo único virtual más desarrollado.

- b) En un proceso de más largo plazo, se podría avanzar a un Seguro único Nacional. El seguro único nacional debería reunir los cotizantes del sector privado de aseguramiento con los del

sector público, permitiendo mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos. Por supuesto, ello requiere que el nuevo seguro público debería ser una institución técnica con alta capacidad de gestión, independiente, y capaz de responder a las necesidades epidemiológicas de la población, con una gobernanza que incorpore la representación de los asegurados. Este seguro único debería incluir también al actual sistema de las FF.AA y de orden. Respecto del sistema de salud laboral, se deberá analizar la conveniencia de integración al seguro único, de acuerdo a las ventajas y desventajas de aquello, lo que no es del todo claro y podría hacer más complejo el proceso inicialmente, por lo que se recomienda analizarlo en un estado más avanzado del proceso de cambio.

La cartera de servicios (conjunto de problemas y prestaciones a cubrir) tendrá que ser definida de acuerdo a criterios de necesidad y evidencia de las soluciones, con un alcance amplio para los requerimientos de salud de la población. Es decir, el plan de salud universal debe contener las soluciones que se necesitan para el perfil epidemiológico actual, con estricto control para evitar gastos ineficientes o tratamientos sin soporte en la evidencia. Algún mecanismo adicional se puede definir para el tratamiento de condiciones de alto costo.

Por último, es importante mencionar que por la información disponible y la ya planteada, se sabe que el 7% actual no es suficiente para lograr una adecuada cobertura. En el subsistema público actual se agregan aportes estatales que superan la contribución de los afiliados a FONASA, y en el sistema privado la cotización promedio agrega unos 3 puntos porcentuales al legal. Es decir, en

cualquier caso, al transitar a un seguro nacional único, se deberá contemplar muchos más recursos para lograr cubrir la brecha.

Considerando la factibilidad práctica y técnica, esta sería una alternativa recomendable a largo plazo, considerando que en el proceso de transición se debe cumplir ciertas etapas, que de no cumplirse, no permiten implementar con seguridad y sustentabilidad este modelo. Entre estas etapas, se podría mencionar:

- Aumento progresivo del financiamiento del sector público (probablemente en base a impuestos generales)
- Estándar de prestación de servicios alto, con tiempos de espera controlados y conocidos, y con niveles de subvención altos (o gratuitos, como es actualmente con el copago 0), incluyendo mayor disponibilidad de fármacos.
- Sistemas de gestión (procesos, personas e información) y Gobernanza fortalecidos.

Así, el proceso de cambio podría, en algunos escenarios, resultar natural, al competir con el sistema privado de salud en términos de estándares, pero a niveles de subvenciones mucho mejores. Esto último, sería un incentivo cada vez más importante, a la luz de los altos costos actuales y las coberturas disponibles para los beneficiarios del sector privado. Lo anterior generaría un cambio progresivo.

c) Finalmente, un sistema nacional de salud, financiado por impuestos, tiene el desafío de convertir no solo el aporte actual de las contribuciones (7% legal) en impuestos, sino que se debe generar mayores ingresos como ya se ha mencionado, lo que genera problemas desde el

punto de vista de la recaudación, más aún en un contexto de reformas paralelas en otros ámbitos sectoriales. De este modo, requiere de un ajuste técnicamente mucho más complicado en el mediano y largo plazo, por lo que, siendo una buena alternativa, sería difícilmente aplicable en estos momentos. Además, ya se tiene amplia experiencia con FONASA como gestor de recursos recaudados, a la vez que en la práctica ya se basa en buena parte en impuestos generales, principal fuente de ingresos para FONASA, por lo que no es clara la necesidad de una redefinición a un Sistema Nacional de Salud.

Desde la perspectiva de la experiencia comparada y la evidencia disponible, si bien la literatura analítica de calidad no es abundante, la revisión sistemática más reciente²³ muestra que un sistema con fondo único real (single payer) es mejor en términos de equidad, reducción de costos administrativos, mejor gestión del riesgo y negociación. Por otro lado, sistemas con múltiples fondos o seguros (multi-payer) ofrecen más posibilidades de elección, tienen más costos administrativos puesto que requieren sofisticados sistemas de regulación y control, y son más difíciles de ser sujeto a captura gubernamental. Otras fuentes muestran resultados favorables al fondo único²⁴, y un estudio más antiguo analiza datos de los países de la OCDE que muestra mejoras ligeras en el fondo único, aunque la calidad de la información presentaba debilidades²⁵. En cualquier caso, el contexto específico es importante, y ninguna alternativa está exenta de riesgos y desafíos en su implementación.

Se debe analizar, por otro lado, la gestión del subsidio de incapacidad laboral (SIL), si mantenerlo en la nueva institucionalidad de FONASA o en una organización distinta.

Se deberá analizar los impactos de distintos escenarios respecto del uso estimado de servicios del nuevo gran grupo de beneficiarios asegurados, para planificar la mejor estrategia de cambio, incluyendo el grupo de personas que seguirán utilizando el sector privado de aseguramiento (en su nuevo formato) y sistema privado prestador con nuevas regulaciones y negociaciones de precios.

Finalmente, un eventual cambio a Fondo Único de Salud necesitará de un amplio período de tiempo para completarlo, en la medida que se puedan cumplir las etapas necesarias para ello.

Problema 2.

Uno de los grandes desafíos en los sistemas de salud en el mundo es la falta de eficiencia, que adopta distintas formas de expresión, como, por ejemplo, la entrega de servicios o intervenciones de poco valor o definitivamente innecesarias. La epidemia de cesáreas en el mundo es un claro reflejo de ello²⁶: en el planeta, entre el año 2000 y el 2015, casi duplicó su número²⁷. En Chile la situación no es muy distinta, muy por sobre el 15% aproximado recomendado por OMS²⁸, con un 40% en el sistema público y cerca de un 70% fuera de este sistema. La misma OMS refiere que entre un 20 a 40% de los recursos en salud se pierden por ineficiencias³, según la OCDE, 1 de cada 10 pacientes es dañado en sistemas de atención, y en Australia, Bélgica, Canadá, Francia, Italia y Portugal se reporta que al menos 1 de cada 5 visitas a urgencia son inapropiadas²⁹, por mencionar solo unos pocos ejemplos. Cualquier reforma al sistema de salud en Chile debe considerar abordar de manera profunda estos desafíos, para lograr mitigar el incremento en los costos del sistema, reorientando recursos para su mejor uso y así, en último término, responder

a las necesidades de la población. Asimismo, en la solución de este problema no solo se debe abordar la perspectiva de micro-gestión (mejoras en competencias, procedimientos, procesos, entre otros, a nivel local), sino que también fuertemente la macro-gestión (normativas, estructuras de sistemas, formas de organización, entre otras) del sistema de salud, puesto que esto último facilita la aplicación de estrategias locales para mejorar la eficiencia.

Propuesta 2.

Se requiere una profunda reforma al Estado y las instituciones relacionadas, así como a la gestión del Sistema de Salud. Asimismo, es importante redefinir el modelo de gobernanza para avanzar a un nuevo sistema de salud.

Una tarea como la de reformar el sistema de salud, en particular con el foco en un seguro único y un plan de salud universal, implica un esfuerzo importante en dotar al nuevo sistema de gestión con fuertes capacidades institucionales, regulatorias y de administración. La provisión de bienes públicos requiere de alta efectividad gubernamental^{30,31,32}, ya que ello permite mayores posibilidades de éxito y mejor uso de los recursos. Asimismo, es claro que la gobernanza es un aspecto crítico para el funcionamiento de todos los sectores³³ y en particular salud³⁴, ya que facilita esta efectividad gubernamental, por lo que es necesario un modelo de gobernanza con participación organizada y efectiva de quienes son beneficiarios del sistema. De este modo, junto con un asegurador público independiente, moderno, con capacidades de gestión de primer nivel, se requiere una superintendencia que a la vez pueda regular y fiscalizar adecuadamente al asegurador y prestadores, como sistema de control independiente

y organizado. Un riesgo que se debe evitar es que estas instituciones funcionen con menos recursos de lo requerido. Asimismo, se debe lograr que se transformen en una repartición del Estado susceptible de ser controlada adecuadamente, que cuente con gestores con capacidad técnica y con fuerte conocimiento y consideración de la realidad de la primera línea, incorporando, por lo tanto, mecanismos para analizar el entorno local de las instituciones que gestiona. También, los sistemas prestadores de salud deben desarrollar capacidad de gestión y evaluación de alto nivel, a la vez que se debe fiscalizar el logro de metas y resultados de manera rutinaria. Por supuesto, ello en el contexto de disponer de condiciones habilitantes para un buen desempeño.

Este paso deberá ser necesariamente abordado si se busca reformar el sistema actual.

Problema 3.

Discutir sobre reformas al Sistema de Salud implica analizar el conjunto de funciones y la institucionalidad en que se organiza. Actualmente, en muchos lugares se discute marcos de organización e implementación, que permitan integrar la perspectiva de salud en otras áreas sectoriales y, en particular, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, lo que es consistente con la clásica de definición de sistema de salud de OMS: “Un sistema de salud consta de todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar o mantener la salud”³⁵. De acuerdo a esta mirada, la prestación de servicios de salud es uno de los componentes, pero suele captar gran parte de la atención. En tal sentido, un esfuerzo importante se viene realizando bajo la perspectiva de “Salud en Todas las Políticas” en el mundo^{36,37,38}. Si bien

en Chile la estructura del ministerio considera esta dimensión, se podría pensar que la relevancia de las estrategias vinculadas a la promoción y prevención, en particular aquellas que requieren de la acción de varios sectores en el nivel local, puede ser expandida y mejorada en su capacidad de trabajar con otros ministerios sectoriales muy afines.

Propuesta 3.

Generar una institucionalidad para que ciertas funciones de salud pública, prevención y promoción posean una estructura interministerial fuerte.

Es fundamental para reorganizar el Sistema de Salud, distinguir dos grandes componentes: a) Salud Pública, Prevención, Promoción de la Salud y bienestar, misión transversal de todos los sectores del Estado, y b) Sistema de atención de salud. La salud en sus dimensiones de prevención, promoción y bienestar trasciende ampliamente un solo ministerio, por ello, se podría potenciar parte de esta función ya sea en una nueva estructura o creando una entidad dependiente de Ministerio de Salud pero más autónoma, que pueda articular mejor su rol, sin la constante tensión entre las otras funciones ministeriales, en particular la de la red de atención. Así, con una estructura interministerial fuerte y con presupuesto definido propio, se podría desarrollar estructuras de coordinación y trabajo conjunto con, por ejemplo, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) que implementa muchas políticas sociales que impactan fuertemente en salud de la población. Asimismo, se requiere una mejor integración con los gobiernos locales y las redes de atención de salud, para apoyar actividades de esta línea. Esto podría generar una acción más efectiva, integrada en todos los sectores, que evite la competencia

por espacios y financiamiento con el sistema de provisión de la atención, que consume buena parte del gasto. Asimismo, se diferencian mejor las acciones de promoción y prevención desde fuera de la red de atención, muchas veces sobrecargada con actividades de esa naturaleza y que, a la vez de resultar menos efectivo, compite con las actividades de prestación de salud.

Problema 4.

El rol que pueden desarrollar los prestadores privados en los sistemas sanitarios es muy importante, en particular en el logro de la cobertura universal ³⁹. La evidencia recolectada en múltiples estudios y análisis es variada y compleja. Se sabe que el sector privado de provisión interactúa de manera intensa con el sector público, e incluso se influyen mutuamente en sus prácticas y formas de organización^{40,41}; asimismo, en lugares donde los privados dominan el sector salud, las personas de menos recursos tienen importantes barreras para acceder a atención a través del pago por servicio^{40,41}, es decir, la tendencia del sistema es hacia conductas que favorecen la obtención de ganancias por sobre otras consideraciones. Sin embargo, en la medida que el sector privado de provisión se encuentre bien regulado, y sea parte de un sistema que financie los servicios de salud para todos, o sea prestador de atención fuera de un conjunto universal de servicios, puede ser un aporte al modelo general prestador^{42,43}. Un asunto relevante es la implementación de incentivos y sistemas de negociación de precios, para contener, en la medida de lo factible, la escala de costos propios de este sector.

Propuesta 4.

Prestadores de salud públicos y privados con diversos niveles de coordinación, incentivando modalidades sin fines de lucro y/o implementación de procesos de negociación de precios e incentivo a la eficiencia.

El sistema de prestación de servicios (domiciliario, ambulatorio y hospitalario) puede integrar la participación de privados, sin embargo, debe avanzar a incorporar un conjunto de estrategias para facilitar la contención de costos, como incentivar el modelo de instituciones sin fines de lucro, así como la negociación de tarifas que permitan definir un estándar de prestación y precios que reflejen los costos de las prestaciones y un margen que permita seguir funcionando y realizar las inversiones en tecnología e infraestructura de los prestadores. Posterior a la pandemia, ha sido claro que los prestadores privados serán necesarios en un nuevo modelo, considerando que hay un déficit de infraestructura en el sector público, y que se espera que se incorporen más personas a la red de atención pública, ya con problemas importantes de acceso. Por otro lado, se debe considerar que una fracción de los cotizantes del sector privado puede, aportando su 7% legal al fondo único, seguir prefiriendo aportar extra para obtener cobertura en prestadores privados bajo un modelo privado, por lo que no necesariamente todos utilizarán la red del seguro único. Hay experiencias exitosas en la región, con modelos de cooperación público-privada en dos países comparables a Chile.^{44,45,46,47,48,49,50,51,52}

Problema 5.

Como en la mayoría de los sistemas de salud, se deberá establecer un proceso de priorización

de coberturas que aborden la mayoría de las necesidades de salud de la población, de la manera más eficiente y equitativa^{53,54}. Hay diversos modelos y aproximaciones para la priorización y definición del conjunto prestaciones que serán de acceso universal^{55,56,57,58} que en todo caso son conocidos y utilizados en Chile, por ejemplo, en el proceso de priorización de las garantías GES.

Propuesta 5.

Plan Universal de beneficios garantizados.

La estructura del plan universal de beneficios se deberá construir en base a lo que actualmente existe en términos de oferta teórica de servicios (oferta programática de Atención Primaria de Salud pública, programas preventivos nacionales, FONASA Modalidad de Atención Institucional, Modalidad de Libre Elección, GES, Ley de Urgencia, Ley Ricarte Soto), que podrán ser re-analizadas y re-priorizadas a través de múltiples aproximaciones, que incluyan análisis de las necesidades de la comunidad, considerando las expectativas de las personas, usando evidencia y modelos de evaluación de programas nuevos y antiguos (que ya existen en Chile, pero que deben ser ampliados y mejorados). Una institucionalidad para la evaluación de tecnologías sanitarias sería un aporte a este proceso.

El control y permanente evaluación de los resultados será una necesidad, para evitar sobreuso y mal uso de intervenciones de salud. Un aspecto relevante en este punto es el excesivo gasto en medicamentos, que hoy alcanza a un 35% del gasto de bolsillo⁵⁹, problema que será abordado en otro capítulo.

Problema 6.

La estructura del sistema de prestación de servicios es un aspecto clave, sobre el cual existe abundante literatura y experiencia a través del mundo^{60,61,62,63,64}. Asimismo, el consenso internacional sobre la importancia de la Atención Primaria⁶⁵ es un aspecto que Chile ha implementado desde hace ya varias décadas.

Propuesta 6.

Provisión de servicios en una Red Integrada basada en Atención Primaria de Salud (APS).

El sistema prestador de salud se debe articular desde una atención primaria fuerte, puerta de entrada al sistema, con los principios tradicionales de centralidad en la persona y familia, enfoque bio-psico-social-espiritual que incorpore la multiculturalidad y continuidad de la atención. Estos principios son los que define el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, que si bien están declarados, no se han implementado del todo en nuestro sistema. Desde este punto de partida, se debe organizar la red de atención de manera que se integre para dar una respuesta efectiva y eficiente a las necesidades de las personas y comunidades (Redes Integradas de Servicios de Salud u Organizaciones Sanitarias Integradas).

Será necesario organizar a los prestadores (públicos y privados) con la estructura mencionada, de modo que no solo se entregue la mejor calidad de atención para la necesidad de cada persona, sino que también de la manera más eficiente, lo que implica un nivel primario de atención bien desarrollado y planificado, que interactúe de manera activa con los otros niveles de atención. Se requiere reforzar los mecanismos de

coordinación/integración tales como sistemas de información, protocolos de derivación y estructuras de seguimiento/acompañamiento de pacientes a través de toda la red.

La experiencia comparada muestra diversidad de formas de organización de los prestadores⁶⁴. En este marco, se abre una oportunidad para contar con modelos de organización de prestadores que permitan innovar y evaluar distintas estructuras posibles. En Chile, contamos con una muy fuerte participación de la prestación de APS por parte de los municipios, y en el nivel secundario y terciario por los Servicios de Salud.

Así, considerando la posible organización territorial con sistemas de prestadores integrados, que podrían incorporar prestadores de propiedad pública y privada sin fines de lucro, se amplía la posibilidad de identificar nuevas formas de organizar la APS y el resto de la red de atención, considerando como criterio primordial la integración y coordinación del sistema prestador regional. De esta manera, se puede repensar el rol de los municipios y de otros actores privados, sin fines de lucro, bajo el gobierno de un ente de gobernanza público descentralizado. Como se ha mencionado, en la Región de las Américas se cuenta con experiencias interesantes en sistemas de atención, con buenos resultados y que incorporan distintos tipos de prestadores^{44,45,46,47,48,49,50,51,52}.

Problema 7.

La ineficiencia es un permanente riesgo en el sistema de salud. Entre estos aspectos relacionados, el problema de los precios de los prestadores será un desafío relevante para enfrentar, pensando en la sostenibilidad del sistema. Precios demasiados altos presionarán al sistema en su capacidad de

financiar, de modo que será necesario avanzar en modelos de transferencia (mecanismos de pago) a públicos y privados sin fines de lucro, repartiendo el riesgo financiero entre ambos actores (asegurador y prestador), con estrategias mixtas, como per capitación (ajustada por riesgo) para atención primaria y mecanismos de pago como Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) para hospital y, cuando sea posible, pagos atados a soluciones (tipo PAD o Pago Asociado a Diagnóstico) o por desempeño. La idea es controlar calidad, eficiencia, transparencia y gobernanza^{53,54,66,67,68}.

Propuesta 7.

Mecanismos de pago o transferencia de recursos a prestadores/proveedores que incentiven la eficiencia y efectividad del sistema.

Los mecanismos para la compra o transferencia de recursos a los prestadores deberán considerar las mejores prácticas internacionales en mecanismos de pago, o compra estratégica^{69,70,71}. Desde ya, mecanismos de pago asociados al pago por prestación (fee-for-service) se deben eliminar en su mayoría, y solo tendrá una aplicación muy acotada, cuando el conjunto de mecanismos existentes (mecanismos mixtos de pago) requiera específicamente incentivar un tipo de prestaciones en que tal modalidad sea más eficiente. Para el futuro, se debe considerar pagos a APS vía capitación ajustada por riesgo, además de los pagos a hospitales vía GRD, que ya se viene implementando por FONASA. Sobre estas formas basales se pueden integrar otras formas, como pagos por programas estandarizados, pagos por soluciones y desempeño, entre otras opciones^{68,69,70}. Asimismo, para la generación de redes integradas, se podría considerar

combinaciones de lo mencionado previamente, en un contexto de una cápita poblacional global, donde al interior del territorio o red, los distintos mecanismos de transferencias se ejecuten para funcionar eficientemente para solucionar los problemas de salud de su comunidad.

Cada forma de transferir recursos a los proveedores posee beneficios y debilidades⁷². La evidencia, sin embargo, es clara en mostrar que el mecanismo de pago por acto (fee-for-service) es el que posee mayores efectos negativos, tanto para los pacientes, como para el sistema, ya que es inflacionario y estimula la actividad más que la calidad. En tal sentido, se debe combinar mecanismos de pago que distribuyen el riesgo entre los principales agentes (seguro y prestador) para incentivar calidad, transparencia y eficiencia^{53,54,66,67,68,69,70,71,72}.

Problema 8.

Los equipos de salud que se desempeñan en los sistemas de salud son esenciales, y se requieren en cantidad, competencias y distribución adecuadas^{73,74,75}.

Propuesta 8.

Planificación de la formación del recurso humano para el nuevo sistema de salud.

Se debe analizar las políticas de recursos humanos para salud, en particular las relacionadas a la provisión al sistema de salud de los integrantes del equipo de atención, adecuados en número y competencias. Esto implica revisar de manera importante las políticas de formación en las distintas instituciones educativas que participan en el sector salud, de manera de desarrollar

programas que se ajusten mejor a las necesidades del país y, en particular, en las capacidades que se requerirán para abordar los problemas de salud con suficientes competencias que permitan asumir nuevas funciones o redistribución de roles entre los equipos de salud, como por ejemplo las estrategias de sustitución de funciones^{76,77} o la formación de profesionales de enfermería de práctica avanzada^{78,79} en áreas relevantes para desempeñarse en distintos contextos y niveles de atención, con particular énfasis en temas de salud mental y psicosocial, manejo de condiciones crónicas y gestión de casos, entre otras.

Referencias:

1. Galea, Sandro. Public Health as a Public Good. Disponible en: <https://www.bu.edu/sph/2016/01/10/public-health-as-a-public-good/>
2. Karsten SG. Health Care: Private Good vs. Public Good. *The American Journal of Economics and Sociology* 1995; 54(2):129-144.
3. World Health Organization. World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage 2010. Disponible en <https://www.who.int/whr/2010/en/>
4. Current Health Expenditure Per Capita, PPP. Disponible en: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?name_desc=true
5. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015-40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet* 2017; 389(10083):2005-2030.
6. OECD (2019), "Health expenditure and financing: Health expenditure indicators". OECD Health Statistics (database). Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function_data-00349-en
7. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. The

United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2022; 24(1): i-192

8. Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, Chevreul K. France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2023; 25(3): i-241.

9. Villalobos P. Why Health Reforms Fail: Lessons from the 2014 Chilean Attempt to Reform. *Health Systems & Reform* 2019; 5(2):134-144.

10. Informe Comisión Presidencial de Salud, 2010. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/96c1350fbf1a856ce04001011f015405.pdf>

11. Informe Final Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

12. Gottret, Pablo; Schieber, George. 2006. Health financing revisited: a practitioner's guide (English). Washington, DC: World Bank.

13. Chiebert G, Baeza C, Kress D, Maier M. Chapter 12: Financing Health Systems in the 21st Century. En: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; New York: Oxford University Press; 2006.

14. Cid C y Uthoff A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Publica* 2017;41:e170.

15. Castillo C, et al. Health insurance scheme performance and effects on health and health inequalities in Chile. *MEDICC Review* 2017; 19(2-3):57-64.

16. World Bank (2021). Consultado en agosto de 2023. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=CL>

17. OECD. Estadísticas de Salud. Disponible en: <https://stats.oecd.org/>

18. Superintendencia de Salud. Estadísticas básicas de cartera del sistema Isapre a octubre de 2019. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-18137.html>

19. Dirección de Presupuestos. Informe de ejecución mensual período 2019, Fondo Nacional de Salud.

20. OECD/Eurostat/World Health Organization. Chapter 7: Classification of Health

Care Financing Schemes”, in: A System of Health Accounts 2011: Revised Edition, OECD Publishing, Paris. doi: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-9-en>

21. Ridic G, Gleason S, Ridic O. Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada. *Materia Socio Medica* 2012; 24(2):112-120.

22. van Kleef RC, van de Ven WP, van Vliet RC. Risk selection in a regulated health insurance market: a review of the concept, possibilities and effects. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2013;(6):743-752.

23. Petrou P, Samoutis G, Lionis C. Single-payer or a multipayer health system: a systematic literature review. *Public Health* 2018; 163:141e152.

24. Petrou P, The whole is greater than the sum of its parts: the importance of integrated, universal, and equitable healthcare coverage. *Journal of Medical Economics* 2019; 22(5):488-490.

25. Glied S. Single Payer as a Financing Mechanism. *J Health Polit Policy Law* 2009; 34(4):593-615.

26. Editorial: Stemming the global caesarean section epidemic. *Lancet* 2018; 392(10155):1279.

27. Boerma T, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 2018; 392(10155):1341-1348.

28. World Health Organization (WHO). WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization. 2015. (WHO/RHR/15.02). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1

29. OECD. Tackling wasteful spending on health. 2017. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Tackling-Wasteful-Spending-on-Health-Highlights-revised.pdf>

30. Arora P, Chong A. Government effectiveness in the provision of public goods: the role of institutional quality. *Journal of Applied Economics* 2018; 21(1):175-196.

31. Sánchez I, Cuadrado-Ballesteros B, Frias-Aceituno J. Determinants of Government Effectiveness. *International Journal of Public Administration* 2013; 36(8):567-577.

32. Hauner D, Kyobe A. Determinants of Government Efficiency. *World Development* 2010; 38(11):1527-1542.

33. Kaufmann, D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. Governance matters. The World Bank 1999, Policy Research Working Paper, WPS2196.
34. World Health Organization (WHO). Health Systems Governance for Universal Health Coverage: Action Plan. Geneva: World Health Organization. 2014. Disponible en: https://www.who.int/universal_health_coverage/plan_action-hsgov_uhc.pdf
35. World Health Organization (WHO). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action, 2007. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
36. World Health Organization (WHO). Health in All Policies Training Manual. 2015. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/
37. Shankardass K, et al. The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. Health Res Policy Sys 2018; 16(26).
38. Public Health Institute and American Public Health Association (2013), Health in All Policies: a Guide for State and Local Governments. Disponible en: http://www.phi.org/uploads/files/Health_in_All_Policies-A_Guide_for_State_and_Local_Governments.pdf
39. Horton R, Clark S. The perils and possibilities of the private health sector. Lancet 2016; 388(10044):540-541.
40. Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selvaraj S, Zhao H, Cavagnero E. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. Lancet 2016; 388(10044):596-605.
41. Morgan R, Ensor T, Waters H. Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. Lancet 2016; 388(10044):606-612.
42. Montagu D, Goodman C. Prohibit, constrain, encourage, or purchase: how should we engage with the private health-care sector? Lancet 2016; 388(10044):613-621.
43. McPake B, Hanson K. Managing the public-private mix to achieve universal health coverage. Lancet 2016; 388(10044):622-630
44. Aran D, Laca H. Sistema de Salud de Uruguay. Salud Pública Méx 2013; 53(supl

2):s265-s274.

45. Asesoría General en Seguridad Social, Banco de Previsión Social. Comentarios de Seguridad Social, Tercer Trimestre 2016 - Nº 53. Montevideo, Uruguay.

46. Fernández M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. Montevideo: OPS, 2015.

47. Sáenz M, Acosta M, Muiser J, Bermúdez J. Sistema de Salud de Costa Rica. Salud Pública Méx 2011; 53(supl 2):s156-s167.

48. Sauma P. Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: el caso de Costa Rica. CEPAL. 2013. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27173/M20130037_es.pdf?sequence=1

49. Caja Costarricense de Seguro Social. Estadísticas actuariales. Disponible en: https://www.ccss.sa.cr/est_actuarial

50. Rodríguez A, Bustelo C. La compra de servicios de salud en Costa Rica. 2008. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5177/1/S0800394_es.pdf

51. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos. 2003. Disponible en: https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&alias=210-gasto-y-financiamiento-de-la-salud-en-costa-rica-situacion-actual-tendencias-y-retos&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&Itemid=222

52. OPS/OMS. Cinco estudios acerca del seguro social de Costa Rica. 2013. Disponible en: https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicios-de-salud&alias=302-cinco-estudios-acerca-del-seguro-social-de-salud-de-costa-rica&Itemid=222

53. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bull World Health Organ 2013; 91(8):602-611.

54. McIntyre D, Kutzin J. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. Health Financing Guidance No. 1, World Health Organization (WHO). 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204283>

55. Gotsadze G, Gaál P. Chapter 7: Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost sharing. En: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2010.
56. Institute of Medicine, IOM. Essential Health Benefits: Balancing Coverage and Cost. Washington, DC: The National Press. 2012.
57. Glassman A, Giedion U, Sakuma Y, Smith P. Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes? *Health Systems & Reform* 2016;2(1):39-50.
58. Hayati R, Bastani P, Javad Kabir M, Kavosi Z, Sobhani G. Scoping literature review on the basic health benefit package and its determinant criteria. *Globalization and Health* 2018; 14:26
59. Benítez A, Hernando A, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: análisis en el cambio del gasto entre 2012 y 2016. Centro de Estudios Públicos: Puntos de Referencia, N° 491, octubre 2018. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20181023/20181023161058/pder491_abenitez.pdf
60. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. San Francisco, CA. Remaking health care in America: the evolution of organized delivery systems. Wiley, 2nd Edition, 2000.
61. Montenegro H, et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. *Journal of Integrated Care* 2011; 19(5):5-16.
62. Burns LR, Pauly MV. Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? *Health Affairs* 2002; 21(4):128-43.
63. Vargas I, et al. Implementation of integrated healthcare networks (IHN). Starting-up guidelines. Washington, DC: PAHO; 2015.
64. Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria* 2012; 26(Supl 1):94–101.
65. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Salud en el Mundo 2008: La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Disponible en: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1
66. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis for health care

financing arrangements. *Health Policy* 2001; 56(3):171-204.

67. Titelman D, Cetrángolo O, Acosta OL. Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes. *Lancet* 2015; 385(9975):1359-1363.

68. OECD Health Policy Studies. Better Ways to Pay for Health Care. 2016. OECD Publishing, Paris. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>

69. Mathauer I, Dale E, Jowett M, Kutzin J. Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic? *Health Financing Policy Brief* N°6. World Health Organization. 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311387/WHO-UCH-HGF-PolicyBrief-19.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>

70. Cashin C, et al. Strategic health purchasing progress: a framework for policymakers and practitioners. *Health Finance & Governance*. 2018. Disponible en: <https://www.hfgproject.org/strategic-health-purchasing-progress-a-framework-for-policymakers-and-practitioners/>

71. Klasa K, Greer SL, van Ginneken E. Strategic purchasing in practice: comparing ten European countries. *Health Policy* 2018; 122(5):457-472.

72. Cashin C, ed. *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage*. Joint Learning Network for Universal Health Coverage, 2015. Disponible en: https://www.jointlearningnetwork.org/wp-content/uploads/2019/11/JLN_ProviderPayment_MainGuide_InteractivePDF.pdf

73. Campbell J, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ* 2013; 91(11):853-863.

74. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet* 2004; 364(9445):1603–1609.

75. Frenk J, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376(9756): 1923-1958.

76. World Health Organization (WHO). *Task shifting guidelines: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines*. 2009. Disponible en: <https://www.usaidassist.org/resources/who-task-shifting-guidelines-rational-redistribution-tasks-among-health-workforce->

teams

77. Joshi R, et al. Task-shifting for cardiovascular risk factor management: lessons from the Global Alliance for Chronic Diseases. *BMJ Glob Health* 2018;3:e001092

78. Aguirre-Boza F. Enfermería de Práctica Avanzada en la atención primaria: Ahora es el momento. Centro de Estudios Públicos: Puntos de Referencia, N°447, noviembre 2016.

79. Aguirre-Boza F, Achondo B. Atención primaria de salud en Chile: enfermería de práctica avanzada contribuye al acceso universal de salud. *Rev. méd. Chile* 2016; 144(10):1319-1321.



Coordinadores:
Dr. Álvaro Erazo
Dr. Manuel Espinoza

Acceso a medicamentos

Introducción

El acceso a medicamentos es un problema a nivel internacional que tiene variados determinantes, algunos de los cuales responden a las características de cómo opera el mercado global, y otros que se deben a condiciones locales. En Chile, el acceso a medicamentos está limitado, en especial en grupos más pobres y vulnerables de la población. En las últimas décadas, la innovación farmacéutica ha concentrado el desarrollo de nuevas moléculas en blancos más específicos, para subpoblaciones más restringidas y, con frecuencia, afectadas por condiciones más severas y vulnerables. Esto ha generado una demanda mayor a los sistemas de salud, que se enfrentan con el desafío de no poder financiar todas las drogas que demanda la población a los precios de mercado.

En Chile hemos observado que la percepción de acceso restringido ha ido aumentando en el tiempo. A pesar que el país ha incrementado sustancialmente el gasto en salud -en efecto, el país que más ha aumentado su gasto público en salud entre los miembros de la OCDE- y que parte del gasto se ha utilizado para dar cobertura a medicamentos (en el contexto de GES, Ley Ricarte Soto o programas de atención primaria), la población ubica a los medicamentos como uno de los cinco problemas más importantes de entre sus múltiples necesidades. Esto se ha visto acentuado en el contexto de las

últimas manifestaciones ciudadanas.

Este problema de acceso a medicamentos ha estado en la agenda pública hace varios años, y los gobiernos han hecho esfuerzos varios por introducir mejoras. Estos incluyen el propio Régimen de Garantías Explícitas GES, la Ley de Fármacos 1, la Ley Ricarte Soto, y más recientemente el proyecto de Ley de Fármacos 2. A pesar de todos los esfuerzos, la percepción ciudadana es que el problema está lejos de haber sido resuelto.

En este documento se presentan un conjunto de problemas identificados como determinantes del reducido acceso a medicamentos que afecta a la población chilena y un set de propuestas de soluciones. Cabe destacar que este representa un inmenso desafío, pues este tema se ha abordado desde la política pública en Chile desde hace varios años. Esto implica que existen múltiples antecedentes, análisis, estudios y propuestas que han sido parte de la discusión por años. Más recientemente, la Fiscalía Nacional Económica (FNE) ha puesto a disposición un largo y detallado estudio que incluye varias propuestas de política pública. En este contexto, cualquier trabajo que se haga desde la Universidad en esta área debe estar a la altura de las propuestas que están en la discusión pública.

PROBLEMAS Y PROPUESTAS

1. Problemas de funcionamiento de la industria y mercado internacional.

Problema 1.1.

Falsa creencia de que los altos precios se justifican por la inversión en I+D.

Existe evidencia que la industria farmacéutica invierte una proporción menor en investigación y desarrollo de fármacos innovadores, respecto del total de gasto que requiere dicha innovación, por ejemplo, un fármaco. La mayor parte de esta inversión de I+D es solventada por los gobiernos a través de los grants de investigación básica que genera nuevas alternativas terapéuticas. Además, buena parte de la inversión de la industria se gasta en marketing y fidelización de los prescriptores para asegurar la venta de sus innovaciones. La creencia generalizada que la innovación se debe a la inversión de la industria farmacéutica, que a su vez justificaría pagar los altos precios que cobran, es incorrecta.

Propuesta 1.1.

- Quitar la patente por razones de salud pública es una medida excepcional acordada internacionalmente, que puede disminuir el precio de ciertos medicamentos por entrada de competidores.
- Promover I+D e innovación farmacéutica desde el sector público y privado en colaboración con universidades.

Problema 1.2.

Fidelización de los médicos por parte de la industria farmacéutica.

La industria farmacéutica incurre en conductas

para fidelizar a los médicos. Esto incluye conductas éticamente reprochables como pagos directos y financiamiento de viajes para su grupo familiar, u otras conductas menos fáciles de evaluar éticamente, por ejemplo, poner a disposición muestras médicas, que el médico regala, induce su prescripción. La generación de programas de beneficios, que el médico informa al paciente, como dos cajas por el precio de una, son mecanismos que utiliza al médico como agente comercial.

Propuesta 1.2.

Regular la normativa de relacionamiento entre industria y prescriptores. Esto puede incluir la prohibición de cualquier mecanismo donde el prescriptor induzca la compra de una determinada marca o producto de un laboratorio específico.

Problema 1.3.

Desarrollo de drogas “me too” sin agregar valor a los sistemas de salud.

La industria desarrolla innovación en drogas “me too”, que no necesariamente agregan valor a los sistemas de salud. Además, la entrada de estas drogas al mercado sólo necesitan probar su eficacia contra placebo pero no contra el original.

Nota: Las drogas “me too” corresponden a aquellas moléculas químicamente similares o con el mismo mecanismo de acción de otra ya registrada.

Propuesta 1.3.

En el caso de drogas “me too” la regulación debiera exigir estudio de efectividad comparativa contra el original y en ningún caso contra placebo. Por ejemplo, si omeprazol es la primera droga que entró al mercado, entonces una segunda droga de

la misma clase, como lansoprazol, debiera mostrar efectividad comparativa contra omeprazol.

2. Rol del médico/profesional de la salud.

Problema 2.1.

Problema agente - principal.

El médico opera con libertad para prescribir fármacos con su denominación de marca (no denominación común internacional, DCI), influenciando la decisión final del cliente (problema agente - principal).

El médico actualmente prescribe, en muchas ocasiones, sin internalización de costos. Además, el estudio de la FNE documenta que una gran mayoría de los pacientes no están dispuestos a cambiar la prescripción del médico.

Propuesta 2.1.

- Implementar la obligatoriedad de prescripción por DCI.
- Incluir en la formación médicos de pre y post grado un entrenamiento en el conocimiento de internalización de costos en la prescripción médica.
- Creación de herramientas que permitan mejor manejo y formación de disponibilidad de bioequivalentes en el mercado local.
- Educar sobre la ética de la prescripción y de la vinculación con la industria farmacéutica.

Problema 2.2.

Fidelización con las marcas de fármacos por parte de los médicos.

El médico es susceptible a conductas antiéticas de la industria farmacéutica que inducen a la fidelización con las marcas. Esto no sólo incluye el

pago de viajes y asistencia a congresos, sino que la instrumentalización del profesional para prescribir. Esto último, por ejemplo, a través de formularios que extiende el prescriptor para hacer efectivos beneficios de 2 por 1 o similares.

Propuesta 2.2.

- Regular la relación médico-industria.
- Generar mecanismos institucionales capaces de canalizar recursos desde la industria para capacitación y asistencia a congresos que minimicen conflictos de interés.
- Prohibir los mecanismos que utilizan al prescriptor como instrumentos de fidelización a la marca.

3. Problemas del mercado local.

Problema 3.1.

La función de compra.

En la actualidad la mayor parte de los medicamentos se asumen como bienes de consumo. Se prescriben en el sistema de salud, pero la obtención de muchos de ellos se hace en establecimientos de retail (farmacias privadas) no interconectadas con el sistema, donde el paciente es quien debe cotizar y finalmente pagar de bolsillo. Si bien existen algunas excepciones como el GES, la mayor parte de los medicamentos opera sobre esta lógica planteada.

El problema es que la función de compra que hoy está dejada a las personas no debe ser delegada a ellos, sino que debe ser una función de los seguros.

Propuesta 3.1.

- Traspasar urgentemente la función de aseguramiento de medicamentos a los seguros de

salud. Si la función de compra se le entrega al seguro público, será esta institución quien establecerá la bonificación y pago. Incluso la última función de entrega podría ser delegada a otro operador que transporte el medicamento al paciente. Esto no quiere decir que de un día para otro los seguros otorguen cobertura a todos los medicamentos, pero sí que sean intermediarios en la compra para obtener mejores precios. Así, mientras las coberturas se mantengan limitadas, una vez que se extiende la prescripción, es el seguro quien informa al paciente en qué farmacia puede retirar el medicamento y cuál es el copago que aplica.

En la práctica esto debe definir un conjunto de fármacos con sus respectivos aranceles y bonificaciones con los cuales desde FONASA se incorporarán en los regímenes de prestaciones del Seguro Público y deberá obligar a los seguros privados a ser incorporados. Para esta selección, los seguros requieren tener alguna noción del valor de los medicamentos, este concepto de valor -en su noción más simple- corresponde a una relación entre el precio y el beneficio que produce.

Problema 3.2.

Libertad para la fijación de precios.

En Chile existe libertad para la fijación de precios por parte de los laboratorios farmacéuticos, y por quienes participan en la distribución y entrega (distribuidores y farmacias). Esta libertad de precios coexiste con un sistema que ha mostrado escasa capacidad de negociación, tanto en el sector público como privado. Esto determina que estos altos precios iniciales, se trasladan directamente a los usuarios.

Propuesta 3.2.

- Se propone implementar un mecanismo de regulación directa de precios, que se aplique tanto en medicamentos innovadores como medicamentos sin patentes o exclusividad de datos.
- Existe más de una metodología para la regulación de precios. Todas tienen ventajas y desventajas, lo cual requiere una revisión más profunda. Sin embargo, se deben considerar algunos aspectos de base: i) el mecanismo por Precio de Referencia Internacional (PRI) es el más usado por los países; ii) el mecanismo que se defina debe ser complementado con la política de copago o reembolso que ofrezcan los seguros de salud público y privado (todos aquellos medicamentos que posean copago, tendrán regulación directa de precios).
- En importante hacer notar que la regulación de precios no resuelve completamente el problema. De hecho, existe el riesgo que el precio fijado sea mayor que el precio que podría haberse logrado con un buen esquema de negociación. Por esa razón, se sugiere que estas medidas no sean únicas. En particular, si se avanza en regulación de precios no se puede desatender la implementación simultánea de un proceso de evaluación y compra estratégica, que permita una efectiva negociación.

Problema 3.3.

Mercado compite por marcas.

El mercado de fármacos en Chile compite por marcas. Esto ocurre primariamente porque el prescriptor receta marcas y los pacientes -en general- no tienen disposición a cambiar la prescripción de su médico. Si el sistema permite la receta por marcas, hay incentivos para que la industria farmacéutica implemente estrategias de fidelización de los

médicos, las cuales -en general- han sido exitosas.

Luego, si los pacientes buscan marcas, las farmacias están obligadas a tener variedad de marcas. Esto implica que pierden poder de negociación con los laboratorios. Según el informe de la FNE, esto explica que las cadenas paguen a sus proveedores un precio que en promedio es 70% más caro que lo que paga el sector público en sus licitaciones públicas.

La FNE ha propuesto una serie de medidas tendientes a que la competencia del mercado de fármacos opere en base a precios en vez de marcas. Sin embargo, una crítica razonable es que la competencia por precios asume al medicamento como un commodity y no un bien de salud.

Desde una perspectiva sanitaria, el medicamento es un bien necesario para la producción de salud, tal como otras prestaciones de salud. Lo importante entonces, es que el motor del mercado de medicamentos sea su valor y no su precio. El valor debe ser entendido como la relación entre su precio y el outcome que se espera de él. Aquellos medicamentos con la mejor relación costo/outcome son aquellos que debieran ser más consumidos.

Propuesta 3.3.

- Eliminar los determinantes del mercado que explican este modelo de competencia en base a marcas, primariamente tendientes a que la competencia sea mediante precios.
 - Obligatoriedad prescripción por DCI.
 - Regulación de márgenes de farmacias.
 - Bioequivalencia.
 - Obligatoriedad de dispensar bioequivalentes de menor precio.
 - Eliminar barreras de entrada a nuevos bioequivalentes.

- Introducir mecanismos que activen la competencia en base a valor.

- Generación de formularios de medicamentos categorizados según valor, donde la protección financiera (copago) sea definida en base a valor. Este formulario puede ser parte del plan universal de salud (si es que Chile avanza en esa dirección) o pueden implementarse en reemplazo de los vademécum de los actuales aseguradores privados.
- Idealmente contar con una agencia de excelencia de evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA) capaz de definir un marco de valor, así como los métodos para revelar este valor mediante métodos robustos y procesos transparentes.

4. Problemas del sistema de salud.

Problema 4.1.

Débil rol del regulador (ANAMED).

Propuesta 4.1.

- Quitar barreras del registro sanitario.
- Avanzar rápidamente con bioequivalencia.
- Fortalecer sistemas de información pública.

Problema 4.2.

Débil rol de (los) seguro(s).

La capacidad negociadora de los seguros está muy limitada en Chile. Esta incapacidad se explica tanto por la falta de capacidades en métodos de evaluación de tecnologías como por la falta de identificación de oportunidades para conducir negociación. Además, los seguros han mostrado que no han

logrado materializar mecanismos como acuerdos de riesgo compartido o coberturas con evidencia. Esta incapacidad puede deberse a la propia inercia del sistema, que le dificulta implementar nuevos mecanismos, o a la falta de confianza entre los sectores que participan de la negociación.

Propuesta 4.2.

- Implementar procesos de negociación y compra estratégica. Esto requiere dotar a los seguros, en especial al seguro público, de capacidad negociadora con la industria farmacéutica. Esta lógica se debería insertar en los propios procesos de mecanismos de pago, por ejemplo, en la definición de paquetes de soluciones. Indudablemente se debe adicionar trazabilidad para el cumplimiento de lo que se garantiza.
- Debido a la inercia de generar nuevas formas de operación, sería útil que la materialización de compras mediante contratos de riesgo compartido y cobertura con evidencia cuente con normativa que ayude a vencer esta inercia. Por ejemplo, manuales de cómo conducir estos acuerdos, inclusión de indicadores en el plan nacional de salud o instrucción directa de la autoridad sanitaria respecto de cómo llevar a cabo estos contratos.

Problema 4.3.

Fragmentación del sistema y falta de integración.

Sistema fragmentado que no está centrado en el paciente. El paciente navega en el sistema entre los niveles de atención que no están integrados y por lo tanto interconectados. Esto determina que un paciente pueda recibir la misma prescripción más de una vez, duplicando el esfuerzo tanto del

sistema como del propio paciente, introduciendo ineficiencias evitables.

Propuesta 4.3.

- Implementar un modelo de atención centrado en el paciente donde exista una real integración de los niveles de atención con una monitorización de la trazabilidad de las prescripciones que recibe el paciente. Este debe implementarse con un adecuado marco regulatorio explícito.
- Debe implementarse un sistema de prescripción electrónica que integre a los niveles de atención primaria y hospitalaria, y además a la farmacia y los seguros.

Problema 4.4.

Cobertura de fármacos recomendados en guías clínicas.

Actualmente las guías clínicas tienen como objetivo recomendar fármacos que no siempre están en los sistemas de cobertura. Esto puede inducir a que los ciudadanos se vean obligados a comprar medicamentos que no siempre están disponibles en el sistema, por lo que deben desembolsar recursos de bolsillo. Por lo tanto, existe una duda razonable si las guías deben restringir sus recomendaciones a aquellas alternativas que sólo estén incluidas en las coberturas que dispone el sistema.

Propuesta 4.4.

- Una alternativa es que las guías clínicas deban tener asociados protocolos que sean coherentes con lo que está incluido en la cobertura. Otra alternativa es que lo incluido en la guía tenga una implicancia vinculante. Es decir, que lo que se incluye en ella

deba ser incorporado en el arsenal de la red y contar con algún sistema de cobertura.

Problema 4.5.

Ausencia de un sistema de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) en Chile y en las propias redes de prestadores.

La selección de medicamentos requiere una evaluación de sus características farmacológicas, efectos médicos, consecuencias económicas y sociales así como consideraciones éticas y legales. Este no es un trabajo que pueda hacer de manera adecuada un comité de farmacia, un comité de expertos clínicos, o un equipo con capacidades de medicina basada en evidencia solamente. Como muestra la experiencia de países desarrollados y varios en vías de desarrollo, es materia de cuerpos de excelencia multidisciplinarios con competencias de evaluación clínica, económica, social, ética y legal, como dice el marco conceptual de ETESA. Esto no existe como tal en Chile, ni en el MINSAL, ni en FONASA, ni en las ISAPRES, ni en los prestadores. El resultado es evidente: la selección de medicamentos y el pago que se desembolsa por ellos es subóptimo, pues no da cuenta del valor de cada una de estas tecnologías.

Países como Chile deben tener implementados sistemas de regulación, evaluación y de compra eficientes, acorde con su nivel de desarrollo. La idea de un sistema de ETESA no es simplemente una solución a un problema, sino que a estas alturas del desarrollo del país, la ausencia de este sistema es un problema en sí mismo.

Propuesta 4.5.

- Promover la implementación en Chile de un

Sistema de Evaluación de Tecnologías en Salud. Es central poner esta idea fuerza en la agenda pública, pues es la institución que Chile no tiene en el sistema. Hemos generado propuestas de política pública de institucionalización (Medicina/Derecho) y de proceso (PUC/Chile).

- Independiente de la existencia de una agencia nacional de ETESA, los prestadores debieran desarrollar unidades de ETESA para dar soporte técnico a sus decisiones tanto en su calidad de prestador como de administrador de riesgos (seguros complementarios de los propios prestadores).

Problema 4.6.

Farmacias no forman parte del sistema de salud.

Las farmacias operan bajo las reglas del retail. Tienen incentivos de venta, no ejercen ninguna función sanitaria y la función de los químicos-farmacéuticos (QF) se ha ido postergando a un administrador del stock, con poca interacción con los usuarios.

Por otro lado, si se implementa la política de obligatoriedad de prescripción por DCI, se resuelve el problema de la prescripción. Sin embargo, se traslada a la farmacia el poder de seleccionar el medicamento, lo cual no tiene regulación alguna en la actualidad.

Propuesta 4.6.

Integrar la farmacia al sistema de salud:

- Sistemas más integrados en modelos de gestión de redes entre prestador, seguro público y farmacia.
- Capacidad de hacer trazabilidad.
- Fortalecer rol del QF para una adecuada

intercambiabilidad, fraccionamiento y relación con el paciente que favorezca el uso racional.

Debe implementarse una regulación en la farmacia con el objeto de que la dispensación de medicamentos siga una lógica de uso racional y sostenibilidad del sistema. Las medidas que apuntan en este sentido son:

- Obligatoriedad que la farmacia ofrezca el bioequivalente más barato.
- Fijación del margen de utilidad con un valor absoluto por despacho de la prescripción.

Problema 4.7.

Amplios márgenes de utilidad fijados por prestadores privados en medicamentos.

En Chile existe libertad para la fijación de precios de servicios por parte de los prestadores, lo cual incluye a medicamentos que son utilizados en el cuidado intrahospitalario de los pacientes. Esta libertad ha llevado a que los márgenes de ganancia de los prestadores en este particular ítem no sólo muestre gran variabilidad, sino que en varios casos supera 10 veces el precio de adquisición.

Propuesta 4.7.

- Transparentar los márgenes.
- Intendencia de prestadores debiera generar reportes públicos.
- Evaluar la posibilidad de una intendencia del mercado farmacéutico, capaz de transparentar en su real magnitud todos los márgenes y fallas del mercado farmacéutico.
- Regular los márgenes de utilidad de los prestadores.
- Cambiar el modelo de compra (medicamentos

en soluciones paquetizadas). En este contexto, la discusión deja de ser el margen de utilidad por cada medicamento en particular sino que se concentra en el valor esperado del paquete de solución, donde el medicamento es un elemento.

Problema 4.8.

Débil rol de CENABAST.

CENABAST tiene la potestad de comprar agregando demanda, primariamente de instituciones públicas, pero más recientemente para farmacias populares.

Desde 2012 CENABAST sólo ejerce contratos, dejando la distribución al laboratorio. En efecto casi el 100% de la logística de entrega a los prestadores la hacen operadores privados. De hecho, la capacidad de distribución del Estado sólo se utiliza para 20 productos (aquellos comprados vía OPS).

Propuesta 4.8.

- Es indudable que al establecer una política de regulación de precios, la CENABAST, a partir de sus nuevas atribuciones, debería ejercer un rol de compra efectivo articulando sus capacidades técnicas con el ISP y el Seguro Público de FONASA. El propósito debe ser potenciar sus capacidades de intermediación de compra y regulador de precios, potenciando su rol que le confiere la Ley y las nuevas atribuciones conferidas recientemente.
- Sin embargo, en caso de aprobarse el proyecto de ley que hoy está en etapa de tramitación en el Congreso (fines de 2019), la CENABAST tendrá un rol intermediario frente a un requerimiento que formulen las farmacias, pero en ningún caso podrá obligar a que los establecimientos de venta de medicamentos deban acudir a la intermediación de

la CENABAST. Esto se debe corregir. Debe crearse un incentivo que obligue a las grandes cadenas a formar parte de la red de establecimientos que ofrezcan medicamentos intermediados por la Central, puesto que es aquí donde se concentran los precios más altos, y los locales a los que más accede a la gente.

- Se debe establecer en el proyecto de ley de la CENABAST que los establecimientos de venta de medicamentos no podrán acceder a la intermediación de un conjunto acotado de medicamentos (por ejemplo, sólo medicamentos OTC), sino que deberá ser extensivo a, al menos, el 50% de los medicamentos que ofrezcan una vez que han accedido a la intermediación de la Central. De lo contrario, puede ocurrir que las farmacias inicien falsa publicidad promocionando sus productos con el sello de “intermediados por la CENABAST”, cuando en realidad, el número de unidades de productos obtenidos por medio de la Central es muy bajo.

Referencias:

1. Fiscalía Nacional Económica. Estudio de Mercado sobre Medicamentos. 2019.
2. Erazo A. Medidas para el acceso a fármacos en la Unión Europea: ¿Qué podemos aprender? CLAPES UC 2019.
3. Espinoza M, Lenz R. ¿Cómo disminuir el gasto que las personas incurren en medicamentos? El Mostrador, octubre de 2019.
4. Benítez A, Hernando A, Velasco C. Gasto de bolsillo en salud: Una mirada al gasto en medicamentos. CEP 2019.

4

Coordinadores:
Dra. Paula Bedregal
Dr. Jaime Santander

La espera de atención en salud: oportunidades de mejora

Introducción

El acceso a la atención de salud es un Derecho Social en el mundo. En Chile, este derecho ya está consagrado en la Constitución. Esta situación, sumada a la necesidad de las personas, genera presión sobre los sistemas de salud, no solo para acceder a servicios de salud, sino que este acceso sea oportuno.

La evidencia internacional muestra que la espera en salud es un fenómeno que no es posible de eliminar, sino que se puede gestionar. Las listas corresponden al conjunto de personas (o a veces interconsultas) que se encuentran en espera de servicios. El foco de la gestión habitualmente está en reducir el tiempo de espera para recibir atención oportuna y que por lo tanto logre ser efectiva.

El tiempo de espera genera dos aspectos importantes: por una parte, las necesidades de atención de salud y la experiencia usuaria en el proceso de espera, y por otra la gestión de la espera en función de la oferta disponible, para dar garantías de acceso y oportunidad, con resultados sanitarios favorables. Esta doble dimensión, representada en el que gestiona la oferta y demanda, y el que espera, plantea desafíos para todos los sistemas de salud del mundo y es una de sus preocupaciones recurrentes.

I. Estrategias de reducción utilizadas desde la gestión de la demanda en función de la oferta disponible.

La reducción importante que han tenido en los tiempos de espera en algunos países de la OCDE puede ser explicada por varios factores:

- El incremento del gasto público en salud en la última década, incrementando la oferta de servicios. Esto suele ir de la mano de incrementos en los horarios de atención.
- Cambio en el sistema de pago a proveedores de salud asociado a resolución de problemas a un costo y tiempo razonado. Esto genera incentivos para la efectividad y eficiencia de las intervenciones.
- Uso de metas en tiempos de espera establecidos, las que son de responsabilidad de los administradores, quienes deben rendir cuentas. La falta de cumplimiento de éstas genera sanciones económicas a los equipos y malas evaluaciones que pueden ir en desmedro de sus puestos de trabajo.
- El uso de metas también se ha usado como una métrica que permite abrir procesos de auditoría cuando no se cumplen, en el supuesto de generar aprendizaje en la organización.
- Implementación de sistemas de libre elección

del proveedor por parte del usuario, con base en un sistema en que se transparenta la oportunidad de atención y otros aspectos de la calidad de los prestadores. Esto presupone una cultura de la calidad y de la transparencia, a la vez que educación respecto a la atención de salud para los usuarios.

- Mejora en los sistemas de información (validadores) para la gestión, es decir, tener claridad respecto de la lista y de los tiempos, de manera de gestionar mejor.
- Cambios en los roles en el proceso de atención del paciente, en que profesionales de salud no médicos y aquellos de apoyo sustituyen ciertas tareas, ampliando su marco de ejercicio profesional, de manera de facilitar el proceso de gestión del caso clínico.

Específicamente para el caso de reducción de tiempos de espera quirúrgicos se ha relevado:

- Contar con metas claras de tiempos de espera para las diversas áreas quirúrgicas. Estas son garantías asociadas a estímulos económicos e incrementos de recursos para lograrlos.
- Contar con un sistema de información con validación en tiempo real, que permita conocer claramente la situación de tiempos de espera, las características de los que esperan, y las causas de no cumplimiento de metas.
- Desarrollar estrategias que permitan a los pacientes resolver sus problemas de manera más libre, es decir, tener alternativas para resolver sus problemas.
- Existe consenso en que es necesario reducir el acceso a tratamientos quirúrgicos o intervenciones costosas, al incrementar aquellas

de menor costo, en etapas más tempranas de las enfermedades. Esto implica una gestión mejor de la demanda, anticipándose en la historia natural de las enfermedades.

Específicamente para el caso de reducción de tiempos de espera de atención ambulatoria se ha relevado:

- Intervenciones en el nivel primario de atención: alineamiento de recursos, a través de limitación del número de referencias a especialistas, lo que implica mejoras en la capacidad resolutoria de la atención primaria; contar con una priorización por otro profesional de la salud (gatekeeper), capacitado y validado por sus pares especialistas, para modular la demanda.
- Mejorar la eficiencia operativa del uso de los servicios especializados: mejor uso de las consultas (inicio temprano, uso efectivo en los diversos días), mejorar el manejo de la agenda, evitar congestión de pacientes, mejorar coordinación de las redes del nivel especializado, mejorar el manejo de pacientes nuevos y su seguimiento.
- Planificación de la atención utilizando herramientas disponibles de automatización (por ejemplo, telemedicina, uso de mensajes de texto con los pacientes).

Con respecto a las estrategias de apoyo a la espera por parte de los usuarios, la literatura es amplia y clara en mostrar que los aspectos objetivos (tiempo de espera o lugar de espera) y los subjetivos (percepción del tiempo de espera y experiencia) son muy relevantes para las consideraciones de la calidad de los servicios. La espera puede mejorar si se cumplen tres principios:

- Darle relevancia al progreso de la espera (sentir que voy avanzando para que me resuelvan el problema) y sentirse ocupado y acompañado durante la espera.
- Darle relevancia a la comparación con otros en la misma situación que yo, que están esperando. Si todos estamos esperando, a igualdad de condiciones u otro se adelanta por algo que hace sentido, se percibe como razonable y justo.
- Darle relevancia al trato respetuoso durante la espera, esto implica información y claridad respecto de lo que me toca y tocará vivir. Por ejemplo, la duración de la espera estimada.

La buena experiencia de la espera tiene relevancia para la percepción de satisfacción de usuarios, y para el uso efectivo de los servicios (disposición a presentarse a la cita o avisar en caso de no presentarse). De no cumplirse puede deteriorar las condiciones de salud de las personas.

II. Elementos críticos de la espera en salud en Chile.

En Chile se produce espera para atención de salud en el sector público en dos canales diferentes. Por una parte hay una espera asociada al incumplimiento de las garantías de oportunidad de la Ley 19.966 (Ley GES), y por otra la espera asociada a problemas de salud no garantizados en dicha ley. Es sobre esta última que se genera la mayor tensión en el sistema público de salud, y sobre la cual se establecerán los elementos críticos de esta propuesta.

En Chile, desde 2011 existe el Repositorio Nacional de Lista de Espera, que cuenta con referentes técnicos en cada servicio de salud y que actualmente se denomina SIGTE (sistema de gestión de tiempos de espera). En dicho repositorio se registran las solicitudes de derivación para:

Consultas Nuevas de Especialidad (CNE), Controles, Procedimientos, Intervenciones Quirúrgicas e Intervenciones Quirúrgicas Complejas. En general, las que determinan mayor presión en la opinión pública son CNE e “Intervenciones Quirúrgicas”, que además son objeto de monitoreo por parte del Ministerio de Salud y referentes. Sin embargo, es importante aclarar que “Procedimientos” es un tema no visibilizado, y que en parte determina a las otras dos.

De la “lista de espera” se egresa de tres maneras, según el Repositorio:

- 1) Cuando se logra la atención solicitada (cirugía o CNE), estas son las interconsultas resueltas.
- 2) Cuando la persona fallece, estas son las interconsultas egresadas administrativamente.
- 3) Para no-fallecidos se considera egreso administrativo si la persona es inubicable, ha solucionado su problema por otros medios (modalidad libre elección de FONASA o privada), la derivación no corresponde y debe ser atendido o resuelto su problema en atención primaria, cuando cambia de seguro (traslado a Isapre o FF.AA), o cuando rechaza voluntariamente la atención.

Al registro de “lista de espera” se ingresa por:

- 1) Interconsulta originada en el nivel primario de atención.
- 2) Por especialistas del nivel secundario.
- 3) Por médicos desde los servicios hospitalarios (derivaciones posteriores al alta, solicitudes de pacientes durante hospitalización que no alcanzaron a realizarse durante la estadía).
- 4) Por médicos desde los servicios de urgencia,

los que se derivan a especialidad en cupo prioritario y que a veces se resuelven en el mismo día.

El tiempo de espera en nuestro sistema se contabiliza desde el ingreso de la interconsulta al Registro Nacional hasta el egreso del Registro (por solución del problema o por causas administrativas).

En la actualidad rige el Plan Nacional de Tiempos de Espera no GES en modelo de atención RISS (redes integradas de servicios de salud), 2014-2018. El propósito del Plan es “instalar un modelo de gestión de demanda que vele por una atención de salud oportuna, digna y de calidad, de manera progresiva, con estrategias permanentes y foco en los compromisos establecidos por marcos legales y acuerdos clínicos nacionales, complementándolo con el incremento de oferta asociado al plan de gobierno en salud”. Ya en el propósito se evidencia el foco en uno de los componentes.

El objetivo del Plan está focalizado en reducir los tiempos de espera de las personas para una atención por una Consulta Nueva de Especialidad y/o una intervención quirúrgica programada no urgente.

Si bien el Plan se delineó para el período 2014-2018, sigue vigente hasta la actualidad, con las adaptaciones o énfasis puestos por los gobiernos sucesivos.

Actualmente el compromiso presupuestario para 2023 es de \$ 52.843 millones destinados al programa de Formación de Especialistas, de los cuales \$ 42.979 millones corresponden a la incorporación de Médicos y Odontólogos que terminan su etapa de formación e inician el cumplimiento del Período Asistencial Obligatorio en el sector público de salud, y \$ 9.864 millones para la continuidad de médicos en Etapa de Destinación en los establecimientos de Atención Primaria. Adicionalmente \$ 28.374 millones están destinados específicamente a un Plan

de Productividad Quirúrgica, para la disminución de la lista de espera y los tiempos de espera para resolución de patologías quirúrgicas GES y no GES. A esto se asocia una expansión importante de \$ 156.468 millones para asegurar el pago del total de las post estabilizaciones asociadas a la Ley de Urgencia (\$53.881 millones), el incremento en un 34% de la cantidad de derivaciones que FONASA realiza a través de la Unidad de Gestión de Camas Críticas (UGCC) (\$59.358 millones), poder realizar 150 trasplantes de médula a pacientes adultos y pediátricos (\$11.024 millones) e incrementar en más de 9.000 las derivaciones de pacientes AUGE con garantías retrasadas o vencidas hacia el sector privado (\$25.750 millones).

El seguimiento del cumplimiento de estos logros y en particular sobre lista y tiempos de espera se realiza a través del sistema de información SIGTE (para el caso de los servicios) y para la rendición de cuentas dada la expansión presupuestaria, se sigue en la actualidad la Glosa 5 asignada en la Ley 21.516 (Ley de Presupuestos) que obliga a la entrega trimestral de información.

La *tabla 1* muestra como el mayor número de registros se encuentra en CNE, siendo la mediana de tiempo de espera de 261 días, inferior a la mediana de espera de cirugía (330 días) y muy superior a la mediana de retraso en el cumplimiento de la garantía de oportunidad en GES. La mediana en CNA a marzo de 2022 era de 336 días, con un volumen de registros de 2.023.741, comparativamente mayor en días, pero menor en volumen de registros respecto de 2023. En el caso de cirugías a 2022 la mediana era 490 con un volumen de registros de 330.452, comparativamente ambos mayores respecto de 2023. El rango observado entre Servicios de Salud habla de la heterogeneidad y obliga a revisar las situaciones particulares de cada servicio: sus propios nudos críticos.

Tabla 1. Espera en salud al 31 de marzo de 2023

Situación 31 de marzo	Retrasos (n)			Días de retraso			Retrasos por Edad (años)		
	Total	Hombres	Mujeres	Promedio	Mediana	Rango promedio entre servicios de salud	0-19	20-59	60 y más
GES	62.049	23.041	39.004	150	71	11-238	3.111	17.389	41.549
Situación 31 de marzo	Registros en espera (n)			Días de espera			En espera por edad		
	Total	Hombre	Mujer	Promedio	Mediana	Rango promedio entre servicios de salud	0-15	15-64	65 y más
CNE	2.250.131	866.509	1.383.622	405	261	101-764	352.554	1.276.185	621.392
Situación 31 de marzo	Registros en espera (n)			Días de espera			En espera por edad		
	Total	Hombre	Mujer	Promedio	Mediana	Rango promedio entre servicios de salud	0-15	15-64	65 y más
Cirugía	304.812	124.226	180.546	515	330	235-971	31.417	191.654	81.741

Fuente: Informe trimestral, glosa presupuestaria 6. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Glosa-05-ORD-1371-28-04-2023.pdf>

a. Elementos críticos de la espera desde las estrategias para reducción del tiempo de espera en Chile.

En general, en Chile es evidente la falta de recursos para brindar una atención de calidad en el sector público de salud, pese a los incrementos observados en la actual Ley de Presupuestos, y que salud sigue siendo uno de los destinatarios prioritarios del gasto público.

Existe el reclamo persistente de falta de recursos financieros en el nivel primario de atención, en que se señala que el per cápita actual debería ser incrementado para poder dar cuenta de las demandas de servicios clínicos de la población, y así mejorar la capacidad resolutoria. Algunos municipios han hecho esfuerzos importantes en esta línea, y la prioridad actual de “Universalización de la Atención Primaria” podría ayudar en esta materia, al aumentar la oferta complementaria de servicios de complejidad media que otrora sólo se prestaban en

el nivel de complejidad ambulatoria media o alta.

Causas posibles actuales que explicarían por una parte el número de personas en espera y por otra el tiempo de espera podrían ser:

1. La planificación de la oferta no se realiza en red ni basada en criterios de necesidades en salud del territorio. Esto se manifiesta en una evidente desintegración de la red de servicios de atención de salud y la falta de conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud, en que existan flujos de referencias y contrarreferencia en tiempo real, en los territorios. Esto se manifiesta, por ejemplo, por el tipo y uso que se les da a los sistemas de información, que aún siguen segmentados y no articulados.
2. Carencias de recursos generales en el sistema público de salud. Aun así, existe la percepción de una baja producción respecto a los recursos disponibles. Esto se manifiesta

en el uso de pabellones quirúrgicos en horario hábil, y el uso de boxes de atención secundaria. La producción actual parece estar asociada a esquemas de priorización de atención de pacientes discrecionales por parte de los equipos clínicos y, por lo tanto, no transparentes a los usuarios ni al resto de los equipos. También se observan incentivos no alineados al uso de la infraestructura disponible en horario hábil, lo que favorece que equipos clínicos prefieran “reducir listas de espera” en horarios en que se paguen incentivos adicionales. Esto ha ido generando una cultura organizacional en cuyo centro no parece estar el paciente, sino más bien los intereses de grupos corporativos. Lo cierto es que la resolución de la espera quirúrgica es el foco habitual de los gobiernos, pues es de “fácil” resolución a través de operativos o compras de servicios, pero que no mejorará ni los procesos de manera estable.

3. Tendencia a priorizar las interconsultas derivadas desde nivel secundario o terciario, por sobre las producidas en el nivel primario de atención, sin criterios claros de por qué se priorizan. Esto en parte tiene que ver con la confianza entre los equipos e instancias de colaboración entre niveles; cuando esto ocurre, el sistema fluye.

4. Baja capacidad resolutoria en el nivel primario, dada por la estructura misma de dicho nivel, capacitación del personal médico y trabajo del equipo. Muchos procedimientos y exámenes requieren ser visados para su ejecución desde el nivel secundario, lo que agrega un paso más en la cadena de atención, lo que no parece justificable.

5. Otro elemento preocupante es la ineficiencia e ineffectividad en el uso de procedimientos de apoyo (recordar que no hay claridad respecto de la espera en este punto) y exámenes de laboratorio en CNE y cirugía: con la espera se vuelven obsoletos por lo que requiere de una nueva ronda de exámenes y procedimientos.

6. Los pacientes que llegan al nivel secundario (especialidad) tienden a quedarse en dicho nivel, y suelen no volver al nivel primario con un plan de tratamiento acordado con el médico y equipo de atención primaria de salud (problema de articulación de red: referencia y contrarreferencia).

7. Falta de criterios claros y transparentes de priorización tanto para reducir tiempos de espera quirúrgicos, como los de consultas de nueva especialidad. Tampoco existen metas claras de tiempos de espera asociados a los problemas de los pacientes.

8. Percepción de que los médicos que realizan las interconsultas no se responsabilizan del proceso que sigue a esta acción, lo que hace que los pacientes se sientan solos y no en alianza con su tratante.

b. Elementos críticos de la espera desde la perspectiva de los pacientes.

Un componente fundamental que suele olvidarse y que es crítico es pensar en cómo acompañar y mejorar la espera de los pacientes. La oportunidad en la atención de salud es uno de los aspectos que afecta negativamente la confianza en el sistema de salud. De este modo, un cambio hacia una visión centrada en las necesidades de las personas en los servicios de salud es fundamental.

En el contexto actual, el origen del malestar de gran parte de las personas que se atienden en el sistema público es la percepción de “desigualdad en el acceso a la salud”, “sensación de falta de respeto y dignidad”, “sensación de estar desatendido” y “falta de información”.

Los elementos que determinan la percepción de la espera en los pacientes en el sector público de salud están dados por:

1. La condición biopsicosocial del paciente y el grado en que esta condición interfiere con la vida diaria. La vulnerabilidad, por ejemplo, asociada a ser jefe de hogar o estar al cuidado de otros, hace que la espera genere efectos más allá del individuo, sino que hacia la familia y la comunidad.
2. El tiempo de espera real percibido por los usuarios es anterior al ingreso de su interconsulta al sistema de información y al repositorio. Tampoco cuentan con información sobre los rechazos de sus interconsultas, por lo que muchos creen que están esperando.
- 3 Los pacientes no tienen buena información. Desconocen su diagnóstico o las implicancias de su estado de salud. Tampoco entienden la ruta de la interconsulta, etapas, requisitos y procedimientos. No saben dónde consultar o revisar sobre su situación. Esto en parte podría ser subsanado con la Plataforma generada este 2023 “Portal del Paciente” (disponible en: <https://portalpaciente.minsal.cl>) en que, mediante la clave única, el usuario puede revisar antecedentes de su estado de espera.
4. Problemas en la interacción entre el equipo de salud y pacientes. Esto se manifiesta por la ausencia de canales compartidos, acordados y

actualizados para comunicarse en el territorio.

5. Problemas en el trato. En general este aspecto es reclamo de usuarios y funcionarios.

6. Percepción de injusticia en el acceso a los servicios de salud. Los pacientes perciben que hay otros que logran antes que ellos el acceso y desconocen por qué, si hay priorización o no, o solo se debe a que “hacen trampa”.

7. La actitud del paciente respecto de la espera. Esto está dado por sus características personales y las expectativas que tienen respecto de la atención. Existen diversos perfiles de pacientes cuya actitud difiere respecto del enfrentamiento de la espera, acoger esta diversidad es un desafío.

III. Algunas propuestas del Estado para la resolución de las “Listas de Espera”.

Desde el Ministerio de Salud se ha abordado reiteradamente este fenómeno, por su magnitud y las connotaciones sociales que tiene. Se han realizado algunas apuestas para mejorar la resolución de problemas de salud, entre ellas están:

- a) Incrementar la oferta a través de la implementación de modalidades “tele”. En Chile las modalidades “tele” se han desarrollado paulatinamente desde los Servicios de Salud y siguiendo las experiencias internacionales, y de manera explosiva producto de la pandemia. Actualmente se desarrollan tele-informes, tele-consultas, tele-redes complejas y tele-asistencia en la red. No se conoce el impacto de estas estrategias hasta la fecha. Desde 2017 el Programa Nacional de Telesalud delinea las etapas en cada proceso de atención clínica en que se puede incorporar. Sin embargo, aún

está pendiente mejorar la infraestructura digital para que no se produzcan inequidades en el sistema para los diversos niveles de atención, si bien ha habido mejoras en el campo normativo, fundamental para no reducir la calidad de las atenciones. Todavía se requiere personal capacitado para su uso y sistemas de control de gestión y evaluación. También la oferta se ha incrementado a través de la compra de servicios a privados asignando presupuesto específico a esto. Otra área muy importante, particularmente en odontología, ha sido la oferta de servicios móviles, lo que ha permitido aumentar la oferta de sillones odontológicos. Las expansiones horarias con equipos que realicen cirugías o atención fuera de horarios habituales (fines de semana particularmente) también se han implementado en algunos Servicios. En esta misma línea, el incremento de recursos para el programa de ingreso, formación y retención de profesionales especialistas en el sector público es parte de las estrategias en curso. Este programa fue calificado por DIPRES (división de presupuestos en su línea de evaluación de programas públicos-EPG-) en 2018 con mal desempeño, lo que abre una interrogante respecto de las mejoras que se han introducido desde entonces.

b) Mejorar la contactabilidad con los pacientes a través del reforzamiento de los call centers y la implementación del Portal del Paciente.

PROBLEMAS Y PROPUESTAS.

En términos generales las mejoras en los tiempos de espera requieren de una planificación centrada en las necesidades de atención de salud de las personas en el territorio. Esto se logra con una gobernanza en

redes integradas y no una planificación centrada en la oferta disponible de servicios dados los recursos, que finalmente no logra contener una demanda que puede ser ilimitada si no se resuelve o prioriza adecuadamente conforme a las necesidades.

Problema 1.

No se considera la experiencia del paciente en el proceso de espera de atención.

Propuesta 1.

Valorizar la perspectiva del paciente a través de la creación de un sistema de acompañamiento a la espera, transparente, que esté sincronizado con la oferta de servicios y las necesidades de los pacientes. Esto ya ha sido probado y ha demostrado resultados y va más allá de un portal de información.

Problema 2.

La limitada capacidad resolutive a nivel de la atención primaria de salud (APS) incrementa la demanda en niveles secundarios y terciarios.

Propuesta 2.

Mejorar la capacidad resolutive en APS:

- Aumentar la presencia de especialistas en Medicina Familiar.
- Disponer de exámenes y procedimientos más amplios en APS.
- Disponer de estándares de calidad para exámenes de laboratorio e imágenes realizados desde APS (que sean creíbles para especialistas).
- Fomentar la participación de otros especialistas en APS (telemedicina, consultorías).

- Facilitar la comunicación entre nivel primario y secundario para gestión referencia y contrarreferencia.
- Concordar protocolos de acción y derivación frente a casos y problemas frecuentes.

Problema 3.

Existe un uso ineficiente de los recursos ya disponibles en el sistema de salud (consulta nueva de especialidad, uso de pabellones quirúrgicos).

Propuesta 3.

Mejorar la eficiencia en el uso de recursos disponibles en el nivel secundario y terciario:

- Fortalecer aspectos de la cadena de producción para consulta nueva de especialidad:
 - Insumos y procedimientos disponibles oportunamente.
 - Disponibilidad de equipos profesionales.
 - Gestión de la agenda transparente y supervisada.
 - Fortalecer modelos de atención que apunten a multimorbilidad.
- Fortalecer aspectos operativos para intervenciones quirúrgicas:
 - Asignación de bloques de pabellón por especialistas y servicios de acuerdo a mejores prácticas.
 - Mejorar la eficiencia en el uso efectivo del pabellón (reducir horas “muertas” antes y después).
 - Aumentar horas de funcionamiento pabellón (segundo turno), lo que incrementa oferta de pabellones.

- Gestión de la tabla quirúrgica con un referente claro (6-8% de suspensiones como meta máxima).
- Regular incentivos que favorecen la transferencia de pacientes a otras listas de espera (por ejemplo, operar fin de semana, en vez de hacerlo en la semana, por incentivo económico).

Problema 4.

Limitaciones en roles profesionales por indefinición y restricción del código sanitario.

Propuesta 4.

Revisar los roles profesionales en la resolución de la espera:

- Establecer núcleos básicos insustituibles por profesión.
- Establecer ámbitos de ampliación del rol profesional, como enfermeras de práctica avanzada, tecnólogos médicos en procedimientos, etc.
- Establecer equipos con roles complementarios.
- Establecer sistemas de capacitación en base a estos perfiles (núcleo y espectro). Revisar formación de pre, postgrado y educación continua al respecto.
- Flexibilizar el Código Sanitario (moderno).

Problema 5.

Poca claridad en los criterios de priorización y procesos asociados a la gestión de la espera.

Propuesta 5.

Establecer mecanismos de control de la gestión de

la espera:

- Criterios de priorización acordados, conocidos por usuarios internos y externos, basados en evidencia científica y la suficiencia de recursos de la red.
- Participación de APS en priorización y gestión de requerimientos de consulta nueva de especialidad.
- Establecer tiempo de espera máximo para interconsulta nueva. De acuerdo con los datos nacionales en promedio podría ser 90 días, pero se sugiere la revisión por áreas de problemas.
- Auditar esperas que se prolonguen más allá del tiempo establecido como meta (revisión situación del paciente y rendición de cuentas).

Problema 6.

Gestión financiera y clínica de los casos.

Propuesta 6.

Crear un sistema de gestión financiera y clínica de los casos (por agrupaciones de tipo de pacientes), como incentivo a la reducción de la espera.

- Se estima de utilidad sistemas de información GRD-like, que permita agrupar pacientes para acompañar soluciones posibles.
- GRD-like también pudiera ser utilizado para estimar costos de resolución de casos, lo que ayudaría a estimar el financiamiento.
- Contar con información actualizada sobre la suficiencia de recursos para la atención tanto públicos como privados, para clarificar la oferta.
- Clave es la gestión del caso (gestores) que

colabore en el seguimiento, la priorización de acciones y la comunicación entre diversos actores del proceso.

Problema 7.

Limitación por capacidad de resolución en red pública y falta de actuación en redes integradas.

Propuesta 7.

Crear mecanismos de pago por resolución de espera asociado a sistema de información GRD-like que la incentiven:

- Flexibilizar la oferta para la solución de la espera después de la meta en tiempo, a través del conocimiento de la oferta de servicios en toda la red pública (primera prioridad de derivación para solución) y privada.
- Esto supone pagos similares para toda la red de servicios, tanto público como privados, ajustando por componentes de calidad de la oferta, de ser necesario.

Problema 8.

Dificultades en el flujo oportuno e interconectado de la información.

Propuesta 8.

Mejorar sustantivamente el sistema de información:

- a) Introducir mejoras rápidas al sistema:
 - Diversificar canales de contacto con pacientes.
 - Mejorar la “codificación diagnóstica” y “motivos de derivación” (son conceptos distintos).

- Uso de RUT para gestión integral de los problemas de los pacientes.
 - Apertura a que profesional que envía la interconsulta sepa qué sucedió con esta (ingreso o no al sistema).
- b) Que dé cuenta del seguimiento integral de cada caso (mirar la resolución del problema, y no solo de la interconsulta).
- c) Que emita alertas (tiempo, ingreso de varias interconsultas con mismo RUT por diversas condiciones de salud).
- d) Que tenga alcance e interconexión nacional (capacidad de verificar situación del usuario en todo el país, para gestión clínica).
- e) Que provea datos para gestión clínica y acompañamiento del paciente.
- f) Que provea acceso diferenciado según el rol en el sistema, incluyendo a los pacientes.
- Información oportuna, en línea, transparente y con acceso diferenciado según roles.
 - Que provea información sobre suficiencia de la red de prestadores de cada Servicio de Salud y agrupados, posiblemente por macro zona, para hacer más efectiva la utilización de los recursos disponibles, y el trabajo del gestor de casos.

Referencias:

1. Bachelet V, Goyenechea M, Carrasco V. Policy strategies to reduce waiting times for elective surgery: A scoping review and evidence synthesis. *Int J Health Plann Manage* 2019; 34(2):e995-e1015.
2. Bedregal P, et al. La espera en el sistema de salud chileno: una oportunidad para poner a las personas al centro. *Temas de la Agenda Pública*, Centro de Políticas Públicas UC, N°102, 2017.
3. Bowers JA. Simulating waiting list management. *Health Care Manag Sci* 2011; 14(3) 292-298.
4. Caffery LJ, Farjian M, Smith A. Telehealth interventions for reducing waiting lists and waiting times for specialist outpatient services: a scoping review. *J Telemed Telecare* 2016; 22(8):504-512.
5. Canadian Nurses Association. Registered nurses: on the front lines of wait times. Ottawa, Canada, 2009. Disponible en: https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/wait_times_paper_2009_e.pdf?la=en&hash=E6866B6E30F4822D5FB5402391466F04BB485013
6. Informe Comisión Médica Asesora Ministerial. Estado de situación de personas fallecidas en listas de espera no GES y garantías retrasadas GES, 2017.

Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/Informe-Final-Comision-Asesora-LE-y-Garantias-Retrasadas-GES-17082017_.pdf

7. Comisión Nacional de Productividad. “Eficiencia en pabellones y priorización para cirugía electiva”.

8. Comisión Nacional de Productividad. “Tecnologías disruptivas. Regulación de plataformas digitales”.

9. Evaluación de Programas Gubernamentales. Programa de Formación de Especialistas y Subespecialistas del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Resumen Ejecutivo, 2014. Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-141233_r_ejecutivo_institucional.pdf

10. Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academies Press, 2001.

11. Lacy N, Paulman A, Reuter M, Lovejoy B. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Ann Fam Med* 2004; 2(6):541-545.

12. Laudicella M, Siciliani L, Cookson R. Waiting times and socioeconomic status: evidence from England. *Soc Sci Med* 2012; 74(9):1331-1341.

13. Maister, D. The psychology of waiting lines, 1985. Disponible en: <https://davidmaister.com/articles/the-psychology-of-waiting-lines/>

14. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Telesalud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf>

15. Naiker U, FitzGerald G, Dulhunty JM, Rosemann, M. Time to wait: a systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. *Australian Health Review* 2018; 42(3):286-293.

16. Sharman MJ, et al. The support needs of patients waiting for publicly funded bariatric surgery - implications for health service planners. *Clin Obes* 2017; 7(1):46-53.

17. Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy* 2014; 118(3):292-303.

18. Siciliani L, Hurst J. Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. *OECD Health Working Papers N°7*, 2003. Disponible en:

19. Zhou R, Soman D. Consumers' waiting in queues: The role of first-order and second-order justice. *Psychology & Marketing* 2008; 25(3):262-279.

5

Coordinadores:
Dra. Claudia Bambs
E.U. Solange Campos

Enfrentando las enfermedades crónicas

Introducción

Hoy en día 11 millones de personas en Chile viven con dos o más enfermedades crónicas (EC) de forma simultánea, y 2,5 millones de ellas concentran cinco o más patologías que requieren atención médica y control crónico al menos anual de por vida. En contraste, se estima que la capacidad de oferta total del sistema de Atención Primaria de Salud (APS) no supera 3,5 millones de cupos, por lo que existe una importante brecha entre la carga de enfermedad y la capacidad de atención¹.

Es importante entender que las evaluaciones objetivas de nivel país (promedio) podrían posicionar a Chile como el mejor sistema de salud de Latinoamérica y probablemente uno de los más eficientes del mundo. Sin embargo, los indicadores de distribución muestran brechas importantes, constituyendo inequidades en salud. Por otro lado, los indicadores objetivos no dan cuenta de todo el fenómeno de salud y bienestar, y se hace necesario considerar una serie de indicadores subjetivos. Al respecto, Chile dispone de abundante información de vigilancia epidemiológica, sin embargo, no ha sido suficientemente sistematizada ni se han construido indicadores que puedan impactar o retroalimentar las políticas de atención en términos de calidad de vida asociada a la salud y calidad de atención, por mencionar algunos ejemplos. Por otra parte, es ampliamente reconocido que la salud y el bienestar

de las personas se encuentran determinados por las condiciones socioeconómicas, el capital social de los barrios, las oportunidades educativas, las condiciones laborales y del ambiente natural y construido en el cual las personas nacen, crecen, viven y se desarrollan.

En particular, la crisis social y política expresada el año 2019 en Chile dejó de manifiesto las necesidades percibidas por las personas en cuanto al sistema de salud. Los afiliados al seguro público de salud FONASA (80% de la población) manifestaron su descontento con las condiciones de atención, incluidas las largas listas de espera para procedimientos y cirugías y el alto gasto de bolsillo en medicamentos. A esto se suma la crisis actual del sistema de aseguramiento privado (ISAPRES), el cual se encuentra bajo un análisis crítico en busca de soluciones no solo desde el punto de vista de la sostenibilidad financiera, sino también respecto al modelo de atención, fortaleciendo el enfoque de promoción, prevención y cuidados crónicos integrales. Todo lo anterior en el marco del nuevo proyecto constituyente en el cual se están analizando diversas propuestas que podrían influir sobre la salud y el bienestar de las personas y sus comunidades.

Estudios más específicos con metodologías cuantitativas y cualitativas muestran que las demandas de las personas van más allá del cumplimiento de garantías de acceso y tienen que

ver con falencias en el proceso de acompañamiento y cuidados de las personas con condiciones crónicas, especialmente en aquellas personas y familias en las que al menos un miembro del hogar es una persona que vive con multimorbilidad de cinco o más enfermedades crónicas (EC), el cual muchas veces ha estado hospitalizado o requiere de tratamientos complejos. Al respecto, la evidencia es clara en identificar la multimorbilidad como el principal factor que incide en los resultados clínicos y en la mortalidad evitable de las personas con EC^{2,3}. Es así como el incremento de personas con EC que no reciben un apoyo efectivo para afrontar su situación y presentan dificultades para implementar las recomendaciones del equipo de salud constituye un problema de salud pública mundial, el cual es complejo y multifactorial⁴.

Por otra parte, como indica el informe **“Impacto de la pandemia covid-19 en las enfermedades no transmisibles en Chile”** del Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la División de Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud de Chile⁵, la pandemia COVID-19 influyó negativamente en distintos niveles del control y prevención de las EC, destacando los siguientes:

- En relación a los factores de riesgo, la mayoría de las personas disminuyó o mantuvo su consumo de alcohol durante la pandemia, pero de los fumadores cerca de un quinto aumentó el consumo del tabaco. Disminuyó la actividad física, aumentó el tiempo en pantallas. Casi un tercio de los adultos subió de peso y aumentó la obesidad en los escolares.
- Hubo disminución de los controles de salud preventivos como los exámenes de medicina preventiva, los ingresos y controles al Programa

de Salud Cardiovascular, además de disminución en los ingresos y retrasos en garantías GES.

- Se observó una importante disminución tanto en los controles como en el cumplimiento de meta de tratamiento tanto para hipertensión arterial crónica como para diabetes mellitus. A esto se suma la reducción de tamizaje de complicaciones relevantes como fondos de ojo en población del Programa de Salud Cardiovascular de 37 a 17% entre el 2019 y el 2021. Respecto a complicaciones agudas, las hospitalizaciones por cetoacidosis y coma diabético aumentaron casi en un 60%.

Lo anterior cobra especial relevancia dada la complejidad de factores que influyen en el control, cumplimiento de indicaciones, adherencia y automanejo en personas con EC, especialmente lo referente a las condiciones de vida⁶. Al respecto, la evidencia indica que personas con EC de países desarrollados alcanzan un 50% de adherencia terapéutica, cifra que es aún menor (cercana al 25%) en países en desarrollo⁴. A lo anterior se agrega el grave problema de las listas de espera en personas con cáncer y los desafíos del cáncer en el contexto de la multimorbilidad de EC.

Adicionalmente, se observa un importante espacio de mejora en la coherencia de políticas e indicadores en EC a nivel nacional, destacando que la evaluación de los objetivos sanitarios relacionados con EC a mitad de período ha sido compleja, en gran parte por falta de información⁷.

Finalmente, es importante mencionar la importancia del automanejo, comprendido como la capacidad de la persona, junto con su familia, comunidad y equipo de salud, para controlar los síntomas, tratamientos, cambios de estilo de vida y las

consecuencias psicosociales y espirituales de las EC⁸. Las habilidades necesarias para la implementación del automanejo incluyen: resolución de problemas, toma de decisiones, utilización de recursos, fortalecer la alianza entre el paciente y el equipo de salud, desarrollar planes de acción y autoadaptación^{9,10}. Incorporar esta perspectiva permite comprender el desafío de la organización de la atención de salud para las personas con EC, donde el rol del equipo de salud es la provisión sistemática de intervenciones educativas y de apoyo para aumentar las habilidades y la autoeficacia que la persona requiere para manejar su condición, contribuyendo a que realice los cambios necesarios en su vida diaria para prevenir o retardar síntomas, la discapacidad y las complicaciones, todo lo cual se conoce como *apoyo al automanejo*¹¹. Finalmente, se reconoce la necesidad de promover los esfuerzos coordinados y sostenidos entre diversos actores sociales dentro y fuera del sector salud, acorde al modelo de determinantes sociales de la salud^{12,13}.

Se proponen los siguientes principios para guiar la elaboración de programas y políticas públicas en el abordaje del desafío de las EC en Chile:

1. Enfoque promocional y preventivo.
2. Priorización de intervenciones y coberturas junto a actores sociales relevantes, con énfasis en la participación ciudadana.
3. Énfasis en la calidad de vida y los procesos de cuidado y acompañamiento.
4. Integración de la salud biológica, psicológica, social y espiritual en el cuidado de personas con EC.
5. Perspectiva de equidad.
6. Enfoque de curso de vida y origen temprano de las EC.

7. Vigilancia epidemiológica y evaluación de impacto de políticas para EC.

1. Enfoque promocional y preventivo, en línea con los determinantes sociales de la salud.

Se requiere fortalecer un enfoque estratégico que privilegie las medidas promocionales y preventivas, de alcances poblacionales e individuales. Las medidas preventivas poblacionales son la base, es decir, son el mínimo obligatorio en un escenario de escasez de recursos y gran carga de enfermedad como el de nuestro país. Las medidas de prevención poblacional son las más costo-efectivas y tienen gran potencial de introducir equidad en los determinantes más distales de la salud, los cuales han sido llamados “las causas de las causas” de enfermedad^{12,13}. Las intervenciones preventivas y terapéuticas individuales, ya sean presenciales o remotas (telecuidado), también son fundamentales e introducen equidad en la medida que se diseñan con proporcionalidad a la desventaja o vulnerabilidad; sin embargo, su cobertura estará siempre limitada por el costo y las dificultades propias de la implementación, así como también por la dificultad de revertir la inercia de continuar haciendo las cosas como “siempre se han hecho” en el nivel local, a pesar de los múltiples cambios y ajustes realizados al modelo de atención desde el nivel central.

2. Priorización de intervenciones junto a actores sociales relevantes, con énfasis en la participación ciudadana.

La escasez de recursos es muy crítica en el tema de las EC, ya que el volumen es desbordante. Por ende, se hace necesario plantear un esquema de priorización de intervenciones y problemas de salud a abordar,

el cual sea éticamente razonable y consensuado por los diversos actores sociales. Los criterios de priorización más consensuados éticamente son: costo-efectividad de las intervenciones, severidad, vulnerabilidad y protección financiera¹⁴. Esto en forma espontánea genera la necesidad de garantizar en primer lugar las prestaciones de urgencia, cuidados paliativos, tratamientos farmacológicos en pacientes de alto riesgo, cuidados especiales en pacientes con mayor multimorbilidad y severidad (ej. los que están egresando de una hospitalización) y posteriormente ir entregando gradualmente la intensidad de cuidados a pacientes de menor riesgo. En este proceso, resulta deseable contar con un ente independiente que pueda asesorar a los tomadores de decisión respecto a la inclusión de nuevas tecnologías en base a criterios consensuados (ej. Evaluación de Tecnologías Sanitarias, ETESA).. Además, es esencial impulsar la participación de las personas y sus comunidades en todo el ciclo de la toma de decisiones relacionadas con la prevención y control de las EC.

3. Énfasis en la calidad de vida y los procesos de cuidado y acompañamiento.

Hoy en día se requiere monitorizar no solo indicadores objetivos de impacto sanitario (ej. morbilidad, letalidad), sino enfatizar la calidad de vida de las personas con EC y los procesos de cuidado y acompañamiento, con énfasis en la experiencia del usuario y el modelo de cuidados centrado en las personas. La calidad de vida incluye indicadores relacionados a determinantes socio-ambientales como la calidad del aire, agua y alimentos, así como también la calidad de la vivienda, trabajo, condiciones de saneamiento, etc¹³. Este es un importante espacio para la medicina integrativa

basada en evidencia, la medicina mínimamente invasiva, la enfermería de práctica avanzada, y el modelo de cuidados de transición, ya que tienen gran potencial para mejorar el bienestar de las personas y, a la vez, prevenir y compensar las EC. La sociedad organizada fuera del sector salud contribuye de manera fundamental en la provisión de cuidados y acompañamiento, por ejemplo, a través de asociaciones de pacientes y familiares.

4. Integración de la salud biológica, psicológica, social y espiritual en el cuidado de personas con EC.

La complejidad del cuidado de personas con EC requiere de modelos de cuidados que eviten la fragmentación en base a patologías y en los cuales se promueva la integralidad de las atenciones, con énfasis en la salud mental y la relación mente-cuerpo-espíritu¹⁵. A su vez, se requiere contar con evaluaciones periódicas del avance de la implementación de innovaciones complejas como las referentes al funcionamiento del sistema de salud¹⁶.

5. Perspectiva de equidad.

Los cuidados requieren ser proporcionales a las desventajas de los grupos menos favorecidos de la sociedad (*the worst off*). A su vez, las desventajas requieren ser objetivadas con diversos indicadores que se necesita consensuar ética y socialmente. La perspectiva de equidad en las intervenciones del ámbito individual requiere ser aplicada especialmente en lo que se refiere a la intensidad de los cuidados y acompañamiento, no solo en la oferta de terapias y tecnologías. La estratificación por riesgo de muerte o discapacidad, así como por severidad medida por la presencia de multimorbilidad crónica,

comorbilidad de salud mental o por desventaja social (ej. bajo nivel educacional, bajo apoyo social, aislamiento, bajos ingresos). Esta aproximación es necesaria para introducir proporcionalidad y también para incorporar mayor racionalidad al gasto en salud¹⁷.

6. Enfoque de curso de vida y origen temprano de las EC.

La sociedad necesita hacer esfuerzos especiales para proteger a niños, niñas y adolescentes (NNA), ya que son una población en extremo vulnerable y cuyo futuro impacta el desarrollo global del país. Al respecto, es muy importante considerar el origen temprano de las EC¹⁸. Como ilustra la Figura 1, los NNA son especialmente susceptibles al efecto de diversos tóxicos ambientales en aire, alimentos, agua o suelos. Por otro lado, los NNA están expuestos actualmente en Chile a ambientes con amplia disponibilidad física y publicidad de alcohol, tabaco y alimentos ultraprocesados, además de contextos donde es común la exposición a marihuana e incluso otras drogas ilegales. Los NNA se ven afectados por

estos ambientes tóxicos y poco saludables desde el período preconcepcional, primeros años de vida y posteriormente por el consumo directo de estas sustancias en la adolescencia. Los efectos de estas exposiciones sobre los NNA pueden ser muy tempranos y profundos, ya que pueden alterar la expresión de sus genes (epigenética) y su desarrollo psiconeuroendocrino hasta la edad adulta joven.

El ambiente intrauterino es muy influido por el ambiente exterior en el cual vive la madre (contaminación ambiental, violencia, estrés crónico, luz, temperatura, calidad del sueño, alimentación), generando procesos de inflamación y estrés crónico que pueden afectar el desarrollo intrauterino. Este es el primer ambiente al cual se exponen los niños y la ciencia muestra que ello determina el desarrollo futuro de diversas enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes e hipertensión arterial, efectos que incluso pueden traspasarse a las generaciones futuras¹⁸.

Por lo anterior, cuidar el ambiente al cual están expuestos tempranamente los NNA es la mejor forma de prevenir de forma radical la enorme carga de EC y sus costos sociales y económicos.



Figura 1. Exposiciones tóxicas con efectos sobre la salud de niños, niñas y adolescentes (Margozzini P. Elaboración propia 2023.)

7. Vigilancia epidemiológica y evaluación de impacto de políticas para EC.

La vigilancia de EC y las evaluaciones periódicas de la implementación y resultados de programas y políticas para EC es un elemento clave para que exista coherencia entre la realidad del país y la toma de decisiones que afectan la salud de las personas y sus comunidades¹⁶. Una adecuada vigilancia de EC permitirá priorizar los problemas de salud más relevantes, afinar las acciones preventivas, incluida la asignación de recursos, así como identificar nuevos problemas de salud a investigar.

PROBLEMAS Y PROPUESTAS.

Problema 1

Insuficiencia en el sistema de vigilancia epidemiológica y de la evaluación del impacto de las políticas para EC en Chile.

Propuesta 1

- Generar y monitorear indicadores de acuerdo con los desafíos actuales. Se requiere contar con los instrumentos de vigilancia como las encuestas poblacionales y los sistemas de información que tributen a un sistema de vigilancia integral en Salud Pública. Este sistema ha de contar con indicadores acorde al estado actual de la evidencia, los cuales deben ser adecuados y precisos para identificar inequidades y brechas, tanto de impacto de las políticas públicas con efecto sobre salud (poblaciones) como de los cambios en la estrategia de cuidados y gestión clínica (personas). Para el desarrollo de

indicadores es necesario identificar las brechas actuales y realizar vigilancia de las mismas en el tiempo.

- Ampliar la transferencia del conocimiento generado a una mayor diversidad de actores relevantes, gobiernos locales, comunidad en general, grupos de pacientes, etc. y no solo al sector salud.
- Fortalecer la evaluación de políticas públicas en EC, incluyendo la evaluación de políticas públicas poblacionales e individuales que sintonicen con los objetivos sanitarios establecidos por el país.
- Explicitar y reforzar el enfoque de equidad en la evaluación de políticas públicas para el control de las EC.

Problema 2

Insuficiente implementación de políticas públicas de probada costo-efectividad para el control de las EC.

Propuesta 2

- Abogar en favor de estrategias preventivas poblacionales de mayor costo-efectividad, como políticas de promoción de entornos saludables, actividad física, nutrición saludable, capital social, cohesión social de barrios y planificación urbana, entre otros¹⁹.
- Fortalecer la regulación de mercados e industrias con externalidades negativas como contaminación del aire, ruido, alcohol, tabaco y alimentos ultra procesados, resguardando especialmente el respeto a los derechos de niñas, niños y adolescentes a desarrollarse en entornos saludables.
- Desarrollar estrategias innovadoras de

comunicación masiva que permitan elevar el conocimiento en salud de la población, así como alertar sobre los efectos del marketing en las decisiones de las personas en términos de estilos de vida que afectan la aparición o desarrollo de EC.

- Fortalecer la investigación científica como plataforma de generación de conocimiento, así como de influencia en favor de las políticas que mejoren la salud y el bienestar de las personas y sus comunidades²⁰.

Problema 3

Insuficiente consideración de la influencia de los entornos ambientales, laborales y educacionales en las políticas y programas sobre EC.

- Promover el desarrollo de propuestas interdisciplinarias que consideren el enfoque de determinantes sociales y ambientales, y el impacto en salud desde los distintos sectores, en línea con el enfoque de Salud en Todas las Políticas²¹ y los Objetivos del Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas²².
- Revisar y aportar evidencia científica actualizada de intervenciones y recomendaciones individuales y colectivas sobre exposiciones ambientales asociadas a la ocurrencia de EC, especialmente respiratorias, cardiovasculares, cáncer, reproductivas, renales, cognitivas y alteraciones metabólicas. Se propone un énfasis en contaminantes químicos en aire, agua, alimentos, productos de consumo y suelos. Dentro de ellos, el más importante es la contaminación del aire, la cual tiene componentes con efectos carcinógenos comprobados y asociados a numerosas EC. Considerar la importancia de

trabajar con las comunidades de las zonas afectadas y su involucramiento en las propuestas de soluciones, que incluyan estrategias para prevenir y reducir el estigma asociado.

- Potenciar la temática de cambio climático, enfoques ecosistémicos y condiciones laborales y educacionales en la formación de pregrado de las carreras de la salud, universitarios en general y profesionales de APS. En particular, se propone que los profesionales de APS cuenten con el conocimiento y habilidades para incorporar en la evaluación de salud de los niños, niñas y adolescentes las condiciones ambientales y exposición a los tóxicos más conocidos, incluyendo la pesquisa de síntomas de contaminación crónica y la entrega de indicaciones a las familias.
- Estudiar e informar políticas y medidas que protejan el empleo y prevengan su precarización, así como los efectos del trabajo y la jubilación sobre la salud, particularmente entre personas pertenecientes a grupos sociales más susceptibles de enfrentar problemas de salud. Por ejemplo: personas de bajo nivel educacional que se desempeñan en actividades físicamente demandantes y en labores con bajo nivel de control y autonomía; o mujeres que deben interrumpir continuamente su actividad laboral como consecuencia de su ocupación en labores de cuidado familiar no remuneradas, y que no poseen los recursos financieros adecuados para su vejez.
- Promover el estudio de riesgos sociales o ambientales, referidos a la salud laboral y ocupacional. Esto incluye la caracterización de los riesgos físicos y químicos en el trabajo

por su fuerte relación con cáncer, tales como la exposición a arsénico o sílice en la minería, plaguicidas y otros químicos usados en la agricultura, acuicultura y actividades forestales. Otros daños incluyen el ámbito de la salud mental, alteraciones crónicas respiratorias, dérmicas y oculares.

- Considerar trabajo con mutuales, Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), agrupaciones de pequeñas y medianas empresas, promoviendo un marco de trabajo en salud laboral y ocupacional hacia la promoción de entornos saludables y hacia la prevención de enfermedades.
- Promover entornos saludables en las instituciones de Educación Superior, incluyendo campus libres de humo, acceso a alimentación saludable y sustentable, puntos de recarga de agua, y espacios de promoción de salud mental y bienestar general de sus comunidades.

Problema 4

Insuficiencia del modelo de atención actual ante la magnitud y complejidad de las EC y el escenario de multimorbilidad.

Propuesta 4.

- Promover adopción de nuevos modelos y estrategias de atención basados en el cuidado interdisciplinario de personas con multimorbilidad crónica, el apoyo al autocuidado y automanejo, el desarrollo de la telemedicina y el telecuidado, y el apoyo de pares^{23,24,25}. Esto incluye avanzar en el pilotaje de nuevos modelos y estrategias de cuidados crónicos en atención primaria, secundaria y terciaria. Se considera la atención de personas con multimorbilidad

en modelos que les ofrezcan una atención integral y centrada en sus necesidades, valores y creencias. También que sean atenciones integradas, es decir, que las prestaciones de salud se entreguen de manera conjunta y no separada por patologías (incluyendo salud física y mental). Adicionalmente, que las atenciones sean continuas, es decir, que la persona pueda experimentar un acompañamiento en el tiempo y pueda acceder a atenciones en los momentos en que las necesita, por ejemplo, a través de atenciones remotas que pueden ser brindadas con telecuidado para apoyar el automanejo. Al respecto, la pandemia COVID-19 ha evidenciado la factibilidad y la aceptabilidad de las atenciones remotas por parte de la población. El modelo que el Centro de Innovación en Salud Ancora UC ha implementado en conjunto con el Servicio de Salud Metropolitano Suroriente, dirigido a personas con enfermedades crónicas (Modelo de Atención Centrado en las Personas, MACEP), propone los siguientes elementos fundamentales que pueden servir de referencia para una recomendación nacional: estratificación según complejidad, gestión de casos para personas de mayor complejidad, apoyo al automanejo, continuidad del cuidado en red y participación y responsabilidad compartida en salud¹⁵. Estos conceptos han sido incorporados en la actual Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) del Ministerio de Salud²⁶.

- Además del manejo de la complejidad asociada a la multimorbilidad crónica es importante contar con estrategias para abordar el gran volumen de personas con EC. Para aumentar la cobertura de intervenciones se requiere ampliar la capacidad del sistema de salud actual con innovación

tecnológica, digital, complementariedad de servicios público-privados y de actores de la comunidad organizada y sociedad civil en general. En suma, contar con más actores entregando prestaciones para personas de bajo o mediano riesgo y avanzar en la integración de la provisión de las intervenciones complejas de nivel secundario y terciario.

- Capacitar a los trabajadores de APS en el fenómeno de vivir con una EC en la infancia, adolescencia y adultez. Para esto, los trabajadores de APS deben ser motivados a valorar la entrega de cuidados culturalmente sensibles, respetuosos de la diversidad e incorporando al cuidador principal como parte del proceso. Asimismo, resulta necesario desarrollar protocolos de rescate de niños, niñas, adolescentes y adultos con EC que han dejado de asistir a su Centro de Salud Familiar, ofreciendo atención conjunta y simultánea al niño, niña, adolescente o adulto y a su cuidador/a principal.

- Incluir en nuevo modelo de atención un programa de apoyo a cuidadores. Incorporar dentro de las atenciones domiciliarias de personas con dependencia severa y de los Programas de Asistencia Ventilatoria No-Invasiva (AVNI) y Ventilación Invasiva (AVI) en APS (niños y adultos) atenciones para el cuidado del cuidador en ámbitos de promoción de la salud y prevención de enfermedad. Lo anterior requiere de un trabajo con el Ministerio de Salud para fortalecer estos programas y promover la salud de la díada cuidado-cuidador. Considerar que un eje clave para el cuidado de personas con EC avanzada es el apoyo de la familia y especialmente el apoyo que entrega el cuidador primario.

- Entregar tratamiento integral al paciente, incluyendo el acceso a la atención odontológica para pacientes en control de EC, incorporándola en las canastas GES respectivas. Además, se requiere fortalecer la colaboración entre profesionales de la salud oral para mejorar la prevención y el manejo de comorbilidades, por ejemplo, mejorando los registros de salud compartidos entre los distintos niveles de atención. A su vez, integrar la atención bucodental y de las EC en los programas actuales, como diabetes, para mejorar la colaboración e integración de los sistemas existentes.

- Revisar y promover la formación de profesionales de la salud con competencias transversales para entregar un cuidado humanizado, considerando a la persona, familia y equipo en los diferentes niveles de atención, incluidos los elementos centrales del modelo de cuidados crónicos, así como competencias de salud mental y salud oral.

- Trabajar en comunidades para apoyar el automanejo de personas con EC, con foco en apoyo de pares. Realizar actividades en contextos laborales en tiempos reales de participación, por ejemplo, talleres de estilos de vida saludables que puedan realizarse junto con el almuerzo. Considerar a las mutuales como una manera de incluir estas acciones en las empresas, mostrándolas como un elemento que generará bienestar a los trabajadores y con ello contribuir a un mejor rendimiento. Estas actividades pueden ser realizadas tanto con personal de salud como con “pacientes expertos”. Los pacientes expertos son personas con EC que son exitosas en el manejo de su enfermedad y se encuentran compensadas, las cuales pueden recibir una capacitación para desarrollar otras habilidades más específicas para apoyar a sus pares.

Problema 5.

Falta de acceso y cobertura de acciones preventivas y terapéuticas para personas con una o más EC y necesidad de atención paliativa oncológica y para Enfermedad Crónica Avanzada.

Propuesta 5.

- Promover formación de enfermeras de práctica avanzada con enfoque en APS y atención paliativa para personas que requieran cuidados paliativos, ya sea oncológicos o de EC avanzada^{27,28}. Requerirá revisar y eventualmente hacer cambios al Código Sanitario. Se requiere de un grupo de enfermeras capacitadas que puedan prescribir medicamentos e intensificar dosis y terapias para diversos pacientes con EC de menor severidad (hipertensión, diabetes, dislipidemia), así como recopilar evidencia sobre el impacto de estos profesionales para reducir brechas de acceso a salud.
- Fortalecer y expandir atención paliativa integrada hacia EC avanzada. Debería incluir el cuidado paliativo de personas con EC como parte de las estrategias de cuidado no solo en el ámbito oncológico, sino también en personas con condiciones crónicas avanzadas.

Problema 6.

Alta incidencia y baja sobrevivencia de cáncer.

Propuesta 6.

- Fortalecer la investigación e implementación de estrategias costo-efectivas para la prevención y control de los cánceres más prevalentes en el país, en áreas tales como la evaluación de programas de prevención y diagnóstico temprano de

cáncer a nivel público y privado. Se requiere más evidencia y evaluación, y el desarrollo de centros de investigación de alto nivel²⁹. Ej: nuevo centro Fondap CECAN.

- Expandir capacidades regionales para disminuir tiempos en confirmación diagnóstica y tratamiento precoz. Creación de centros de terapias oncológicas en los hospitales públicos en alianzas público-privadas, tomando como referencia modelos que hayan demostrado resultados beneficiosos a nivel nacional (ej. Hospital Dr. Sótero del Río).
- Fortalecer y expandir los Registros de Cáncer en el país, así como la capacitación de profesionales y estudiantes de ciencias de la salud en el tema.
- Potenciar la realización de encuentros y talleres en el tema de prevención de cáncer y cuidado de pacientes oncológicos y sus familias, promoviendo la participación de la sociedad civil y comunidades en general.

Problema 7:

Insuficiente participación de las personas en el ciclo de toma de decisiones sobre prevención y control de las EC.

Propuesta 7.

- Incorporar el nuevo marco OMS para la participación significativa de las personas con EC y afecciones de salud mental y neurológicas³⁰. Este marco reconoce que las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la prestación de su salud y su bienestar, lo cual contribuye a formular políticas, programas y servicios de salud inclusivos y equitativos. Es recomendable

que Chile avance de forma progresiva en el fortalecimiento de los elementos facilitadores de la participación significativa que identifica el marco OMS para promover la participación significativa de las personas con EC: financiación sostenible, eliminación de la estigmatización, redistribución de poder, enfoques integrados, creación de capacidad e institucionalización de la participación³⁰.

- Considerar a las personas mayores como protagonistas de su proceso, e incorporarlos como actores claves en el desarrollo de políticas públicas, con énfasis en articular distintos sectores que trabajan con personas mayores para generar sinergia en el desarrollo de políticas y programas, por ejemplo, Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), FOSIS, etc.
- Generar Sistemas de Vigilancia Epidemiológica Activa Territoriales, que permitan reconocer la situación de personas mayores de mayor riesgo y vulnerabilidad (viven solos, pareja de personas mayores sin redes, estados de postración, con deterioro cognitivo moderado o severo, en cuidados paliativos, con manejo del dolor, etc.).

Los siguientes problemas, relevantes para la comprensión y abordaje de las EC, se encuentran desarrollados con detalles en otros capítulos de este documento:

- Alta comorbilidad de salud mental que requiere abordaje clínico y a nivel de los equipos de salud.
- Alta prevalencia de problemas de salud bucodental y su influencia en el desarrollo y evolución de las EC.
- Insuficiente formación y falta de continuidad curricular de pregrado en contenidos de Salud

Pública, modelo de atención de personas con condiciones crónicas y formación interdisciplinaria entre carreras de la salud u otras.

Definiciones usadas en este capítulo

Enfermedades crónicas: las enfermedades crónicas no-transmisibles son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Se producen por una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

Multimorbilidad: la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la multimorbilidad como “*la presencia de dos o más condiciones de salud*”. La European General Practice Research Network propone definirla como “*cualquier combinación de una enfermedad crónica con al menos otra enfermedad (aguda o crónica), o con un factor psicosocial (asociado o no), o con un factor somático*”. Sin embargo, existen diversas variantes dependiendo del número de patologías incluidas y su tipo (concordantes y discordantes).

Cuidados paliativos: enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. De acuerdo con la Convención Internacional de Derechos Humanos, los países miembros deben asegurar el derecho a salud de toda la población, considerando el alivio del dolor como un derecho fundamental, con un enfoque ético basado en el respeto a la persona, además de ser una buena práctica médica.

Referencias:

1. Margozzini P, Passi A. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas* 2018, 43(1):30-34.
2. Lubkin's Chronic Illness: impact and intervention. 9° Ed. Edited by Pamela Larsen. Jones & Bartlett Learning. EEUU, 2016.
3. McPhail SM. Multimorbidity in chronic disease: impact on health care resources and costs. *Risk Manag Healthc Policy* 2016; 9:143-156.
4. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=4A7B5A720548842B76FFDF2178527D88?sequence=1>
5. Ministerio de Salud de Chile. Informe Impacto de la Pandemia Covid-19 en las Enfermedades no Transmisibles en Chile 2022. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/02/2022.03.07_INFORME-IMPACTO-COVID-EN-LAS-ENT-FINAL-1.pdf
6. Schulman-Green D, Jaser S, Park C, Whittemore R. A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *J Adv Nurs* 2016; 72(7):1469-1489.
7. Ministerio de Salud de Chile 2017. Evaluación de mitad de período Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/08/Evaluacion-a-Mitad-de-Periodo-ENS.pdf>
8. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(8):1143-1147.
9. Lorig K, Holman H. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26(1):1-7.
10. Kralik D, Koch T, Price K, Howard N. Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13:259-267.
11. Richard A, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh* 2011; 43(3):255-264.
12. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO. European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012; 380: 1011-29.
13. Klompaker JO, et al. Associations of Combined Exposures to Surrounding

Green, Air Pollution, and Road Traffic Noise with Cardiometabolic Diseases. *Environ Health Perspect* 2019; 127(8):87003.

14. Horton S, Gelband H, Jamison D, Levin C, Nugent R, Watkins D. Ranking 93 health interventions for low- and middle-income countries by cost-effectiveness. *PLoS One*. 2017; 12(8):e0182951.

15. Barros J, Zamorano P, Varela T, Irazoqui E, Téllez A. Cambios en el modelo de atención de personas con multimorbilidad crónica: una revisión narrativa. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas* 2019; 44(4):35-40.

16. Zamorano P, Varela T, Muñoz P, Irazoqui E, Rain C, Tellez A. Evaluation of the Implementation Progress of a New Complex Intervention in a Multimorbidity Patient-Centered Care Model in Chile. *Value in Health* 2022; 25(12): S275.

17. Norheim OF, et al. Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. *Cost Eff Resour Alloc*. 2014; 12:18.

18. Hoffman DJ, Powell TL, Barrett ES, Hardy DB. Developmental origins of metabolic diseases. *Physiol Rev* 2021; 101: 739–795.

19. World Health Organization (WHO) . Tackling NCDs: ‘best buys’ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>.

20. Bambs C, Bravo-Sagua R, Margozzini P, Lavandero S. Science and Health Policies to Tackle Chronic Diseases in Chile. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 2020; 31(2):67-70.

21. Diallo T. Salud en Todas las Políticas: ¿una reactivación pos-COVID-19 sana y equitativa?. *Global Health Promotion* 2022; 29(2):123–125.

22. Kruk ME, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health* 2018; 6(11):e1196-e1252.

23. Fernández-Niño JA, Bustos-Vázquez E. Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición. *Biomédica* 2016; 36(2):188-203.

24. Le Reste JY, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14(5):319-325.

25. The Academy of Medical Sciences. Multimorbidity: a Priority for

global health research. April 2018. Disponible en: <https://acmedsci.ac.uk/file-download/82222577>

26. Ministerio de Salud de Chile 2021. Marco operativo estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf

27. World Health Organization (WHO). WHO definition of palliative care. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

28. Brennan F, Lohman D, Gwyther L. Access to Pain Management as a Human Right. Am J Public Health. 2019; 109(1):61-65.

29. Oke JL, Brown SJ, Senger C. et al. Deceptive measures of progress in the NHS long-term plan for cancer: case-based vs. population-based measures. Br J Cancer 129, 3–7 (2023).

30. Organización Mundial de la Salud 2023. Marco de la OMS para la participación significativa de las personas con enfermedades no transmisibles y afecciones de salud mental y neurológicas. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240073074>

6

Coordinadores:
Dra. Paulina Rojas
Dra. Blanca Peñaloza

Desafíos de la atención primaria e integración de redes

Introducción

La literatura ha definido la Estrategia de Atención Primaria como una aproximación global a la salud, desde los determinantes sociales, con perspectiva intersectorial, incorporando la participación de las comunidades y personas; y al sistema de salud en su conjunto con un enfoque integral, centrado en las personas. Por otra parte, también se denomina atención primaria al primer nivel de atención, que es el punto de primer contacto de las personas con el sistema de salud, donde resuelven la mayor parte de sus problemas y donde se ponen en práctica los elementos más relevantes de la estrategia de atención primaria. Este documento contiene propuestas orientadas principalmente al primer nivel de atención, pero en el marco de la estrategia de atención primaria. Ambos nos parecen imposibles de separar (1). Usaremos el término de Atención Primaria en forma amplia, para referirnos a ambas acepciones.

La Atención Primaria en Salud (APS) es el eje articulador del sistema sanitario (2,3). La evidencia internacional es robusta en demostrar la asociación entre una atención primaria fuerte y mejores resultados sanitarios y de gestión para los sistemas de salud: menor mortalidad, mayor equidad, reducción de hospitalizaciones y uso de servicios de urgencia, mejoría de la experiencia usuaria y menor costo en salud (4). Sus efectos se atribuyen

a sus funciones de primer contacto, centralidad en la persona, continuidad, integralidad y coordinación del cuidado (5). Basada en esta evidencia, desde hace ya varias décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, más recientemente, otros organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) promueven el fortalecimiento de la APS para mejorar las condiciones de salud de la población, independiente del nivel de ingreso de los países. Asimismo, la APS es reconocida como un elemento central en la estrategia sanitaria para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sustentable propuestos por las Naciones Unidas para 2030 (1,6).

En Chile, la APS ha tenido un importante desarrollo en los últimos 30 años, con un aumento progresivo de su participación en el gasto en salud, extensión de su red de atención y aumento de su dotación funcionaria. La reforma del sistema en 2005 la puso además al centro del nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), cuyos principios explícitos son la centralidad en el usuario, la integralidad y la continuidad de la atención (7). Actualmente, la red de establecimientos del primer nivel de atención está formada por centros de salud familiar (CESFAM), centros comunitarios de salud familiar (CECOSF), postas de salud rural, hospitales comunitarios, salas de rehabilitación con base comunitaria y diversos dispositivos para la atención de urgencias, que

le otorgan una amplia, aunque aún insuficiente, cobertura territorial y una privilegiada posición para la interacción con la comunidad.

En los últimos tres años, la pandemia COVID 19 dejó en evidencia las fortalezas y debilidades de la APS chilena: por una parte la capacidad de adaptación y respuesta, el compromiso de los equipos y la fortaleza del vínculo con la comunidad; por otra, el cansancio y la sobrecarga, la acumulación de problemas de salud no resueltos y el desfinanciamiento crónico del sistema (8).

En este escenario, el gobierno propone una nueva reforma de salud, y anuncia que su elemento central es la APS Universal (9). Esta es, sin duda, una buena noticia, pues, concordante con las recomendaciones internacionales, se propone a la APS como puerta de acceso para todos los usuarios del sistema de salud, independiente de su seguro de salud. Sin embargo, la implementación de un proyecto de esta magnitud, en un sistema fraccionado y debilitado por la pandemia, representa un desafío mayor.

El objetivo de este capítulo es aportar con la reflexión y experiencia de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, al fortalecimiento de la APS y con ella del sistema de salud en su conjunto. A continuación se presenta una síntesis de los problemas priorizados por el equipo a cargo del capítulo y las propuestas para su abordaje.

Desafíos para la atención primaria y la red asistencial

Tomando como referencia el documento “Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción” (10), el primer

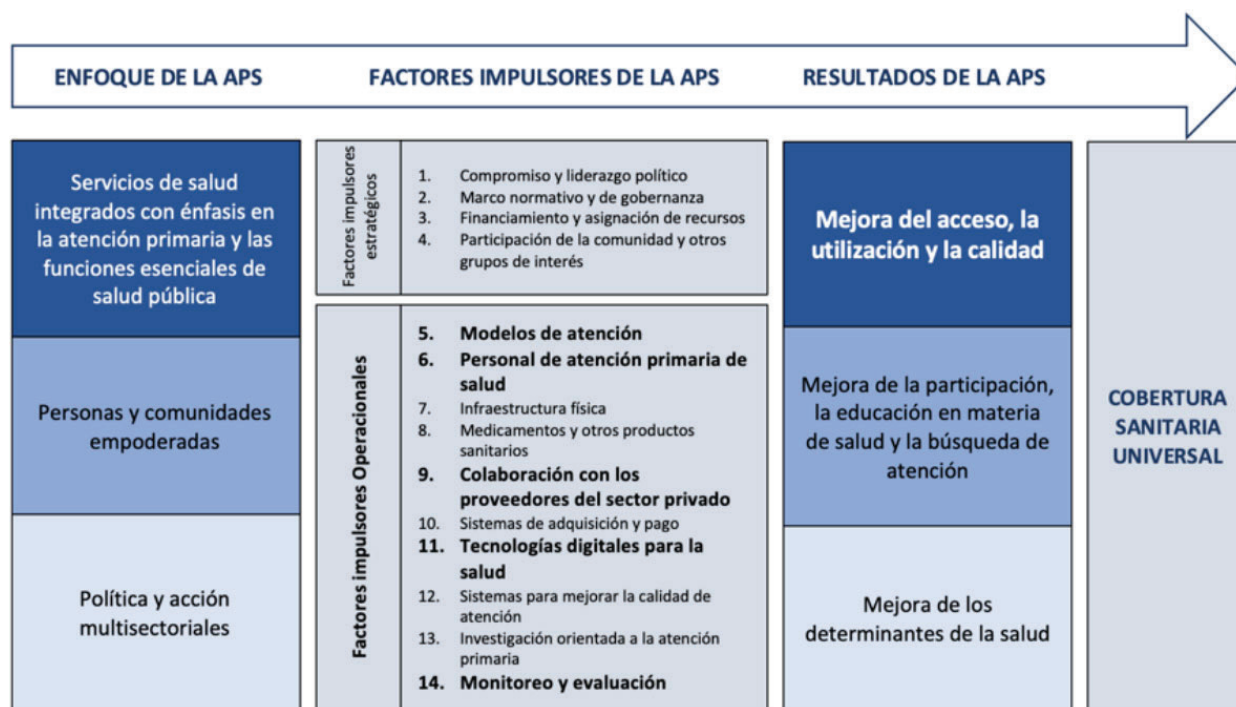
resultado esperado de la APS es mejorar el acceso y la utilización de servicios de salud resolutivos y de calidad, que respondan a los problemas de salud de la población (*Figura 1*). En Chile, el 80% de la población es beneficiaria del seguro público administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), sin embargo, la cobertura efectiva, es decir, la población que realmente accede al sistema, alcanza sólo al 50% de este grupo. Las principales brechas están en los jóvenes y adultos, especialmente hombres, con coberturas incluso bajo el 40% en algunas zonas del país (11). La baja cobertura es multifactorial, existiendo brechas de infraestructura, de disponibilidad de horas profesionales, de horarios de atención y de aceptabilidad, entre otras (12). De acuerdo a datos publicados recientemente, más de 5,4 millones de personas, casi el 40 % de los beneficiarios de FONASA, tienen limitado su acceso, oportunidad, calidad y continuidad de atención porque los centros de salud donde se atienden han superado la capacidad para la que fueron diseñados, mientras que 1,5 millones de personas beneficiarias de FONASA, utilizan exclusivamente el sistema privado para resolver sus problemas de salud, a través de la modalidad de libre elección (11). Por otra parte, cuando se enfrentan al sistema privado, los usuarios tanto del seguro público como privado, no disponen de una red con los atributos de la APS, siendo el paciente y su familia quienes deben decidir a quién acudir frente a un problema de salud.

En relación a la efectividad, un componente de la calidad de la atención primaria, es conocido el impacto favorable de la APS en la evolución de indicadores como la mortalidad materna e infantil, la desnutrición infantil y la expectativa de vida al nacer

(13,14). Sin embargo, la transición demográfica y epidemiológica sitúa a las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo como las principales causas de morbilidad actual en nuestro país (15). En este ámbito, la APS chilena alcanza niveles de efectividad clínica y preventiva por debajo del promedio OCDE, pero sobre países de Europa del Este y Latinoamérica (16), teniendo importantes espacios de mejora. Las hospitalizaciones evitables por la APS utilizan el 20% de los días-cama y representan el 11% de los egresos, con un gasto hospitalario evitable de más de 300 millones de dólares anuales (11). Asimismo, la tasa de amputación en pacientes diabéticos en Chile

se encuentra por sobre el promedio de la OCDE: 7,2 y 6,7 por 100.000 habitantes, respectivamente (17); y la cobertura del tamizaje de cáncer de mama con mamografía está muy bajo el promedio de los países de la misma organización: 40% y 62% de las mujeres mayores de 50 años, respectivamente (16). En todos estos casos la falta de capacidad de resolución de la APS contribuye a aumentar la presión sobre los niveles secundario y terciario de la red, la morbilidad de la población y el gasto del sistema de salud. Por otra parte, los estudios de experiencia usuaria revelaban en 2019 que el 45% de los usuarios de FONASA estaba insatisfecho con su centro de salud (18).

Figura 1. Componentes, factores impulsores y resultados de la APS



Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) . (2021). Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351718>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Para contribuir a mejorar los resultados de la APS chilena, el equipo a cargo del presente documento ha seleccionado algunos de los factores impulsores operacionales (10) identificados como críticos para la mejoría del acceso y la efectividad de los servicios (Figura 1). Estos son: **el modelo de atención, los recursos humanos para la atención primaria, la colaboración con los proveedores privados, el uso de las tecnologías digitales en salud, y el monitoreo y evaluación.** En cada uno de ellos se enuncian algunos desafíos y propuestas para abordarlos. Si bien en este capítulo no se abordarán los factores impulsores estratégicos de la APS señalados en la Figura 1, es fundamental que una reforma al sistema de salud los incluya, especialmente el financiamiento suficiente y los mecanismos de participación de las comunidades y grupos de interés.

I. MODELO DE ATENCIÓN

Un modelo de atención es una conceptualización sobre cómo se deben diseñar, seleccionar, organizar, entregar y gestionar los servicios de salud que reciben las personas, familias y comunidades (10). En este marco, uno de los ejes para fortalecer la organización y funcionamiento de la APS es potenciar el involucramiento de las personas en sus cuidados (19). El Cuidado Centrado en la Persona (CCP) pone el foco de la atención en la persona y sus necesidades, y debe cumplir con características como trato compasivo, respetuoso, empático, competente, eficiente y sensible a las necesidades, valores y preferencias de cada usuario, y proveer información necesaria para que las personas puedan participar de las decisiones relativas a su salud (20,21).

El Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) identificó al CCP como una de las seis dimensiones de

la calidad en salud (22). La Declaración de Salzburgo propone “nada acerca de mí, sin mí”, señalando la importancia de implementar el CCP como una forma de reducir las inequidades sanitarias por variabilidad de la práctica (23).

Esta aproximación participativa reconoce los derechos y responsabilidades de las personas en relación con su salud, avanzando desde un modelo paternalista donde la persona asume un rol pasivo, hacia un enfoque en que se reconoce el rol activo y central que juegan en la mantención y recuperación de su salud. Este cambio de enfoque es especialmente relevante en un escenario de transición demográfica y epidemiológica, avance de tecnologías digitales, amenaza de nuevas enfermedades infecciosas y crecientes expectativas sobre los sistemas de salud (20).

La literatura sugiere que este principio debiera verse reflejado en dos recomendaciones específicas: a) participación de los usuarios en el cuidado y, b) atención individualizada. Ambas recomendaciones se encuentran alineadas con las directrices propuestas por la OMS y tendrían efectos directos sobre los resultados en salud de las personas (24–26). Distintos estudios han demostrado que el CCP tiene efectos significativos en índices de satisfacción usuaria, resultados clínicos de salud a mediano y largo plazo, e impacto en una mejor organización y coordinación de los servicios que proveen los prestadores de salud (24 - 29). Pese a las ventajas del CCP, la inercia del sistema, unido al modelo paternalista aún imperante, entorpecen y limitan su implementación (30,31). Además, requiere de un esfuerzo específico en la gestión de la atención desde los equipos de salud, ya que se define a partir de la experiencia de los usuarios y no desde una institución o proveedor específico de salud (23).

Problema 1.

Si bien la Centralidad en la Persona ha sido declarada como uno de los principios irrenunciables del modelo de atención del sistema de salud chileno, su implementación es aún insuficiente.

En Chile, iniciativas impulsadas desde el Ministerio de Salud como la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) y el reciente escalamiento a nivel nacional de una estrategia de cuidado centrado en personas con multimorbilidad – ECICEP – dan cuenta del propósito de fortalecer la centralidad en las personas como eje del sistema de salud y generar cambios en la manera en que se organizan y entregan los servicios (7,32). Sin embargo persisten aún numerosos desafíos y oportunidades de mejora en su implementación (20,33).

Propuesta 1

1.1. Favorecer la participación y rol activo de las personas.

La participación de las personas en el contexto de la atención de salud puede tomar diversas formas y puede ocurrir tanto a nivel individual, en su rol de usuario/a en un contexto clínico (34), como desde su rol ciudadano en el aporte a la toma de decisiones, en un nivel más macro o de sistema de salud (20). El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud de la OMS Europa ha identificado las tres dimensiones principales en que las personas debieran ejercer un rol relevante en un sistema de salud que valore la participación usuaria (21):

a) Voz: involucrar a las personas, familias y comunidades que utilizan el sistema de salud en los procesos de toma de decisiones a nivel macro o de sistemas. En el marco de análisis que se ha usado

en este documento, este es un factor impulsor estratégico (Figura 1).

b) Elección: se reconoce la importancia de ofrecer una atención que satisfaga las expectativas de las personas, en relación con la elección de su médico de atención primaria, los servicios de atención especializada y los servicios hospitalarios.

c) Coproducción: se considera a la persona como agente activo de su propia salud a través de la autogestión y la participación en la toma de decisiones. La Toma de Decisiones Compartida (TDC) es una estrategia efectiva para promover el CCP a través de la participación de las personas en los encuentros clínicos, democratizando la relación profesional-usuario (35–37). Si las personas comprenden mejor las razones que sustentan las decisiones relativas a su salud, presentarán niveles bajos de conflicto decisonal frente a una acción determinada, lo que se relaciona con una mayor satisfacción (38,39), mejores resultados clínicos (40), optimización de recursos sanitarios y mejor calidad de vida (41). Un ejemplo de esto es la participación comunitaria y las estrategias de empoderamiento de las personas en salud para facilitar el acceso a acciones preventivas y de promoción de salud en poblaciones de riesgo, que pueden permitir mejorar la cobertura y acceso. En una experiencia desarrollada en Chile, en la comuna de Puente Alto, se observó que el trabajo integrado con el equipo de salud de APS, empoderando a 1.250 mujeres inasistentes al examen de Papanicolau, en la autotoma del examen de detección de virus papiloma, aumentó la adherencia al examen a más de 86%, permitiendo la detección de 12 casos de mujeres con lesiones de alto riesgo de cáncer (42). Resultados similares se observaron en un programa de tamizaje de cáncer de mama, donde se transfirió el poder de

gestión y realización de mamografías a mujeres en edad de riesgo, sin barreras de consulta previa. Esto permitió un incremento de 8% a 70% de adherencia de mujeres en La Pintana (43).

1.2. Favorecer la activación de las personas en el cuidado clínico.

Si bien las personas reportan altos niveles de participación en TDC (44), tienden a confundir participación con acceso, lo que muestra que no se reconocen como sujetos de derecho en la atención, entregando el poder de la relación terapéutica exclusivamente a los profesionales (45). Por ello, se requiere la preparación de las personas previo al encuentro clínico a través del desarrollo de habilidades de autocuidado y empoderamiento (46,47).

Se entiende por “activado” a un usuario/a que tiene control sobre el manejo diario de su enfermedad y realiza acciones para mantener/mejorar su calidad de vida. Las intervenciones dirigidas a activar a las personas tienen como objetivo: a) dotarlas con las herramientas necesarias para que puedan participar en decisiones relativas a su salud y cuidado, en asociación con profesionales de la salud, y b) desarrollar confianza en sí mismas, autoestima y las habilidades necesarias para lidiar con el impacto físico, emocional y social de la enfermedad en su vida diaria (47,48). Entre las recomendaciones internacionales para lograrlo destaca la experiencia “Ask 3 questions” (48,49).

1.3. Incorporación de la evaluación de resultados reportados por pacientes y de indicadores sistémicos con foco en las personas.

Para hacer posible la participación de las personas (usuarios/as) en la evaluación de resultados de

sistemas y servicios de salud, se han desarrollado los PREMs (Patient-Reported Experience Measures) y PROMs (Patient-Reported Outcomes Measures) que son medidas o instrumentos que permiten obtener el reporte directo de las personas sobre su experiencia de atención o de resultados en salud (ej. calidad de vida) respectivamente (50). Si bien el uso sistemático y cotidiano de estos reportes presenta desafíos tanto para clínicos como para usuarios (51,52), podrían ser un insumo relevante en el contexto de servicios centrados en las personas (51,53).

Por otra parte, también es necesario incluir indicadores de desempeño de todo el sistema con foco en las personas, tal como se propone en el OECD Scorecard for People-Centred Health Systems que considera, entre otros, indicadores acerca del trato respetuoso, participación de las personas en la toma de decisiones sobre su cuidado de salud, posibilidad de elegir al proveedor de salud, uso de aplicaciones y tecnologías para pacientes, etc. (20).

Problema 2.

En Chile se ha impulsado la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), sin embargo, su implementación es aún insuficiente (16). Los usuarios reconocen que el modelo vigente se organiza de forma fragmentada, centrado en las enfermedades (54,55). Los médicos también identifican importantes limitaciones para la coordinación e integración del cuidado (56).

La integración del cuidado, la eficiencia y resultados de los sistemas de salud son elementos relevantes en la experiencia usuaria (21). Entre ellos destacan la experiencia respecto de la coordinación del cuidado, el rol de la APS como puerta de entrada al

sistema y coordinadora de las atenciones de salud y del trabajo intersectorial, el uso de registro clínico electrónico, y las readmisiones posteriores al alta hospitalaria, entre otros (2,16,20).

Propuesta 2

2.1. Implementar estrategias para fortalecer la continuidad e integración de la atención.

Entre los componentes del modelo de atención que mayor efectividad han demostrado en mejorar resultados en salud de la población, se encuentran la continuidad con el mismo proveedor (57) y la integralidad del cuidado, con un alto estándar de gestión y manejo clínico y una interacción efectiva con los otros niveles de atención del sistema de salud. La continuidad de la atención considera también la continuidad en la información, manejo clínico y relacional (58). En relación con la información, es relevante disponer de una ficha de registro único que conecte los diferentes niveles de atención y permita una mejor comunicación y traspaso de información entre los equipos de salud (59,60). Este tipo de plataformas ofrece una oportunidad para generar un sistema colaborativo que favorezca la toma de decisiones conjunta e interprofesional (59). En relación con la continuidad del cuidado, es necesario promover estrategias de enlace, que busquen facilitar la transferencia de información entre el usuario y los profesionales, dentro del mismo nivel de atención y entre los niveles (60,61); para esto existen experiencias tanto con profesionales de enlace (45) como con plataformas electrónicas (60). Es importante que este proceso esté centrado en las personas y no sólo en lo clínico, para mejorar la calidad de la atención. En una experiencia implementada en Chile, se observó que en pacientes de alto riesgo, con multimorbilidad, atendidos en

centros con un mayor nivel de implementación del enfoque integral, que incorporaba gestor de casos, estrategias de automanejo, gestión de la información y profesionales de enlace entre los niveles de atención, se produjo una reducción de 69% en ingresos hospitalarios, 33% en consultas en urgencia y 44% en mortalidad (62). Estos resultados revelan la importancia de implementar un modelo de atención integral en APS e integrado con el resto de la red asistencial, considerando los recursos adecuados, monitoreo y evaluación.

2.2. Evaluación sistemática de la integración del cuidado desde la perspectiva usuaria.

Un aspecto relevante para el fortalecimiento de sistemas centrados en las personas es el monitoreo y evaluación continua de la integración del cuidado (20,63). Si bien existen numerosos aspectos a evaluar en esta dimensión de la atención de salud (64), desde un modelo centrado en las personas es posible considerar, por ejemplo, la medición sistemática de la percepción de las personas acerca de la coordinación de la atención post hospitalización (20), la calidad de las interacciones y las transiciones durante el proceso de cuidado (64), entre otros.

Problema 3

La insuficiente respuesta a los problemas de salud de las personas en atención primaria (capacidad de resolución clínica) contribuye a aumentar la presión sobre los niveles secundario y terciario de la red, la morbilidad de la población y el gasto del sistema de salud.

Propuesta 3

3.1. Promover la incorporación de tecnologías y

recursos que aumenten la capacidad de resolución clínica en la APS.

La integración de herramientas de diagnóstico y manejo clínico puede aumentar la efectividad de la APS e impactar en las causas más frecuentes de hospitalizaciones evitables identificadas en Chile (65). Estos recursos están dirigidos a mejorar el acceso efectivo de la población a la APS: los exámenes rápidos de diagnóstico clínico, en el punto de atención, son intervenciones costo-efectivas para la toma de decisiones y derivaciones apropiadas en enfermedades infecciosas, complicaciones metabólicas asociadas a diabetes y sospecha de eventos coronarios agudos, entre otros (kits de medición de CK-MB y troponinas; test de detección de tuberculosis, chlamydia, etc.)(66). No obstante, el acceso a estos exámenes es aún muy limitado en la APS chilena. En una línea similar, la disponibilidad de ultrasonido clínico en la APS es aún escasa, en comparación con países europeos y norteamericanos en los que se ha extendido significativamente, demostrando alta eficiencia y precisión diagnóstica (67). En una experiencia piloto desarrollada en Chile, se observó que la ecografía abdominal realizada en APS mejoraba la precisión diagnóstica, disminuía derivaciones inapropiadas y reducía en un 50% las cirugías de urgencia por enfermedad vesicular (65,68).

La actualización tecnológica y clínica de la APS debe considerar dotarla de equipamiento simple pero efectivo y en el punto de atención. Esto puede evitar la burocracia asociada con convenios transitorios con altas latencias en su resolución y con costos poco definidos como los existentes en varios de los Programas de Resolutividad de la APS (11). Este crecimiento tecnológico debe ir acompañado del desarrollo, actualización y certificación de

competencias para los equipos de salud, con colaboración entre las Universidades y los Servicios de Salud para el desarrollo de iniciativas en esta línea y del financiamiento adecuado.

II. RECURSOS HUMANOS

Las personas que trabajan en la atención primaria han sido largamente identificadas como un factor crítico para el desempeño de los sistemas de salud (1,69). Los organismos internacionales han aprobado y difundido planes para apoyar a los países en el desarrollo de su fuerza laboral en salud (70). Según cifras del Ministerio de Salud, la dotación de trabajadores de APS en Chile ha crecido significativamente en los últimos 10 años. En 2013, la APS contaba con 44.010 funcionarios, en 2021 esta cifra había aumentado a 104.257 personas, correspondiente al 42% de los funcionarios del sistema público de salud (71). Sin embargo, aún persiste una importante brecha de recursos humanos (RRHH) para que la APS chilena pueda entregar el acceso y efectividad que las necesidades de las personas requieren. A continuación, se presentan algunos de los problemas identificados en este ámbito.

Problema 4

A pesar del crecimiento de la dotación de funcionarios de APS, la presencia de profesionales, y especialmente médicos, es insuficiente para enfrentar los desafíos actuales. Además, la distribución de los recursos humanos muestra una importante inequidad territorial.

a) Médicos:

Estudios de la OCDE muestran una reducción de la proporción de médicos generalistas en Chile

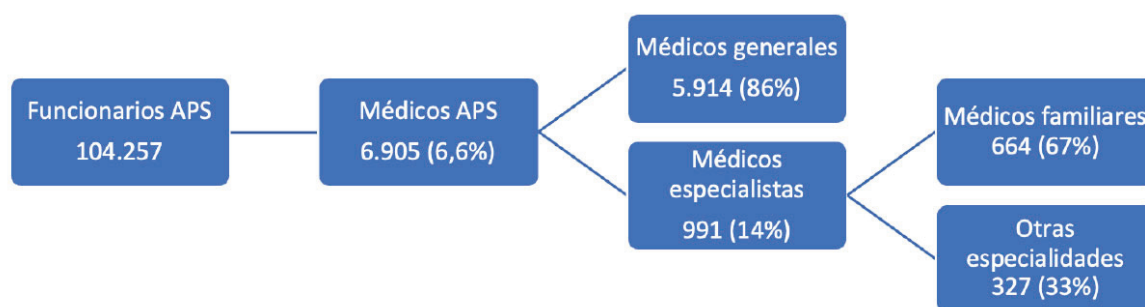
de más de un 20% entre los años 2000 y 2017 (3). Esto se relaciona con múltiples factores; uno de los más significativos es la progresiva diferencia de remuneración entre los médicos de APS y los médicos especialistas, debido al mayor crecimiento de la renta de estos últimos (16).

En 2021, la dotación de la APS chilena (municipal y dependiente de servicios de salud) contaba con 6.905 médicos (71), 86% de ellos eran médicos generales. Entre el 14% restante, la especialidad más frecuente era la Medicina Familiar con 664 médicos, lo que corresponde al 67% de los especialistas y al

10% de los médicos en APS (*Figura 2*). Más detalle sobre la composición de la dotación de médicos de APS y su relación con la dotación del sistema público y el total de médicos en el país se presenta en la *Tabla 1*.

Por otra parte, la distribución territorial de los médicos es muy heterogénea; un estudio publicado en 2022, estima que la mediana de médicos en las comunas es de 1 médico APS por 2.600 personas inscritas, con un rango entre 1 médico por 4.000 y 1 por 1.900 personas (11).

Figura 2. Dotación de médicos generales y especialistas en APS (Diciembre 2021).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de: Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Dotación de Personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Brechas por Servicio de Salud y Especialidad. Informe anual Glosa N°01 Letra c - Ley de Presupuesto N°21.395. Junio 2022. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe-de-Brechas-RHS_-Glosa-01-letra-c.pdf

b) Otros profesionales:

El indicador Densidad del Equipo Nuclear se usa internacionalmente para medir la dotación de profesionales del sistema de salud. Expresa la relación entre la suma de médicos, enfermeros/as y matronas/es, y la población beneficiaria, por 10.000 habitantes. La cifra recomendada por la Organización Mundial de la Salud es de 44,5 profesionales (médicos, enfermeros/as y matrones/as) por 10.000

habitantes (72). En Chile, en 2019, este indicador alcanzaba un promedio 39,6 profesionales en el sistema público de salud por 10.000 beneficiarios de FONASA, con resultados que variaron entre 31,7 en el Servicio de Salud Coquimbo y 66,2 en el Servicio de Salud Magallanes, e incluía al personal de la APS y de los servicios de salud (73). Estos datos permiten identificar una brecha significativa de recursos profesionales y una gran heterogeneidad en la distribución territorial de estos.

Tabla 1. Médicos en Registro Nacional de Prestadores Individuales, con desempeño en la red asistencial pública, según especialidad (Diciembre 2021).

Médicos según Especialidad	Registro Nacional de Prestadores Individuales (RNPI)	Total Subsistema Público	APS (municipal y dependiente SS)	Médicos APS / Médicos subsist. público	Médicos APS / Médicos RNPI
Médicos generales	27.308	12.826	5.914	46,1%	21,7%
Médicos especialistas	30.664	15.194	991	6,5%	3,2%
Medicina familiar	1.286	910	664	73,0%	51,6%
Psiquiatría adultos	1.741	846	93	11,0%	5,3%
Pediatría	2.429	1.245	51	4,1%	2,1%
Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia	472	292	34	11,6%	7,2%
Salud Pública	729	149	32	21,5%	4,4%
Obstetricia y ginecología	2.350	1.113	29	2,6%	1,2%
Medicina interna	2.031	1.454	24	1,7%	1,2%
Oftalmología	1.018	381	18	4,7%	1,8%
Medicina de urgencia	532	308	10	3,2%	1,9%
Cirugía general	2.487	1.387	9	0,6%	0,4%
Otras especialidades	15.589	7.109	27	0,4%	0,2%
Total	57.972	28.020	6.905	24,6%	11,9%

Fuente: Elaboración propia desde datos de: Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Dotación de Personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Brechas por Servicio de Salud y Especialidad. Informe anual Glosa N°01 Letra c - Ley de Presupuesto N°21.395. Junio 2022. Disponible en https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe-de-Brechas-RHS_-Glosa-01-letra-c.pdf

Propuesta 4

4.1. Revisar y redefinir la dotación de profesionales de atención primaria en relación a las necesidades de la población y el modelo de atención.

La recomendación de la OMS de 44,5 profesionales nucleares por cada 10.000 habitantes (72) es una meta distante en el sistema público de salud chileno

y debe ser ponderada de acuerdo a la realidad de las diversas comunas y servicios de salud de nuestro país. Específicamente respecto a los médicos, se puede usar como referencia el estándar español, incluido en el estudio de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, de 1 médico por cada 1.500 adultos y 1 médico por cada 1.000 niños en la población beneficiaria (11).

Por otra parte, la dotación de profesionales y técnicos debe estar definida en relación al perfil de riesgo de cada comunidad. El sistema chileno ya ha iniciado un proceso de evaluación de riesgo de la población a través de diferentes metodologías, asociado a la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona con Enfermedades Crónicas (ECICEP) (32). Es necesario avanzar en la estratificación de riesgo de la población y considerar este factor en la definición de la dotación de recursos humanos para la APS.

4.2. Establecer políticas de reclutamiento y retención de los recursos humanos en APS con equidad territorial, alineando los incentivos con el desarrollo del modelo de atención integral y las necesidades de la población.

Se requiere definir políticas de reclutamiento e incentivos que promuevan la permanencia de los trabajadores de APS, privilegiando los sectores de mayor necesidad y/o riesgo (74). Actualmente, los funcionarios de APS reciben un estímulo al desempeño colectivo definido por ley y denominado Metas Sanitarias (75). Estas constituyen indicadores determinados anualmente por el Ministerio de Salud, no necesariamente alineados con las necesidades de la población atendida ni con los recursos disponibles (11). Se sugiere revisar la metodología de identificación y cálculo de las Metas

Sanitarias, alineando estos indicadores con las necesidades particulares de cada población. Por otra parte, existe una asignación para los funcionarios de APS relacionada con el mejoramiento del trato a los usuarios (76). Se evalúa la satisfacción usuaria con aspectos tales como empatía, presentación personal, cortesía y confianza, disponibilidad e interés y confiabilidad. Se sugiere revisar la formulación del instrumento, de manera de incluir en la evaluación de la experiencia de los usuarios, aspectos relacionados con el modelo de atención, como la participación en las decisiones clínicas (51).

4.3. Disponer de un sistema de información sobre recursos humanos en APS.

Se debe disponer de un sistema de información que entregue datos detallados acerca de la dotación de funcionarios de APS, su composición profesional, edad, género, movilidad, etc. que permita planificar y gestionar oportunamente los recursos que conforman los equipos de salud (74).

Problema 5

Los profesionales y técnicos que trabajan en atención primaria requieren nuevas competencias para enfrentar los desafíos epidemiológicos y necesidades en salud de las personas, familias y comunidades.

Los desafíos del Modelo de Atención antes enunciados requieren pasar de un modelo de relación paternalista, orientado a la enfermedad, con interacciones individuales entre las personas y los prestadores, a un modelo colaborativo de cuidado, centrado en la persona, orientado a la promoción y prevención en salud, y en el que el trabajo en equipo adquiere particular relevancia (4,11,77,78).

En Chile, un estudio publicado en 2018 identificó, desde la perspectiva de expertos, las competencias que los trabajadores de APS requieren para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud. Estas incluyen competencias clínicas (capacidad de resolución de problemas prevalentes, modelo de cuidados crónicos, apoyo a la toma de decisiones compartidas, estrategias de trabajo con familias), de prevención y promoción en salud (ciclo vital, enfoque de riesgo, educación de adultos, entrevista motivacional) y de gestión (programación en red, manejo de RRHH, liderazgo) (79).

Propuesta 5

5.1. Fortalecer la formación inicial de los profesionales y técnicos de carreras de la salud.

Se necesitan esfuerzos coordinados entre el sector salud y educación para modernizar los planes de estudio de las carreras de la salud y desarrollar currículos basados en competencias, que permitan alinear la formación con las necesidades de salud de la población y los requerimientos del modelo de atención (3,8,11,74,77,79). Este componente es clave y urgente, pues determinará la capacidad futura de los equipos de APS. Con este objetivo, la Organización Mundial de la Salud ha publicado recientemente el documento *Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage* (80). Esta área es profundizada en otro capítulo de este documento.

5.2. Desarrollar competencias en los equipos de atención primaria, a través de educación continua y capacitación.

En el 93% de las comunas del país los establecimientos de atención primaria dependen de los municipios y sus funcionarios están regidos

por la ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria Municipal. Esta ley dispone la obligación de las entidades administradoras de implementar un Plan Anual de Capacitación (PAC) para sus funcionarios. Este plan es elaborado por el municipio en base a Ejes Estratégicos (81) definidos por el Ministerio de Salud en sus Orientaciones para la Planificación y Programación en Red (82). El PAC y sus recursos asociados ofrecen una oportunidad para el diseño y ejecución de planes de capacitación sistemáticos y coordinados, enmarcados en una estrategia nacional de formación para el desarrollo de habilidades para la implementación del modelo de atención (70,79).

5.3. Fomentar la incorporación de profesionales especializados en atención primaria.

Existe sólida evidencia que respalda la incorporación de profesionales con formación específica para la APS para fortalecer la efectividad y eficiencia de los equipos interdisciplinarios de salud:

a) **Especialistas en medicina familiar:** los médicos especialistas en atención primaria han demostrado ser más efectivos en mejorar los indicadores de salud de la población: en EEUU, una dotación más alta de médicos de APS se asoció a un efecto mayor sobre la expectativa de vida que el mismo aumento de dotación de otros especialistas; además se asoció a reducción de la mortalidad cardiovascular, por cáncer y por enfermedades respiratorias (83). Por otra parte, se ha reportado que los médicos familiares específicamente, se asocian con menor gasto innecesario en “cuidado de bajo valor” (84).

b) **Enfermeras de práctica avanzada:** en los países donde este recurso está disponible, los equipos de atención primaria de salud que incluyen enfermeras de práctica avanzada

obtienen mejores resultados en salud, menores tasas de hospitalización, y mayor satisfacción de las personas con el cuidado (85).

c) **Trabajadores sociales con foco en salud mental:** se ha documentado que los trabajadores sociales pueden hacer un aporte relevante a los equipos de APS en el manejo de personas con problemas de salud mental, tanto en la evaluación, la consejería, el acompañamiento y la coordinación del cuidado; además del manejo de los determinantes sociales como apoyo en problemas económicos, de vivienda y de empleo, entre otros (86).

d) **Químicos farmacéuticos:** existe evidencia del aporte de estos profesionales en la mejoría de la adherencia a tratamiento en personas con enfermedades crónicas. También se les ha incorporado a prestaciones preventivas y de educación en salud (3).

Se recomienda disponer de los recursos e incentivos para la formación de estos profesionales a través de programas de especialización financiados por el Estado, así como para su contratación y permanencia en los establecimientos de atención primaria. Su presencia puede ser un aporte relevante al trabajo en equipo y a los resultados en salud y experiencia de los usuarios.

Problema 6

Los equipos de atención primaria están expuestos a altos niveles de estrés y burnout y son víctima frecuente de maltrato y agresión por parte de algunos usuarios.

Los equipos de APS están sometidos a altos niveles de estrés derivados de características propias de su

trabajo, como es brindar un servicio y generar una relación de cuidado y asistencia con las personas a las que atienden (87). Esto, asociado a la alta carga laboral, la vulnerabilidad social en que muchos trabajan, y los efectos de la pandemia, entre otros factores, pueden llevar a burnout, entendido como un equilibrio inestable en que las personas logran realizar sus funciones pese a sentir malestar físico o psicológico producto de la adaptación al estrés laboral (88). Esto se ve agravado por los episodios de maltrato y agresión que se han hecho cada vez más frecuentes y han generado intervenciones en los ámbitos legal y organizacional, entre otros (89). Estas condiciones representan una amenaza para la estabilidad de los equipos de salud. El cuidado de las personas en estos ámbitos específicos ha sido incluido en las recomendaciones internacionales sobre seguridad y salud de los trabajadores de la salud (90).

Propuesta 6

6.1. Prevención de la sobrecarga laboral y el burnout.

Existen diversos elementos relacionados con la sobrecarga laboral y el burnout, influyendo factores a nivel individual y organizacional (91). Entre éstos, destacan aquellos vinculados con una inadecuada planificación de los recursos humanos y las acciones que deben desempeñar. Especial mención requieren los nuevos programas y acciones que se agregan a equipos ya sobrecargados, las tareas administrativas y las relacionadas con los registros. Se requiere un análisis sistemático de las funciones de los diversos integrantes del equipo para optimizar la eficiencia en el uso de los recursos, sin sobrecargar a los profesionales, técnicos y administrativos (3).

6.2. Desarrollo de programas de autocuidado y fortalecimiento de la resiliencia de los equipos de salud.

La pandemia puso en evidencia la importancia de apoyar a los equipos de salud en el desarrollo de intervenciones de prevención y manejo de la sobrecarga emocional y de salud mental relacionada con el trabajo en atención primaria (92). En este ámbito cobra especial relevancia el rol de los líderes locales en la detección y manejo oportuno del problema (93,94).

6.3. Prevención y manejo de los episodios de violencia y abuso.

Las políticas de salud deben incluir esta dimensión en la planificación de recursos humanos en atención primaria. Los centros de salud deben contar con equipamiento y procedimientos específicos para la prevención y manejo de episodios de violencia y abuso, que garanticen la seguridad de los trabajadores. Estos deben incluir: evaluar periódicamente el riesgo, organizar el flujo de pacientes y evitar aglomeraciones y tiempos de espera, garantizar un acceso seguro y salidas de emergencia, disponer de sistemas de alarma, coordinación con las autoridades, y protección de las víctimas y testigos, entre otros (95).

III. COLABORACIÓN CON PROVEEDORES DEL SECTOR PRIVADO

Existe amplia discusión sobre el rol de los prestadores privados (con y sin fines de lucro) en la provisión de servicios de atención primaria. La literatura que evalúa el efecto de la participación de privados muestra estudios realizados principalmente en África y Asia, con muy pocas experiencias publicadas

en la región de las Américas, y especialmente focalizadas en problemas de salud específicos como tuberculosis, VIH, cuidado materno-infantil e intervenciones preventivas y educativas (96). Los principales desafíos de esta colaboración se relacionan con la necesidad de implementar mecanismos de regulación en aspectos como cumplimiento de estándares de calidad y cantidad de los servicios, recursos humanos, articulación de redes, etc., y la complejidad asociada a la heterogeneidad de prestadores, cuando se desarrollan políticas de colaboración a gran escala. Todos estos factores pueden también generar un aumento de las inequidades en salud (97,98).

Problema 7

APS sobrecargada y acceso insuficiente en la perspectiva de la cobertura universal.

Propuesta 7

7.1. Realizar un análisis detallado de las ventajas y desventajas de diversificar los prestadores de atención primaria.

En el marco referido (Figura 1), en el sistema de salud de nuestro país, junto con fortalecer el sistema público de salud, explorar proveer para la población adscrita a seguros privados, el desarrollo de servicios de atención primaria por la red privada de prestadores, especialmente considerando que, con las brechas de acceso actuales en el sistema público, parece difícil ofrecer servicios de atención primaria integrados en red a usuarios del sistema privado a gran escala, en el corto plazo. La implementación de un modelo global basado en APS podría favorecer la eficiencia y mejorar los resultados de salud del sistema en su totalidad. Para el desarrollo de esta dimensión se requiere además fortalecer factores

impulsores estratégicos, como marcos normativos que incluyan los mecanismos de pago e incentivos, y sistemas de regulación que permitan el desarrollo adecuado de este modelo (Figura 1) (99).

Por otra parte, en la red pública existen experiencias puntuales de colaboración público-privada. Ejemplos de esto son los tres CESFAM Ancora UC en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, y el CESFAM Cristo Vive, en la comuna de Recoleta, del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Ambas experiencias se han desarrollado con instituciones sin fines de lucro, como parte de las redes públicas de atención y con un financiamiento per cápita aportado por FONASA para sus asegurados, con una población a cargo similar al resto de la atención primaria (98). Si bien ambas experiencias tienen evaluaciones positivas, por ejemplo, el CESFAM Cristo Vive tiene una evaluación de satisfacción usuaria mejor que los otros centros de su comuna en el 2021 (97), y Ancora UC ha realizado evaluaciones favorables (99), es controversial amplificar esta política como una estrategia para cubrir brechas de atención a la población del sistema público de salud, debido a que estos modelos a gran escala requieren implementar mecanismos de control, regulación y financiamiento por la heterogeneidad de posibles prestadores, disminuyendo la eficiencia del sistema.

IV. TECNOLOGÍAS DIGITALES PARA LA SALUD

Si bien este tema se abordará en otro capítulo de este documento, se hará una breve mención a algunos aspectos específicos del uso de tecnologías digitales para favorecer el acceso y la capacidad de resolución de la APS.

La telesalud se ha desarrollado en Chile desde hace al menos 10 años, aplicándose en el telediagnóstico

y en teleconsultas en diversas áreas como dermatología, oncología, cardiología, etc. (100). Sin embargo, es en la pandemia por COVID-19 que se presenta la oportunidad de su uso masivo y directo entre los usuarios y los centros asistenciales.

Problema 8

Insuficiente implementación de estrategias de telesalud efectivas, para mejorar el acceso y la capacidad de resolución de la APS.

Propuesta 8

8.1. Masificar el uso de telesalud.

La pandemia por COVID-19 permitió el desarrollo de herramientas tecnológicas para facilitar el contacto directo de usuarios con sus servicios, tanto para la consulta con profesionales de salud como para facilitar la gestión de la demanda (teletriage). La experiencia de teletriage, implementada en 7 comunas del país, ha mostrado aumentar la accesibilidad, resolviendo 1 de cada 3 solicitudes de manera remota. Se ha estimado que, a causa del uso más eficiente de los recursos, la oferta de atención podría incrementarse cerca de un 20% (11). En una experiencia reciente de Telesalud en APS en La Pintana y Puente Alto, un equipo multidisciplinario de orientación telefónica pudo resolver el 69% de los contactos telefónicos realizados ($n = 1.278$) y sólo en el 31% restante se gestionó una visita presencial. El modelo mostró aumento en las vías de contacto y alta capacidad de resolución, es decir, incrementó el acceso efectivo de la población (101). Se trata de una oportunidad única de difusión del uso de tecnologías, que debe implementarse a gran escala para facilitar el acceso, especialmente a los grupos que tienen menores posibilidades de acceso presencial tales como personas que trabajan

o que viven a distancias mayores de los centros asistenciales.

8.2. Uso de tecnologías móviles para mejorar la capacidad de resolución.

Las tecnologías móviles tienen amplia cobertura en nuestro país. Diversos estudios han demostrado que el uso de aplicaciones (App) gamificadas pueden ser un aporte al control de enfermedades crónicas en atención primaria, especialmente en la adherencia de los pacientes a sus medicamentos, un aspecto de alta relevancia dado la multimorbilidad y el costo asociado a ella en los sistemas de salud (102). La información disponible a nivel nacional muestra que la adherencia es un problema relevante en personas con alto riesgo cardiovascular en APS y que estrategias basadas en App son implementables y pueden ser efectivas en la APS chilena (103,104). Para todas las intervenciones que consideren el uso de tecnologías de información no debe olvidarse las consideraciones de equidad, especialmente por las barreras de acceso a internet en algunos territorios, y las brechas de habilidades digitales, especialmente en personas adultas mayores (105,106).

V. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Responder al desafío de fortalecer la Atención Primaria en Salud en Chile implica también el desarrollo de sistemas de evaluación pertinentes que aporten la evidencia necesaria y oportuna para ello. Es prioritario desarrollar lineamientos que permitan profundizar y enriquecer los abordajes sobre evaluación e indicadores en la APS (10).

Al revisar la literatura, probablemente uno de los marcos más integrativos en la evaluación de la APS es el propuesto por la Organización Mundial

de la Salud (107), en el cual, a las dimensiones de acceso y disponibilidad, calidad de la atención y financiamiento, se agregan otras como la gobernanza, indicadores del personal que trabaja en APS, salud digital, adecuación a las necesidades de la población y actividades de investigación orientadas a la APS. Este marco se comparó con dos revisiones sistemáticas, una sobre la amplitud de la APS y sus dimensiones centrales a evaluar (108) y otra sobre indicadores de desempeño en APS (109). Como se aprecia en la *Tabla 2*, el marco propuesto por la OMS es más integral y refleja de mejor manera la complejidad de la APS.

En Chile, las actividades que se realizan en atención primaria son supervisadas por medio de indicadores monitoreados por el Ministerio de Salud (MINSAL) y los Servicios de Salud (SS). Entre éstos se identificaron los siguientes: Metas Sanitarias, Índice de Actividad de APS (IAAPS), Programas de Reforzamiento de la APS (PRAPS), MAIS y Compromisos de Gestión (COMGES). Los tres primeros se asocian a incentivos financieros. Los indicadores se acompañan de una instancia de negociación de metas, traspasando la responsabilidad de la evaluación y monitoreo a los equipos comunales. Los actuales indicadores son insuficientes y su reformulación se hace indispensable y urgente para fortalecer los sistemas de evaluación de APS (20–23,27).

Problema 9

Los sistemas de evaluación e indicadores de la APS son limitados técnicamente, e implementados por los propios equipos de APS, basados fuertemente en el autorreporte. Como se mencionó en secciones anteriores de este capítulo, no incorporan varias de

Tabla 2. Marcos de evaluación en APS y sus dimensiones.

Dimensiones OMS Evaluación APS	Bangalore (2018) Revisión sistemática APS en países en desarrollo (109)	Kringos (2010) Revisión sistemática dimensiones centrales amplitud de la APS (108)
Gobernanza		Gobernanza del sistema de APS
Adecuación a las necesidades de la población		
Financiamiento	Perspectiva del proveedor: costos	Condiciones económicas del sistema de APS
Infraestructura física		
Personal sanitario	Desempeño del personal (participación activa, prestación de servicios, aptitudes clínicas y no clínicas durante la prestación de servicios, puntualidad, tiempo de respuesta, absentismo, presentación de informes en el momento recomendado).	Desarrollo de la fuerza de trabajo de la APS
Tecnologías digitales para la salud e información en salud		
Modelos de atención		
Sistemas de mejora de la calidad asistencial		
Instalaciones y servicios sanitarios resilientes		
Acceso y disponibilidad	Perspectiva del proveedor: sistema sanitario (vínculos establecidos con los pacientes y prestación de servicios específicos del programa) Perspectiva del proveedor: (número de contactos con los pacientes, prestación en el centro)	Acceso a los servicios de APS
Calidad de atención	Perspectiva del usuario (paciente, comunidad, distrito y país)	Continuidad, coordinación e integralidad de la APS. Calidad de la APS. Eficiencia sanitaria. Equidad en salud

las dimensiones relevantes para el desarrollo de la APS.

Propuestas 9

9.1. Desarrollo e implementación de un marco de evaluación integral de APS para Chile.

Es fundamental que el país, en el mediano plazo (próximos dos años), cuente con un marco de evaluación integral, pertinente y moderno para la APS chilena, permitiendo la disponibilidad de información panorámica para informar la toma de decisiones. Este marco evaluativo debiese considerar los ámbitos de implementación e impacto, desde una perspectiva sistémica, en sintonía con los Objetivos Sanitarios, así como con el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). Igualmente, debe considerar la articulación con los demás niveles de atención. Se requiere la planificación de un proceso técnicamente robusto y participativo, que permita la concreción de este marco en el mediano plazo.

9.2. Fortalecimiento de competencias de evaluación en APS y de una cultura de evaluación con perspectiva de red.

Se requiere contar con equipos más capacitados en evaluación, asegurar la contratación de recursos humanos preparados, promover una oferta de formación en evaluación, y propiciar diálogo con las universidades, entre otros elementos. La consolidación de una cultura de evaluación debe expresarse en todas las instancias, incluyendo MINSAL, SS, CESFAMS, CECOSF y los demás dispositivos del sistema de salud. Igualmente, se requiere promover la sistematización y evaluación de buenas prácticas de evaluación local en APS y su amplia difusión. Este proceso continuo de

fortalecimiento de competencias en evaluación requiere contar con el compromiso y liderazgo de las autoridades, con el necesario financiamiento, así como su integración en los sistemas de incentivos y metas y, por supuesto, en la dinámica de toma de decisiones.

9.3. Desarrollo de un sistema de información integrado y eficiente.

Es perentorio avanzar con celeridad en la construcción de un sistema de información moderno y articulado, técnica y éticamente sólido, con sub-sistemas interoperables, base de datos universal con acceso amplio a tomadores de decisión y equipos/red, permitiendo un diálogo fluido entre sus distintos componentes. Se espera asegurar un acceso oportuno y preciso a aquella información estratégica y necesaria para la mejor toma de decisiones, en consonancia con los avances requeridos en materia de evaluación e indicadores, aprovechando innovaciones tecnológicas de manera responsable.

9.4. Redefinición de indicadores e incentivos asociados.

A la luz de las necesidades existentes y en consideración de los avances requeridos en materia de evaluación de la APS, se hace necesario revisar los indicadores que se utilizan actualmente. La priorización de indicadores debe dar cuenta de un abordaje evaluativo actualizado, asegurando la cobertura de las áreas importantes e integrando también ámbitos relevantes poco cubiertos hasta ahora. Es esencial avanzar en indicadores en materias de gobernanza y recursos humanos, entre otros, y asegurar incluir la perspectiva de usuarios/as con mayor fuerza (considerar, por ejemplo,

PROMS Y PREMS para APS). A su vez, el conjunto de indicadores debe reflejar la esencia del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), incluyendo indicadores que den cuenta de principios como la continuidad e integralidad de la atención, y resultados relacionados con el acceso y la capacidad de resolución en la red, entre otros.

Conclusiones

La APS chilena tiene un gran potencial por desarrollar para articular la red asistencial en torno al cuidado de las personas, familias y comunidades, implementando de manera más completa el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). Sin embargo, para ello se requiere avanzar en facilitar el acceso, contar con más y mejores recursos humanos, implementar un modelo de cuidado en salud integral y resolutivo, y de verdad centrado

en las personas, y un sistema de evaluación que entregue información veraz, completa y oportuna para la toma de decisiones. En este capítulo se han abordado algunos de los factores impulsores operacionales propuestos en el Marco Operacional para la Atención Primaria de Salud de la OMS. Sin embargo, no son los únicos que se deben considerar en una Reforma de Salud que fortalezca la APS. Para este objetivo, son muy relevantes los factores estratégicos, especialmente aquellos vinculados con la regulación, el financiamiento y la participación de las personas y comunidades.

La propuesta de Universalización de la Atención Primaria representa una oportunidad para avanzar en esa dirección; su desarrollo adecuado requiere un liderazgo decidido de las autoridades y los recursos para realizar los cambios necesarios, algunos de los cuales hemos delineado en este documento.

Referencias:

1. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization; 2018.
2. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud; 2008.
3. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas No. 4. OPS Washington, DC; 2010.
4. OECD. Realising the potential of primary health care. OECD Publishing; 2020.
5. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012;26:20-

6.

6. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*. 2018;392(10156):1461-72.

7. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Santiago Chile. 2013;

8. Rojas MP, Peñaloza B, Soto M, Téllez A, Fábrega R. Atención primaria en tiempos de COVID-19: desafíos y oportunidades. *Temas Agenda Pública*. 2022;17(154):1-19.

9. Salud Responde [Internet]. 2023 [citado 14 de junio de 2023]. Universalización de la Atención Primaria de Salud. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/>

10. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. (Serie técnica atención primaria de salud;). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351718>

11. Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. Estudio “Eficiencia en la gestión de atención primaria de salud” [Internet]. Comisión Nacional de Evaluación y Productividad; 2022 [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: <https://cnep.cl/estudio-eficiencia-en-gestion-de-atencion-primaria-de-la-salud/>

12. Barros X, Eguiguren P, Quiroz A, Troncoso D, Vargas I. Develando el valor social de la atención primaria en Chile. *Cuad Méd Soc*. 2018;58(3):143-57.

13. Jiménez J, Romero MI. Reducing infant mortality in Chile: success in two phases. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(2):458-65.

14. Donoso S. Mortalidad materna en Chile: tras el cumplimiento de una meta. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002;67(1):44-6.

15. Martínez-Sanguinetti MA, Leiva-Ordoñez AM, Petermann-Rocha F, Celis-Morales C. ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? *Rev Médica Chile*. 2021;149(1):149-52.

16. O.E.C.D. Health at a Glance 2021: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

17. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Enfermedades No Transmisibles. Informe de

la situación de la amputación de extremidades inferiores por diabetes en Chile [Internet]. 2022 [citado 23 de junio de 2023]. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.07_INFORME-AMPUTACION-POR-DIABETES.pdf

18. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Estudio de satisfacción con Sistema de Salud en Chile 2019 [Internet]. 2022 [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-20794.html>

19. Montenegro C, Bravo P, Dois A, Rodríguez C. Experiencia usuaria en salud: hacia un modelo de atención que escucha a los usuarios. *Temas Agenda Pública*. 2021;16(134):1-16.

20. O.E.C.D. Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems, OECD Health Policy Studies [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/c259e79a-en>.

21. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pr*. 2008;20(12):600-7.

22. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2001. Disponible en: <https://doi.org/10.17226/10027>.

23. Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. 2020: Vision of Patient-Centered Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2005;20(10):953-7.

24. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*. 2013;69(1):4-15.

25. Mead N, Bower P. Patient-centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087-110.

26. Rathert C, Wyrwich M, Boren S. Patient-Centered Care and Outcomes: A Systematic Review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2013;70(4):351-79.

27. de la Uz ME. La Relación médico-paciente y su panorama actual. *Bioética*. 2010;Dic 6:21-5.

28. Coppolillo F. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar. *Arch Med Fam*. 2013;10(1):45-50.

29. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pr*. 2000;49(9):796-804.

30. Department of Health. Liberating the NHS: no decision about me without me. Disponible en [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216980/Liberating-the-NHS-No-decision-about-me-without-me-Government-response.pdf
31. Tessa R, Angela C, Wicks P. Time to deliver patient centered care BMJ. Vol. 350. 2015. p. 530.
32. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la Promoción, Prevención y Manejo de la Cronicidad en contexto de Multimorbilidad. En: editors., editor. 1era edición División de Atención Primaria, División de Prevención y Control de. Santiago, Chile; 2020.
33. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e160.
34. Holzel LP, Kriston L, Harter M. Patient preference for involvement, experienced involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: a structural equation model test. BMC Health Serv Res. 2013;13(231).
35. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making - The Pinnacle of Patient-Centered Care. N Engl J Med. 2012;366(9):780-1.
36. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012;27(10):1361-7.
37. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An Integrative Model of Patient-Centeredness- A Systematic Review and Concept Analysis. PLoS ONE. 2014;9(9):107828.
38. Thompson-Leduc P, Turcotte S, Labrecque M, Légaré F. Prevalence of clinically significant decisional conflict: an analysis of five studies on decision-making in primary care. BMJ Open Internet [Internet]. 2016; Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/6/e011490>
39. Urrutia M, Campos S, O'Connor A. Validación de una versión en español de la Escala de Conflicto Decisional. Rev Méd Chile Internet [Internet]. 2008;136(11):1439-47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008001100010>
40. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(ue 4. Art. N° CD001431).
41. Téllez A, Sapag J, Barros J, Poblete F, Zamorano P, Celhay P. Propuesta para la escalabilidad de un nuevo modelo de atención centrado en las personas y

estratificado por riesgo para las personas con enfermedades crónicas en Chile. En: ed., editor. En: Centro de Políticas Públicas UC. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2020. p. 83-114.

42. Léniz J, Barriga MI, Lagos M, Ibáñez C, Puschel K, Ferreccio C. HPV vaginal self-sampling among women non-adherent to Papanicolaou screening in Chile. *Salud Pública México*. 2013;55(2):162-9.

43. Puschel K, Thompson B. Mammogram screening in Chile: Using mixed methods to implement health policy planning at the primary care level. *The Breast*. 2011;20:S40-5.

44. Bravo P, Martínez MP, L. V, Dois A. Participación en la toma de decisiones en salud y satisfacción de los usuarios de atención primaria chilena. *Cuad Méd Soc*. 2018;58(3):69-74.

45. Bravo P, Dois A, Contreras A, Soto G, Mora I. Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:133.

46. Bravo P, Edwards A, Barr PJ. Conceptualizing patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015;15(252):252. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>

47. Williams J, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns* [Internet]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24305642>

48. Shepherd HL, Barratt A, Jones A, Bateson D, Carey K, Trevena LJ, et al. Can consumers learn to ask three questions to improve shared decision making? A feasibility study of the ASK (AskShareKnow) Patient-Clinician Communication Model (®) intervention in a primary health-care setting. *Health Expect*. 2016;19(5):1160-8.

49. Bravo P, Villarroel L, Dois A, Uribe C, Deza L, Fernández L. Herramienta para la toma de decisión informada de mamografía para mujeres del sistema de salud público. *Fonis*. 2018;

50. Benson T. Patient-Reported Measures. En: *Patient-Reported Outcomes and Experience* [Internet]. Cham: Springer; 2022. Disponible en: https://doi-org.pucdechile.idm.oclc.org/10.1007/978-3-030-97071-0_9

51. Carfora L, Foley CM, Hagi-Diakou P, Lesty PJ, Sandstrom ML, Ramsey I, et al. Patients' experiences and perspectives of patient-reported outcome measures in clinical care: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *PLoS One*.

2022;21;17(4):e0267030.

52. Heng M, Castillo-Angeles M, Ladin K, Frendl D, Kaur M, Del Carmen M, et al. Primary care physician's (PCP) perceived value of patient-reported outcomes (PROs) in clinical practice: a mixed methods study. *BMJ Qual Saf.* 2022;Mar;31(3):221-229.

53. de Rosi S, Cerasuolo D, Nuti S. Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:315.

54. Ollé-Espluga L, Vargas I, Mogollón-Pérez A, Soares-de-Jesus RPF, Eguiguren P, Cisneros AI, et al. Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gac Sanit.* 2021;35(5):411-9.

55. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Méd Chile Internet.* 18 de mayo de 2016;144(5):585-92.

56. Vázquez ML, Vargas I, García-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med.* 2017;182:10-9.

57. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. World Health Organization; 2018.

58. Engamba SA, Steel N, Howe A, Bachman M. Tackling multimorbidity in primary care: is relational continuity the missing ingredient? *Br J Gen Pr.* 2019;Feb;69(679):92-93.

59. Kassai R, Weel C, Flegg K, Tong SF, Han TM, Noknoy S, et al. Priorities for primary health care policy implementation: recommendations from the combined experience of six countries in the Asia-Pacific. *Aust J Prim Health.* 2020;Oct;26(5):351-357.

60. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Primary Health Care and Coordination of Care: device to increase access and improve quality. *Cien Saude Colet.* 2020 May;25(5):1799-1808.

61. Misra V, Sedig K, Dixon DR, Sibbald SL. Prioritizing coordination of primary health care. *Can Fam Physician.* 2020 Jun;66(6):399-403.

62. Zamorano P, Muñoz P, Espinoza M, Tellez A, Varela T, et al. (2022) Impact of a high-risk multimorbidity integrated care implemented at the public health system in Chile. *PLOS ONE* 17(1): e0261953.

63. Olde Rikkert MGM. Using Patient Reported Outcomes Measures to Promote Integrated Care. *Int J Integr Care*. 2018;18(2):1-7.
64. Kelly L, Harlock J, Peters M. Measures for the integration of health and social care services for long-term health conditions: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2020;20:358.
65. Kappes MS. Hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a Atención Primaria de Salud: Estudio longitudinal sobre las influencias de los determinantes sociales de la salud y sus costos para el Servicio de Salud de Reloncaví, Chile [Internet]. Instituto de Políticas Públicas en Salud, Universidad San Sebastián; 2021 [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/docs/20210423/20210423111258/estudio_hospitalizaciones_evitables_uss.pdf
66. Lingervelder D, Koffijberg H, Kusters R, IJzerman MJ. Health economic evidence of point-of-care testing: a systematic review. *PharmacoEconomics-Open*. 2021;5:157-73.
67. Andersen CA, Holden S, Vela J, Rathleff MS, Jensen MB. Point-of-care ultrasound in general practice: a systematic review. *Ann Fam Med*. 2019;17(1):61-9.
68. Bay C, Ocares M, Toledo F, Barticevic N, Mora I, Villouta F, et al. Acceso a colecistectomía en un programa de tamizaje ecográfico de colelitiasis en centros de medicina familiar. *Rev Médica Chile*. 2016;144(3):317-24.
69. Montero J, Téllez A, Herrera, C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. *Esc Med Pontif Univ Católica Chile Chile*. 2010;
70. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Internet [Internet]. 29a; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34964>
71. Subsecretaría Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Dotación de Personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Brechas por Servicio de Salud y Especialidad [Internet]. 2022 jun. (Informe anual Glosa N°01 Letra c - Ley de Presupuesto N°21.395.). Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe-de-Brechas-RHS_-Glosa-01-letra-c.pdf
72. Scheffler R, Cometto G, Tulenko K, Bruckner T, Liu J, Keuffel EL, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals – Background paper N.1 to the WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. *Hum Resour Health Obs Ser*. 2016;(17).

73. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad. Informe anual Glosa N°01 Letra c - Ley de Presupuesto N°21.192 [Internet]. 2020 abr [citado 23 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/05/Glosa-01-letra-c-Brechas-del-Personal-de-Salud-por-Servicio-de-Salud-y-Especialidad-Anual.pdf>
74. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023 [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2018 p. 8. (56o Consejo Directivo 70a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 23 al 27 de septiembre del 2018). Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&alias=45773-cd56-10-s-pda-rh-773&Itemid=270&lang=es
75. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Resolución 618 exenta. Fija metas sanitarias y de mejoramiento de la atención para las entidades administradoras de salud municipal para el año 2023 [Internet]. oct 14, 2022. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
76. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. Ley 20645. Crea asignación asociada al mejoramiento de la calidad de trato al usuario, para los funcionarios regidos por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal [Internet]. dic 15, 2012. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
77. World Health Organization. Building the primary health care workforce of the 21st century. World Health Organization; 2018.
78. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal. Wash DC OPS. 2022;
79. Dois A, Bravo P, Contreras A, Soto MG, Mora I. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e147.
80. World Health Organization. Global competency and outcomes framework for universal health coverage. World Health Organization; 2022.
81. SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES. MINISTERIO DE SALUD. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2023 [Internet]. 2022 [citado 23 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ORIENTACIONES-PLANIFICACION-Y-PROGRAMAC-EN-RED-2023.pdf>

82. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2023 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ORIENTACIONES-PLANIFICACION-Y-PROGRAMAC-EN-RED-2023.pdf>
83. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Intern Med.* 2019;179(4):506-14.
84. Barreto TW, Chung Y, Wingrove P, Young RA, Petterson S, Bazemore A, et al. Primary care physician characteristics associated with low value care spending. *J Am Board Fam Med.* 2019;32(2):218-25.
85. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC Fam Pract.* 2017;18(1):1-22.
86. Ashcroft R, Kourgiantakis T, Fearing G, Robertson T, Brown JB. Social work's scope of practice in primary mental health care: a scoping review. *Br J Soc Work.* 2019;49(2):318-34.
87. Wlosko M. Malestar y sufrimiento en el trabajo: El frágil equilibrio. Transform Trab Subj E Identidades Lect Psicosoc Desde Chile América Lat Santiago RIL. 2014;343-67.
88. Silva MC. Sufrimiento laboral en el equipo de un centro de salud familiar rural del sur de Chile. *Rev Chil Salud Pública.* 2017;21(1):10-8.
89. Falmed. falmed. 2022 [citado 30 de junio de 2023]. Infografía: ¿Qué sabemos de las cifras de agresiones en salud? Disponible en: <http://www.falmed.cl/gaceta-falmed/infografia-que-sabemos-de-las-cifras-de-agresiones-en-salud>
90. World Health Organization. Caring for those who care: guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers: executive summary. 2022;
91. Meredith LS, Bouskill K, Chang J, Larkin J, Motala A, Hempel S. Predictors of burnout among US healthcare providers: a systematic review. *BMJ Open.* 2022;12(8):e054243.
92. Traub C, Sapag JC. Personal sanitario y pandemia COVID-19 en Chile: Desafíos en salud mental. *Rev Médica Chile.* 2020;148(9):1371-2.
93. Rain C. Estrategia de apoyo a los equipos de salud de los Centros de Salud Familiar de la Red Áncora UC, en contexto Covid-19. *Rev Chil Med Fam.* 10 de agosto de 2021;15(2):73-73.

94. Silva CB. "Unidos para cuidarnos y cuidarte": Rev Chil Med Fam. 10 de agosto de 2021;15(2):65-6.
95. World Health Organization. COVID-19: occupational health and safety for health workers: interim guidance. ILO: International Labour Organization; 2021.
96. Ghasemi M, Amini-Rarani M, Zadeh NS, Karimi S. Role of public-private partnerships in primary healthcare services worldwide: A scoping review. Health Scope. 2022;11(3).
97. Municipalidad de Recoleta. Sistematización y evaluación del Modelo de Salud de Recoleta, 2012-2021. Capítulo III. Evaluación de los centros de salud. [Internet]. 2022 [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: http://www.recoletatransparente.cl/archivos_2022/sai/diciembre/Modelo_de_salud_de_Recoleta_2012_2021__1__72_79.pdf
98. Servicio de Salud Metropolitano Norte. CESFAM Cristo Vive: salud digna en tiempos de crisis [Internet]. 2021 [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ssmn.cl/noticia.php?id=748>
99. Püschel K, Téllez Á, Montero J, Brunner A, Peñaloza B, Rojas M, et al. Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud: evaluación del proyecto de salud familiar Ancora UC. Estud Públicos. 2013;(130):23-52.
100. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Programa nacional de telesalud en el contexto de redes integradas de servicios de salud. 2018.
101. Valenzuela V, Soto M, Betti I, Jara D, Valdebenito C, Arenas E, et al. Evaluación de un call center de orientación clínica durante los primeros meses de pandemia COVID-19: capacidad de resolución de los llamados. Rev Médica Chile. 2022;150(3):302-8.
102. Akinosun AS, Polson R, Diaz-Skeete Y, De Kock JH, Carragher L, Leslie S, et al. Digital technology interventions for risk factor modification in patients with cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. JMIR MHealth UHealth. 2021;9(3):e21061.
103. FONDEF. Una APP para combatir la hipertensión [Internet]. 2019 [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.conicyt.cl/fondef/2019/08/27/una-app-para-combatir-la-hipertension/>
104. Püschel K, Gonzalez K, Varas J, Sateler J, Aravena H, Greig D, et al. The challenge of medication adherence to reduce cardiovascular risk in primary care: a mixed design multi-center study in underserved populations. medRxiv. 2023;2023.03.30.23287988.
105. Hidalgo C. Chile online: conexión a Internet sube y alcanza casi al 90% de los

hogares - CPI [Internet]. 2022 [citado 29 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.infraestructurapublica.cl/chile-online-conexion-a-internet-sube-y-alcanza-casi-al-90-de-los-hogares/>, <https://www.infraestructurapublica.cl/chile-online-conexion-a-internet-sube-y-alcanza-casi-al-90-de-los-hogares/>

106. Observatorio del Envejecimiento UC. Uso de Internet y Tecnologías de la Información y Comunicación en las Personas Mayores [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2022 [citado 29 de junio de 2023]. Disponible en: <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2022/06/Observatorio-Reporte-TICS.pdf>

107. World Health Organization. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Web annex: technical specifications. 2022;

108. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Serv Res. 2010;10:65.

109. Bangalore Sathyananda R, De Rijk A, Manjunath U, Krumeich A, Van Schayck C. Primary health Centres' performance assessment measures in developing countries: review of the empirical literature. BMC Health Serv Res. 2018;9;18(1):627.

Colaboradores:

Dr Alberto Aedo, Dra. Marcela Babul, Dr. Félix Bacigalupo, Dra. Adelaida Barros, Dr. Nicolas Crossley, Dr. Guillermo de la Parra, Antonia Errázuriz C., Dr. Manuel Espinoza, Dra. Tamara Galleguillos, Dr. Pedro Gerken, Dr. Juan Andrés Prato, Dra. María Isabel Ruiz, Dr. Felipe Silva, Dr. Pablo Toro, Dr. Rafael Torres

Salud Mental

Introducción

Hay dos aspectos en que coinciden las diversas definiciones de “salud mental”. El primero, es de tratarse de un concepto ligado a un estado de bienestar, que en nuestro idioma significa desde disponer de los bienes materiales necesarios para vivir cómodamente una vida holgada o abastecida que permita disfrutar y vivir con tranquilidad, hasta gozar de un estado de buen funcionamiento somático y psíquico (Real Academia Española, 2014). Este concepto probablemente se ha tomado del término inglés well-being que -de forma más discreta- que lo entiende como un sentimiento de salud y felicidad. (Cambridge Dictionary)

Segundo, todas las definiciones, además de lo anterior, tienden a incluir tres elementos:

- a) la capacidad personal de una conciencia de habilidades cognitivas y emocionales,
- b) la existencia de tensiones en la vida a las cuales hay que adaptarse, y
- c) la funcionalidad en aspectos familiares, sociales y laborales

La medicina sólo puede responder a algunos aspectos de este vasto concepto, a través del ejercicio de su actividad y en particular bajo las especialidades de la psiquiatría y la psicología médica. Las alteraciones en los pensamientos, afectos y conductas -campos de estas especialidades- interfieren con el bienestar,

la conciencia de sí mismo, la adaptación y la funcionalidad.

Junto a lo anterior, hay que consignar lo artificial y equivocado de la separación de la salud mental del resto de la salud -la llamada salud física- como dos áreas diferentes. La conexión e influencia mutua son parte del conocimiento actual, demostrado con contundencia en la reciente pandemia. Esta relación se debe reflejar en todos los procesos de prevención, evaluación, estudio, tratamiento y recuperación de la salud como un concepto único y no dicotómico.

Una definición tan amplia de salud mental involucra también, entre otras, las áreas de la economía, el trabajo, la seguridad, el urbanismo, el manejo de emergencias y desastres y el respeto por los derechos humanos. Por lo anterior consideramos, desde un inicio que lo deseable es no restringir las políticas a los ámbitos de la medicina sino que integrarlos en todas las esferas de la salud y en los otros sectores que coparticipan.

Se agrega a esta compleja definición la alta prevalencia y costo que eroga a las personas, familias y gobiernos, hacerse cargo del esfuerzo de acercarse a una salud mental, así definida, a la población bajo su cargo.

La relación entre salud mental y los cuerpos legales se refiere a la necesidad de establecer un marco legal de protección y consiguientes estructuras

que busquen proveer esta seguridad. A nivel constitucional se puede consignar y reflejar la importancia de la salud mental, algunas garantías de derecho a la salud y protección contra posible discriminación. Deben contribuir al desarrollo de políticas y leyes que favorezcan la salud mental y también pueden sugerir la asignación de recursos económicos para ello.

La Constitución vigente (1980) consagra el derecho a la protección de la salud y el derecho a la integridad psíquica del individuo (art 19 N° 9 y 1°). En las actas de la Comisión de Estudios de dicha Constitución consta que el concepto de salud alude tanto a lo físico como a lo mental. En este marco actual, la regulación y desarrollo de tales garantías debe ser efectuado por ley.

En relación al proceso constituyente en curso, el documento de la Comisión Experta consigna en el Artículo 2 de los Fundamentos del Orden Constitucional “El Estado deberá servir a las personas la mayor realización espiritual y material posible,....” y en el Capítulo II, Artículo 16 21° El derecho a la protección de la salud en sus dimensiones física, mental y social y en Acciones Constitucionales el Artículo 24 ter dice que “El Estado deberá adoptar medidas adecuadas para realizar los derechos a la salud,” Nos llama la atención que en el Artículo 16 °2 menciona “La ley regulará los requisitos, condiciones y restricciones para su utilización (se refiere al desarrollo científico y tecnológico) en las personas debiendo resguardar especialmente la actividad cerebral, así como la información proveniente de ella”.

Nos parece que -dada la magnitud e intersectorialidad involucrados en el concepto salud mental- es aconsejable alguna mención a nivel constitucional

de la necesidad de proteger, fomentar y recuperar la salud mental, asegurar marcos generales de operación y financiamiento y dejar a cuerpos legales, códigos y políticas públicas las operaciones necesarias. Esta mención se enmarcaría dentro de la primera recomendación de la recientemente lanzada agenda para la salud mental en las Américas por parte de la Organización Panamericana de la Salud: “Elevar la salud mental a nivel nacional” (OPS, 2023).

Desarrollamos a continuación tres secciones en que nuestros expertos, revisan algunos avances en salud mental en los últimos años (ej; ley de salud mental, ley de derechos de los pacientes, inclusión de patologías GES, aumento de servicios de psiquiatría en Hospitales generales) y también algunas preocupaciones (ej, Ley 20.000 y 21.247) que pueden resumirse de la siguiente manera:

- Desarrollar un sistema de atención que permita contar con información regular y accesible que facilite la medición de los resultados alcanzados y los costos de los procesos clínicos y así propender a un perfeccionamiento continuo de los procesos.
- Necesidad de perfeccionar los instrumentos legales, por ejemplo el Código Sanitario y la Ley de Salud Mental, con herramientas jurídicas que permitan ejercer los derechos consignados en la constitución. También revisar cuerpos legales que han reducido la percepción de riesgo y potencial daño en el cultivo personal y consumo de marihuana.
- Revisar y especificar los roles e intervenciones de los distintos participantes del equipo de salud y de la comunidad en el cuidado de la salud mental y revisar la incorporación de las herramientas

tecnológicas.

- Centrar los esfuerzos y su financiamiento en las acciones preventivas destacando: i. la protección de las redes de apoyo, especialmente la familia y la escolarización en la infancia, ii. los estilos de vida saludables, iii. la prevención e intervención precoz en el trauma y iv. la reducción del consumo y exposición temprana de alcohol y drogas.

- Centrar los resultados no sólo en el alivio sintomático y la adaptabilidad sino en la recuperación de la funcionalidad social, familiar y laboral y que esta variable sea un insumo para el financiamiento de las acciones.

- Necesidad de actualizar algunos de los programas GES vigentes, incluyendo la ampliación a otras áreas aún no cubiertas y la revisión del modelo de atención en que se enmarcan.

- Incluir en los reglamentos y políticas los factores que se conoce marcan diferencias en la presentación, respuesta a tratamiento y vulnerabilidad de las alteraciones en psiquiatría, tales como la edad, el género y etnia.

- Asegurar que las organizaciones de atención estén actualizadas en los aspectos relacionados al trauma y sus consecuencias y que sean capaces de responder a las multiplicidades culturales de sus usuarios. De la mayor importancia es desarrollar las políticas que eviten la exposición a trauma temprano, entendido este como el anterior a los mil días de vida.

- Generar políticas públicas que atiendan con especial prioridad a grupos específicos de personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva, las mujeres, niñas, niños y adolescentes, especialmente aquellos bajo

protección del Estado, personas de los estratos socioeconómicos más desfavorecidos, las que pertenecen a las disidencias sexo-genéricas, la población indígena, los migrantes y la población carcelaria.

A continuación se presentan las secciones en las que basamos las sugerencias anteriores.

1. Problema 1: Marco legal para la Salud Mental

En Chile, se ha abordado la temática de la Salud Mental, de manera sistemática desde la creación de los Planes de Salud Mental. El Plan de Salud Mental actualmente vigente organiza las acciones en este campo entre los años 2017 al 2025. En dicho plan, se señalan siete líneas de acción; 1. Regulación y derechos humanos, 2. Provisión de servicios de salud mental, 3. Financiamiento, 4. Gestión de la calidad, sistemas de información e investigación, 5. Recursos humanos y formación, 6. Participación, y 7. Intersectorialidad. Cada uno de ellos responde al diagnóstico de la situación al momento que nace dicho plan.

Así mismo, se señala muy prematuramente en el informe la necesidad de avanzar hacia una Ley de Salud Mental, que permita: 1. poner en esa estatura la normativa ya existente, 2. la armonización de los tratados suscritos por Chile en estas materias y 3. la suma de muchas leyes vinculadas a situaciones particulares que tienen que ver con la Salud Mental. Así mismo, se ha avanzado en incorporar nuevas patologías y condiciones en el GES.

La ley 21331, ordena la manera de realizar internaciones involuntarias, lo que resulta en un enorme avance en el respeto de los derechos humanos de los pacientes y sus familias. No obstante, su implementación regulada por un

reglamento, vino a aclarar imprecisiones de la ley que dificultaban su aplicación. Sirva esto de ejemplo para apoyar la necesidad de una ley de Salud Mental, que aborde consistente desde la mirada más macro, lo que es la salud mental para Chile.

Propuesta 1

- Incluir la Salud Mental como un compromiso de Estado en la Carta Magna de la misma manera que cualquier otro tema de salud de la población, sin ningún tipo de discriminación, considerando la magnitud e impacto que tiene para la población en los conceptos centrados en los Derechos.
- Avanzar a una Ley de Salud Mental para Chile, que de coherencia a los muchos cuerpos legales, reglamentos, normas y decretos existentes que se refieren a la Salud Mental. En la generación de esta ley deben tener cabida visiones generales e integradoras de la persona.
- Asegurar el financiamiento de las iniciativas en salud mental, tanto públicas como privadas, para permitir su debida aplicación. Los recursos humanos especializados en la atención integral y en la generación de políticas para la salud mental, no son idóneos o no son suficientes para la magnitud de las necesidades del país.
- Incluir en las leyes y normativas de salud mental el dimensionamiento del recurso humano y garantizar su adecuada provisión, incluyendo políticas públicas de formación técnica y profesional que armonicen con las necesidades de la Salud Mental. A este respecto, se requerirá siempre la participación de actores del ámbito educacional.
- Incluir en las iniciativas preventivas y asistenciales en salud mental la más prolija y

respetuosa inclusión, lo que facilitará el cambio cultural que esto implica.

- Resguardar en las leyes, reglamentos y normativas relativas a Salud Mental tanto los derechos de los pacientes como los de cada uno de los actores en la atención en salud, lo que evitará la judicialización a priori de la atención en salud mental y el desincentivo para que los profesionales se aproximen a ella, dando claridad y amparo legal a su quehacer.

II. Problema 2: Financiamiento en Salud Mental

La intuición más básica detrás del concepto financiamiento de la salud mental apela a los recursos disponibles para gastar en actividades, servicios y tecnologías destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de problemas de salud mental de la población. Sin embargo, esta noción corre el riesgo de reducir el análisis a una demanda por más recursos, obviando el problema de asignación del sistema de salud que debe atender simultáneamente múltiples demandas legítimas. Si bien compartimos el diagnóstico de estudios previos que han documentado la necesidad de disponer de mayores recursos (Errazuriz et al., 2015), entendemos que la sola demanda no soluciona el problema. Por esta razón, en esta sección intentamos avanzar con un análisis del problema, desde una perspectiva del sistema de salud, con el propósito de otorgar algunos lineamientos que permitan avanzar en sintonía con el quehacer del sistema.

El marco conceptual general del financiamiento de la salud nos invita a revisar los mecanismos de recaudación, mancomunación y compra (Espinoza et al., 2019). Si bien cambios en las etapas de

recaudación y mancomunación afectarán el financiamiento de la salud mental, estos cambios atienden a una discusión más general del sistema de financiamiento (Cid et al., 2013; MINSAL, 2020), y por lo tanto no serán abordados en esta sección. En contraste, en la etapa de compra si se pueden implementar cambios que afectan específicamente a los servicios de salud mental y sus correspondientes consecuencias en la salud de la población (Espinoza et al., 2020).

La función de compra de servicios y/o tecnologías la podemos entender en tres dimensiones: ¿qué comprar?, ¿a quién comprar los servicios? y ¿cómo comprar?. La manera de abordar la primera pregunta es vital, pues determina los servicios y tecnologías disponibles para la atención de salud mental. Cabe destacar que esta selección de servicios no solo depende de un ejercicio específico para salud mental, sino que de la definición general de servicios de salud que se otorga en el país. Esto debido a que la disponibilidad de recursos para salud mental no es independiente de otras asignaciones a otros problemas de salud que demanda la población. En otras palabras, la asignación explícita de recursos a algunos pacientes implica la decisión implícita de negárselos a otros (Williams A., 1972).

Es necesario contar con un proceso de priorización general de servicios de salud basado en valor, explícito, transparente y capaz de rendir cuentas a la población (Espinoza et al., 2020; Espinoza & Vargas 2017; Espinoza M., 2016). Este proceso que en la literatura se ha denominado Evaluación de Tecnologías en Salud (ETESA), se ha implementado relativamente bien en Chile sólo en el contexto de la Ley Ricarte Soto, el cual muestra múltiples oportunidades de mejora (Armijo et al., 2022). Sin embargo, otros planes de beneficios como el

Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), aún adolecen de procesos que cumplan con principios de justicia procedimental que asegure su legitimidad social (Gruskin & Daniels, 2008).

Respecto de a quién comprar, desde la perspectiva del financiamiento, se espera una normativa capaz de regular efectivamente la calidad de los servicios de salud. El propósito de un financiador es gastar en actividades que agreguen valor, para lo cual debe descansar en un sistema de calidad, que le permita identificar aquellos proveedores que efectivamente otorgan los servicios esperados.

En tercer lugar, respecto de la pregunta ¿cómo comprar? debemos distinguir la compra de servicios profesionales (atenciones médicas, psicológicas u otras), o tecnologías (medicamentos, procedimientos). Respecto de la compra de servicios, la evidencia es bastante contundente de que el mecanismo de pago por servicios (fee-for service) es ineficiente y daña al sistema de salud (Ikegami, N., 2015; Li et al., 2022). En particular en salud mental, este mecanismo genera incentivos a prolongar tratamientos y aumentar los costos, solo descansando en la ética profesional. En este contexto, el desafío y la oportunidad es sentar a la mesa financiadores y expertos en salud mental para definir un nuevo mecanismo de pago de ciertas actividades. Este mecanismo deberá buscar un nuevo equilibrio del riesgo financiero entre prestadores y financiadores con el objeto de generar un incentivo al otorgamiento de servicios de salud efectivos que puedan sostenerse con los recursos del sistema de salud.

Propuesta 2

- Abordar el financiamiento de la salud mental como problema sistémico donde la asignación

de mayores recursos deben ir asociada a cambios en los mecanismos de compras de servicios y tecnologías de salud, con el propósito de asegurar un uso adecuado de los recursos del sistema.

- Utilizar la Evaluación de Tecnologías en Salud para determinar el valor de las tecnologías a incorporar en salud mental, para luego anclarlos con mecanismos innovadores de acceso, como los denominados Acuerdos de Entrada Administrada (Managed Entry Agreements, MEA), metódica perfectamente posible con el marco legal actual.

III. Necesidad de actualizar las Garantías Explícitas en Salud (GES) relativas a la Salud Mental

Problema 3.1: GES Consumo perjudicial o dependencia de riesgo de alcohol y otras drogas en menores de 20 años

El documento Técnico del Problema de Salud 53 de GES está construido según los Principios de Tratamiento Efectivo propuestos por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA), entre los que destacan:

- Ningún tratamiento en particular es apropiado para todo individuo.
- El tratamiento debe ser fácilmente accesible.
- El tratamiento efectivo abarca las múltiples necesidades del individuo.
- El plan de tratamiento individual debe ser evaluado y modificado continuamente en función de las necesidades del individuo.
- La permanencia en el tratamiento durante un período adecuado es indispensable para la efectividad del tratamiento.

- El consejo psicológico (individual o grupal) y otras terapias conductuales son componentes indispensables para el tratamiento efectivo de la drogodependencia.

- La medicación es un elemento importante para el tratamiento de muchos pacientes, en especial cuando ésta se combina con el consejo psicológico y otras terapias conductuales.

- Los individuos adictos o que abusan de drogas y que presentan, además, otros trastornos mentales deberían tener tratamientos para ambos trastornos de manera integrada. (patología dual).

- La desintoxicación es sólo el primer paso del tratamiento de la adicción, y, por sí misma, es poco efectiva para modificar el uso de drogas a corto plazo.

- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.

- El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente haciendo uso de test de screening.

- Los programas de tratamiento deberían proveer la evaluación de posibles infecciones por VIH/ SIDA, hepatitis B y C, tuberculosis y otros agentes infecciosos, además del consejo psicológico para ayudar a los pacientes a modificar las conductas que supongan riesgo de infección para ellos mismos o para otros individuos.

- Recuperarse de la adicción a drogas puede ser un proceso a largo plazo y requiere con frecuencia distintos episodios de tratamiento.

Propuesta 3.1

- Ampliar este programa GES (que actualmente cubre solo para menores de 20 años) a la población entre 20 y 65 años, progresivamente, en un

período de 10 años, incorporando poblaciones de mayor riesgo, ya sea por etapa del ciclo vital o por concomitancia tanto de patologías psiquiátricas como de otras patologías médicas no psiquiátricas como por ejemplo embarazadas, pacientes con epilepsia, diabetes; trastorno del ánimo bipolar; depresión o psicosis.

- Ampliar los recursos de profesionales con formación en drogodependencias (tanto en el sistema público, como el privado), mediante la creación de programas de formación de Subespecialidad en Drogodependencia y Patología Dual.

- Ampliar la utilización de la telemedicina, con el objeto de llevar a cabo supervisión sistematizada de las atenciones de casos difíciles por parte de Unidades de Adicciones

- Mejorar la coordinación entre las distintas instituciones y las autoridades del Estado, para cubrir integralmente las necesidades del paciente, con programas de reinserción social y laboral, y asesoría legal y asesoría en otras problemáticas sociales, para lo cual se podría contar con ayuda de privados y la sociedad civil.

Problema 3.2: GES Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental severa que se presenta primero en gente joven entre 15 y 25 años. Su inicio precoz y curso remitente pero recurrente la hace una de las primeras causas de años perdidos por discapacidad en el mundo en los jóvenes (Gore et al., 2011). Esto no es diferente en Chile, donde afecta con mayor frecuencia a jóvenes que viven en sectores más deprivados (González-Valderrama et al., 2020). Actualmente es cubierta por una garantía estatal.

En los últimos años ha habido avances significativos en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, además de la organización de los servicios para implementar estos. Uno de los adelantos más significativos ha sido el de identificar los primeros años de la enfermedad como un período crítico con grandes cambios tanto biológicos, psicológicos como sociales, y cuyo manejo determinará la trayectoria de ésta en los años venideros (Birchwood et al., 1998). En muchas partes del mundo se han creado equipos especializados para la intervención precoz de la enfermedad, disminuyendo el periodo de psicosis sin tratar, además de implementar intervenciones no estigmatizantes y basadas en evidencia. Estos servicios de intervención temprana tienen poca cobertura en países latinoamericanos, incluyendo en Chile (Aceituno et al., 2020). Implementar servicios de intervención temprana con una mirada no estigmatizante y basada en la evidencia es una necesidad regional (Crossley et al., 2021).

Propuesta 3.2

- Incrementar la cobertura de las intervenciones psicosociales, como la reinserción educacional y laboral, para los cuales existen intervenciones efectivas, que todavía no logran gran cobertura y modifican la desventaja histórica que presentan nuestros pacientes (Crossley et al., 2022).

- Adaptar, implementar y evaluar intervenciones de conocida eficacia, tales como la terapia cognitiva conductual (Morrison et al., 2014) o el apoyo individual en el trabajo (IPS por sus siglas en inglés (Killackey et al., 2017; Nuechterlein et al., 2020).

- Optimizar el manejo de las etapas crónicas de la enfermedad orientado a lograr un manejo no

estigmatizante y efectivo de estos pacientes, ofreciéndoles un manejo farmacológico apropiado para aquellos en el espectro más severo de la enfermedad incluyendo p.e la clozapina cuyo uso oportuno en quienes no responden a antipsicóticos podría mejorar el pronóstico de la enfermedad (Howes et al., 2012). (Lally et al., 2016; Mena et al., 2018) y (Griffiths et al., 2021; Iruretagoyena et al., 2021).

GES Depresión en personas de 15 años y más

Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (ENS2016), el 15,8% de la población experimentó síntomas depresivos en el último año (pre-pandemia) (MINSAL, 2018). Sin embargo, el Plan GES de depresión solo cubrió alrededor del 1,1% de la población chilena en el año 2020. Esto evidencia la necesidad de ampliar la cobertura del Plan GES para permitir que más personas tengan acceso a servicios de salud mental y tratamiento para la depresión.

Además, la ENS 2016 mostró que el 80,5% de las personas que reportaron síntomas depresivos en el último año no recibieron tratamiento (MINSAL, 2018). Por lo tanto, se hace necesario fortalecer la atención primaria de la salud, ya que esto permitiría mejorar el acceso a servicios de salud mental y detección temprana de la depresión. Una revisión del modelo de atención y un mejor seguimiento de los pacientes podría evitar hospitalizaciones y reducir el número de suicidios.

La estigmatización de la depresión también es un problema importante en Chile. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el suicidio representa el 8,1% de todas las muertes por causas externas en el país. La estigmatización de la depresión puede impedir que las personas busquen ayuda a tiempo, por lo que se hace necesario reducirla

mediante campañas de educación y sensibilización pública para ayudar a reducir el número de suicidios en el país y que estén de fácil acceso en todos aquellos espacios que sean comunitarios: colegios, universidades, redes de transporte público, etc.

En cuanto a la capacitación de los profesionales de la salud, la depresión es la segunda causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en Chile, según la OMS. Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud estén capacitados para identificar y tratar la depresión de manera efectiva. Mejorar la capacitación de los profesionales de la salud podría mejorar la calidad de la atención que reciben los pacientes con depresión y reducir las hospitalizaciones y el número de suicidios.

Finalmente, aunque el Plan GES de depresión cubre algunos tratamientos para la depresión, según el Ministerio de Salud, el 44% de los pacientes diagnosticados con depresión en Chile no reciben tratamiento alguno. Por lo tanto, es importante promover el acceso a tratamientos basados en evidencia, los fármacos antidepressivos actualizando las canastas con aquellos que cuenten con mejor evidencia, como así también la psicoterapia, tanto en la técnica psicoterapéutica que ayude de mejor manera así también como la frecuencia adecuada que garantice la mejoría del paciente.

En conclusión, es fundamental mejorar el Plan GES de depresión en Chile mediante la ampliación de su cobertura, el fortalecimiento de la APS, la reducción de la estigmatización de la depresión, la mejora de la capacitación de los profesionales de la salud y la promoción de tratamientos basados en evidencia. Con estas medidas, se podría mejorar la atención y el tratamiento de la depresión en el país y reducir su carga en la población.

Por otra parte, de acuerdo a la ENS2016, la prevalencia anual de depresión mayor a nivel nacional es de un 6,2%, aproximadamente; un 20% más alta que el promedio mundial (MINSAL, 2018). La proporción de mujeres deprimidas es de 10,1%, esto es: 5 veces mayor que la de hombres deprimidos, que fue del 2,1% (en el mundo es de 2 a 1). La mayor prevalencia se da en mujeres de bajos ingresos respecto a mujeres de altos ingresos (Hojman et al., 2018). Para afrontar esta patología y otras frecuentes como los trastornos de ansiedad, las estrategias en salud mental en Chile se han organizado desde 1993 a partir de tres Planes Nacionales de Salud Mental (último 2017-2025; MINSAL, 1993; 2000; 2017b) y una reciente agenda de salud mental, con un progresivo énfasis comunitario y familiar. Si bien esta perspectiva comunitaria puede tener un potente efecto preventivo, no dan solución o entregan una solución parcial cuando el trastorno depresivo ya está instalado. Es así que el MINSAL ha recomendado que las depresiones severas, moderadas y graves sean tratadas a nivel de atención primaria en salud (APS) (MINSAL, 2013). A su vez, la Actualización en Psicoterapia de las Guías Clínicas para la Depresión del Minsal (MINSAL, 2017a) recomienda realizar psicoterapia con una frecuencia semanal con una duración de hasta 12 sesiones.

Si tomamos en cuenta que son las psicólogas y psicólogos los profesionales que más se han incorporado a la salud pública (17,1/100 mil usuarios de FONASA, vs. 5,8 de psiquiatras y 1,6 de enfermeras; Minoletti A., 2014) y que ellos tienen, en APS, del 55% al 80% de horas programadas dedicadas a Salud Mental vs. 9-18% de los médicos (Minoletti et al., 2012), esta recomendación parece ajustarse bastante bien a la oferta terapéutica en este nivel de atención. Tendríamos que agregar además que

las guías clínicas de países europeos, por ejemplo, Alemania, recomiendan para el tratamiento de las depresiones moderadas psicoterapia o fármacos y para las graves la combinación asociación de ambos (DGPPN, 2015).

Problema 3.3

La atención psicosocial, psicoterapéutica, por parte de los profesionales se encuentra con varios nudos críticos que obstaculizan que usuarios accedan a un tratamiento adecuado, entre los que se cuentan:

- a) Necesidad de optimizar los incentivos a los profesionales. El sistema de salud se ha preocupado de la cobertura, por lo tanto los psicólogos y psicólogas reciben incentivos por los pacientes nuevos que ingresan, pero no por las altas o por intervenciones resolutivas que alivien las interconsultas al sistema secundario
- b) Necesidad de mejorar el sistema de agendamiento de horas. El sistema de agendamiento generalmente es manejado bajo un modelo médico y a nivel administrativo (se cita a un “control” con el profesional la próxima vez que tenga hora, lo que puede ser en meses más adelante), por lo que resulta imposible que el psicólogo pueda instalar una intervención psicosocial sistemática (proceso psicoterapéutico) de la depresión, lo que lleva a la cronificación de pacientes que se van acumulando infinitamente.
- c) Necesidad de aumentar la formación de capital humano en psicoterapia. El nivel de competencias que presentan psicólogas y psicólogos a nivel de APS resulta insuficiente para enfrentar la situación país. Un reciente estudio FONIS (SM14I0020) realizado por Bedregal (Bedregal

et al., 2017), reporta bajos niveles de desarrollo de competencia en las siguientes dimensiones: i. “tratar la depresión”, ii. “aproximación sociocultural”, iii. “plan de tratamiento” y iv. “diagnóstico clínico.”; Resultados similares han sido revelados en entrevistas en profundidad a psicólogas y psicólogos que trabajan en APS y otras instituciones (Zúñiga, K. 2021), donde en muchos casos se observan entrenamientos psicoterapéuticos útiles para ser aplicados en consulta privada, a poblaciones de mayores recursos, pero no a nivel de Salud Pública (de la Parra et al., 2018). El actual sistema impide que las psicólogas y psicólogos puedan seguir las recomendaciones de las guías clínicas de la depresión y la actualización de psicoterapia de las guías (MINSAL, 2017a) respecto a la frecuencia de las sesiones (sesiones semanales) y duración de la intervención (12 sesiones). La acumulación de pacientes cronificados redundando además en largas listas de espera, lo que impide una atención oportuna, especialmente en momentos de crisis del usuario, donde una intervención efectiva y oportuna protege al paciente de patologías más severas. También la gran carga asistencial, con pacientes cronificados que buscan controlarse hace que muchas veces estos no sean vistos por más de 20 minutos (MINSAL, 2017a). Es sabido que la alianza terapéutica es fundamental en poner en marcha procesos de cambios en las intervenciones psicosociales (psicoterapia), especialmente en pacientes cuyo cuadro depresivo se complica con rasgos patológicos de personalidad, sin embargo, todo lo referido atenta contra la posibilidad de instalar una alianza adecuada y la oportunidad de una experiencia terapéutica emocionalmente reparadora.

Propuesta 3.3

Se incluyen algunas referidas al sistema administrativo de incentivos y agendamiento y otras referidas a las competencias de psicólogas y psicólogos que se han plasmado en el proyecto FONIS: SA1910021: “Entrenamiento de competencias para psicoterapia de los trastornos depresivos en APS” y que han tenido como producto un curso online dictado por Educación Continua de la PUC, “Entrenamiento de competencias para psicoterapia de los trastornos depresivos en Atención Primaria de Salud (APS)” y un libro publicado por Ediciones UC: “Herramientas Psicoterapéuticas para el Manejo de Pacientes con Depresión: Una Guía para el Trabajo en Atención Primaria” (de la Parra et al., 2023; en prensa).

- Incentivar a aquellos profesionales cuyas intervenciones sean más resolutivas (menos derivaciones) y generen tiempos de hospitalización más abreviados incluyendo “una mayor frecuencia de sesiones de psicoterapia (la que) permitiría dar altas clínicas y con ello liberar la agenda de los profesionales” (MINSAL, 2017a). El aumento de costos, en mayores requerimientos de recursos humanos e infraestructura, es superado por los beneficios estimados (MINSAL 2017a).
- Sistematizar la medición de satisfacción de los usuarios y los efectos de las intervenciones psicosociales, posible hoy de manera válida y confiable (Banda et al., 2023; Paz & Evan, 2021), facilitando así el incentivo para aquellos profesionales con mejor desempeño en sus paciente.
- Permitir que los profesionales manejen un porcentaje de sus agendas, de tal manera de poder ver a los pacientes semanalmente y

resolver así más oportunamente el motivo de consulta.:

- Optimizar la formación y desarrollo de competencias clínicas en el área. Se propone un modelo mostrado en el libro antes citado, que se hace cargo de que los profesionales reciben pacientes con depresión a los que se suman disfunciones de personalidad y vulnerabilidad social. Por esta razón, luego de dar cuenta de la contundente evidencia científica que respalda las intervenciones psicosociales como la psicoterapia (Leichsenring et al., 2022), se entregan competencias para el manejo de las disfunciones de personalidad, lo que incluye el manejo y la reparación del vínculo terapéutico. Además, como se siguen las recomendaciones del Minsal (MINSAL, 2017a), de ofrecer 12 sesiones, se capacita en terapias focales e intervención en crisis para abreviar las intervenciones; para el manejo de los determinantes sociales de la salud mental y la depresión se entregan competencias de manejo comunitario del motivo de consulta.

- Mejorar la articulación entre la salud mental pública y los aportes de la academia, con el objeto de llevar a una mejoría continua de las competencias de los profesionales para entregar una atención suficientemente buena y resolutiva a los usuarios de APS.

3.4. GES Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más

El programa GES de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) permite acceso general a prestaciones básicas de su tratamiento. El pilar fundamental es la posibilidad de un diagnóstico oportuno y el acceso a medicamentos estabilizadores del ánimo.

Lamentablemente, existen áreas en las que el programa resulta insuficiente.

Problema 3.4

1.- El manejo psicosocial de largo plazo, al no incluir adecuadamente cobertura financiera de psicoterapia, terapia ocupacional y otras. La prestación de psicoeducación grupal (con evidencia favorable para la prevención de episodios maníacos en el largo plazo) tiene aún un uso muy limitado.

2.- El abordaje específico de TAB en el contexto perinatal (embarazo, post parto, lactancia, etc)

3.- En los escenarios donde se requieren dispositivos intermedios, como hospitalización diurna o domiciliaria y tratamiento ambulatorio intensivo. Éstos resultan especialmente útiles en adolescentes y adultos mayores con cuadros severos, favoreciendo intervenciones en su propio entorno, y reduciendo gastos por hospitalizaciones cerradas. Como ejemplo, no existe cobertura de cuidadores (paramédicos) 24 horas.

4.- El acceso a tratamientos avanzados (como la Terapia Electroconvulsiva) es muy limitado en casos de pacientes con episodios anímicos resistentes a tratamiento, siendo además la cobertura financiera extra-GES menor al 10% de los costos.

5.- El manejo de salud física y las prestaciones de nutriología y nutricionista no tendrían cobertura específica, pese a que los pacientes con TAB presentan altas tasas de sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico. Asimismo, no existiría cobertura para la realización de ejercicio físico supervisado.

6.- En la reinserción laboral tras un episodio; actualmente no existen opciones legales que permitan la suspensión temporal o permanente de

turnos nocturnos (pues el ciclo de sueño es crucial para lograr la estabilidad anímica) o la posibilidad de espacios protegidos transitorios para asistir a tratamiento psiquiátrico.

Propuesta 3.4

- Incorporar en la canasta GES prestaciones psicosociales que permitan un manejo multidisciplinario para los pacientes con TAB, incluyendo psicoterapia individual, terapia familiar, terapia ocupacional y controles de salud física de enfermería, así como prestaciones de nutriología, nutrición y ejercicio físico supervisado.
- Fomentar la creación de programas de psicoeducación grupal para pacientes con TAB, que pudieran utilizar plataformas digitales para facilitar el acceso oportuno, particularmente en zonas del país con menores posibilidades de acceso a especialistas.
- Favorecer el trabajo conjunto con las agrupaciones de pacientes con TAB y sus familiares, como vía para aumentar la conciencia de enfermedad y reducir el estigma asociado al cuadro.
- Crear coberturas específicas y nuevos dispositivos para promover las hospitalizaciones diurnas y domiciliarias y tratamientos ambulatorios intensivos, en especial en adolescentes y adultos mayores.
- Mejorar el acceso y la cobertura financiera de tratamientos avanzados (como la Terapia Electroconvulsiva) para pacientes con cuadros anímicos complejos, resistentes a tratamientos.
- Considerar factores psicosociales y socioeconómicos que interfieren en la mejoría y reinserción social del paciente, tales como protección de las indicaciones de reposo (y el pago oportuno de estas), además mayor posibilidad de adaptaciones laborales y académicas para estos pacientes.

Problema 3.5: GES Alzheimer y otras demencias

Las demencias son un grupo de enfermedades altamente prevalentes, especialmente en adultos mayores. Se estima que la prevalencia en países como EEUU es de 8,2% en población mayor de 65 años, siendo la enfermedad de Alzheimer su causa más frecuente, dando cuenta de un 43,5% de los casos de demencia. A su vez, la incidencia de las demencias aumenta dramáticamente con la edad, doblándose cada 5 años a partir de los 65 años (Levenson JL., 2018). Las demencias suponen una enorme carga sanitaria, económica y social, requiriendo cuidados complejos tanto del sistema de salud como de su red de cuidado.

Propuesta 3.5

- Hacer accesible la guía clínica GES "Alzheimer y otras demencias" a través de las plataformas digitales del MINSAL, tranados de patologías incorporadas a las GES en el 2019 y que cuenta solo con un resumen ejecutivo.
- Incorporar a la guía el uso de realizar estimulación cognitiva en pacientes con demencia leve a moderada, conocida la importancia de la reserva cognitiva como el principal factor protector para el desarrollo de demencia (Fratiglioni et al., 2007; Stern Y., 2002; Langa et al., 2014) y considerando además el efecto limitado que tienen los fármacos antidementivos en su capacidad de aminorar la pendiente de la velocidad de deterioro progresivo
- Formar a nivel de atención primaria y secundaria equipos multidisciplinarios para el adecuado manejo de pacientes con demencias, con foco en la incorporación de terapeutas ocupacionales con formación en salud mental.

- Revisar las recomendaciones sobre uso de fármacos en las demencias, en particular la relativa a no usar anticolinesterásicos en personas con demencia tipo Alzheimer, esto dado la relevancia demostrada, aunque limitada, que tienen los anticolinesterásicos para el manejo de los síntomas cognitivos (Birks J., 2006; Li et al., 2015; Rolinski et al., 2012) y por contribución al manejo de síntomas neuropsiquiátricos no cognitivos (conductuales, afectivos, psicóticos). Asimismo, revisar la pertinencia, de la recomendación acerca del uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), la que debiera establecerse caso a caso e incluir en ese mismo contexto la utilización de neurolépticos en dosis bajas.

- Reforzar y enfatizar el “enfoque de curso de vida” preventivo, señalado escuetamente en el Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030. Intervenciones que mejoran la reserva cognitiva de la población permiten mejorar la probabilidad de envejecer cognitivamente sano, tales como asegurar educación de calidad, promover el acceso a desarrollos de actividades cognitivas complejas, actividad física y alimentación saludable conocidas variables asociadas al envejecer sano, pero que deben ser desarrolladas en el curso de la vida, mucho antes del envejecimiento (Sattler et al., 2012).

Problema 3.6: Programa para Trauma Complejo

El trauma es un factor que puede tener un impacto significativo en el desarrollo de la salud mental y física de las personas, particularmente cuando ocurre en etapas tempranas del desarrollo. El trauma complejo, definido como la exposición temprana,

repetida y prolongada a situaciones de abuso, negligencia o violencia interpersonal en el contexto de relaciones de dependencia y poder desiguales, puede tener consecuencias graves y duraderas. Se ha demostrado que las experiencias adversas en la infancia, incluyendo el trauma, pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer, enfermedades autoinmunitarias, obesidad y diabetes (Felitti et al., 1999). El impacto del trauma complejo en la salud mental puede ser particularmente grave. Los estudios han demostrado que el trauma complejo aumenta significativamente el riesgo de desarrollar depresión, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático complejo, cuadros disociativos, trastornos de personalidad límite, alcoholismo y trastornos por uso de sustancias, además de aumentar significativamente el riesgo de suicidio (Maercker et al., 2022). De este modo, es importante que los y las profesionales de la salud y la sociedad en general comprendan la gravedad del trauma en etapas tempranas del desarrollo y trabajen para prevenir y tratar los efectos del trauma en la vida de las personas. La identificación temprana del trauma complejo y la intervención efectiva son claves para minimizar el impacto de estos eventos en la salud de las personas, favoreciendo el bienestar a largo plazo.

Propuesta 3.6

- Generar políticas públicas focalizadas en el diagnóstico y tratamiento de las consecuencias de la exposición a trauma complejo, abordado de una manera amplia y en profundidad, otorgándose adecuado diagnóstico y tratamiento a través del programa GES.

- Incorporar la evaluación del trauma complejo en el nivel primario de atención de salud, lo que

implica capacitar a los profesionales de la salud en la identificación del trauma complejo y sus consecuencias

- Asegurar la cobertura de atención de salud mental para aquellas personas que han sufrido trauma complejo, incorporando las terapias centradas en trauma basadas en evidencia, que han demostrado ser efectivas para tratar las consecuencias del trauma complejo e incluyen psicoeducación, técnicas de regulación emocional, desensibilización, reprocesamiento cognitivo, incorporación de habilidades interpersonales, y tolerancia al malestar, entre otras (Bohus et al, 2020).

Abreviaciones

Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)
Atención Primaria de Salud (APS)
Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (ENS2016)
Evaluación de Tecnologías en Salud (ETESA)
Garantías Explícitas en Salud (GES)
Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA)
Instituto Nacional de Estadísticas (INE)
Managed Entry Agreements (MEA)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS)
Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)

Referencias:

Aceituno, D., Mena, C., Vera, N., Gonzalez-Valderrama, A., Gadelha, A., Diniz, E., Crossley, N., Pennington, M., Prina, M., 2020. Implementation of early psychosis services in Latin America: A scoping review. *Early Interv. Psychiatry*.

Aneshensel, C.S., Rutter, C.M., & Lachenbruch, P.A. (1991). Social structure, stress and mental health: Competing conceptual and analytic models. *American Sociological Review*, 56, 166-178.

Armijo N, Espinoza M, Zamorano P, Lahoz D, Yanez T, Balmaceda C. (2022) Analisis del proceso de Evaluacion de Tecnologias Sanitarias del Sistema de Proteccion Financiera Para Diagnosticos y Tratamientos de Alto Costo en Chile (Ley Ricarte Soto). *Value Health Reg Issues*. 32:95-101.

Asnaani, A., Majeed, I.M., Kaur, K., & Gutierrez Chavez, M (2022). Diversity and Clinical Perspectives in Psychology. Invited Chapter in *Comprehensive Clinical Psychology*. Gordon Asmundson: Elsevier.

Banda, S., Nkungula, N., Chiumia, I.K. et al. (2023) Tools for measuring client experiences and satisfaction with healthcare in low- and middle-income countries: a systematic review of measurement properties. *BMC Health Serv Res* 23, 133. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09129-9>

Birchwood, M., Todd, P., Jackson, C., 1998. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br. J. Psychiatry. Suppl.* 172, 53–59.

Birks J. (2006) Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews..

Bohus, M., et al., (2020) Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 77(12): p. 1235-1245.

Brammli-Greenberg S, Yaari I, Daniels E, Adijes-Toren A. (2021) How Managed Entry Agreements can improve allocation in the public health system: a mechanism design approach. *Eur J Health Econ*. 22(5):699-709.

Carrarini C, Russo M, Dono F, Barbone F, Rispoli MG, Ferri L, et al. (2021) Agitation and Dementia: Prevention and Treatment Strategies in Acute and Chronic Conditions. Vol. 12, *Frontiers in Neurology*.

Cid C, Torche A, Bastias G, Herrera C, Barrios X. (2013) Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno. In: UC CdPP, editor. *Propuestas para Chile 2013*. Santiago Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile

Crossley, N.A., Alliende, L.M., Czepielewski, L.S., Aceituno, D., Castañeda, C.P., Diaz, C., Iruretagoyena, B., Mena, Carlos, Mena, Cristian, Ramirez-Mahaluf, J.P., 2022. The enduring gap in educational attainment in schizophrenia according to the past 50 years of published research: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 9, 565–573.

Crossley, N.A., Bressan, R.A., Corral, R., Córdoba, R., 2021. Intervención temprana en psicosis en Latino América. ¿Qué esperamos para actuar? *Rev. Latinoam. Psiquiatr.* 20, 6–7.

De la Parra, G., Crempien, C., Morales, S., Zuñiga, A., Errázuriz, A. (2023) Herramientas psicoterapéuticas para el manejo de pacientes con depresión. Una guía para el trabajo en atención primaria. Ediciones UC (en prensa)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2015) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Langfassung 2. Auflage, Version 1. AWMF-Register-Nr.: nvl-005.

Errazuriz P, Valdes C, Vohringer PA, Calvo E. (2015) [Mental health financing in Chile: a pending debt]. *Rev Med Chil*;143(9):1179-86.

Espinoza MA. (2016) La urgente necesidad de un sistema de evaluación de intervenciones en salud *Rev Med Chil*. 2016;144(903-905).

Espinoza MA, Vargas C. (2017) Evaluación de tecnologías sanitarias para la toma de decisiones y la rendición de cuentas: una urgente reflexión para el sistema de

salud chileno. *Value in Health Regional Issues*. 14:33-4.

Espinoza MA, Rodriguez C, Cabieses B. (2019) Sistema de salud y sistema de coberturas en salud. In: Espinoza MA, Rodriguez C, Cabieses B, editors. *Manual Para la participación de pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en salud*. Santiago: Derechos reservados Pontificia Univesridad Católica de Chile Universidad del Desarrollo

Espinoza M, Singer M, Traverso P. (2020) Análisis comparativo de los subsistemas de salud general público, privado y laboral: identificando nuevas propuestas para la reforma del sistema de salud chileno Santiago: Centro de Políticas Públicas UC [Available from: <https://politicaspublicas.uc.cl/publicacion/concurso-de-politicas-publicas-2/propuestas-para-chile-2020/>].

Espinoza MA, Zamorano P, M.T. I. (2022) *Acuerdos de Riesgo Compartido: Análisis Técnico y Normativo para su implementación en Chile*. Santiago, Chile: Unidad de Evaluación de Tecnologías en Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile; 2022.

Felitti, V.J., et al., (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 14(4): p. 245-58.

Fratiglioni L, Wang HX. (2007) Brain reserve hypothesis in dementia. In: *Journal of Alzheimer's Disease*.

González-Valderrama, A., Jongsma, H.E., Mena, C., Castañeda, C.P., Nachar, R., Undurraga, J., Crossley, N., Aceituno, D., Iruretagoyena, B., Gallardo, C., 2020. The incidence of non-affective psychotic disorders in Chile between 2005 and 2018: results from a national register of over 30 000 cases. *Psychol. Med.* 1–10.

Gore, F.M., Bloem, P.J.N., Patton, G.C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S.M., Mathers, C.D., 2011. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 377, 2093–2102. doi:10.1016/S0140-6736(11)60512-6

Griffiths, K., Millgate, E., Egerton, A., MacCabe, J.H., 2021. Demographic and clinical variables associated with response to clozapine in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* 51, 376–386.

Gruskin S, Daniels N. (2008) Process is the point: justice and human rights: priority setting and fair deliberative process. *Am J Public Health*. 98(9):1573-7.

Hojman, D., Krause, M., Llaupi, M., Rojas, G., & Vérges, A. (2018). Salud mental en el Chile de hoy. Estudio Longitudinal Social de Chile [ELSOC], Notas COES de política pública, 15. Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social COES. <http://www.>

elsoc.cl/publicaciones-elsoc/Informes

Howes, O.D., Vergunst, F., Gee, S., McGuire, P., Kapur, S., Taylor, D., 2012. Adherence to treatment guidelines in clinical practice: Study of antipsychotic treatment prior to clozapine initiation. *Br. J. Psychiatry* 201, 481–485. doi:10.1192/bjp.bp.111.105833

Ikegami N. (2015) Fee-for-service payment - an evil practice that must be stamped out? *Int J Health Policy Manag.* 4(2):57-9.

Iruretagoyena, B., Castañeda, C.P., Mena, C., Diaz, C., Nachar, R., Ramirez-Mahaluf, J.P., González-Valderrama, A., Undurraga, J., Maccabe, J.H., Crossley, N.A., 2021. Predictors of clozapine discontinuation at 2 years in treatment-resistant schizophrenia. *Schizophr. Res.* 235, 102–108.

Killackey, E., Allott, K., Woodhead, G., Connor, S., Dragon, S., Ring, J., 2017. Individual placement and support, supported education in young people with mental illness: an exploratory feasibility study. *Early Interv. Psychiatry* 11, 526–531.

Klemp M, Fronsdaal KB, Facey K, Forum HTP. (2011) What principles should govern the use of managed entry agreements? *Int J Technol Assess Health Care.* 27(1):77-83.

Lally, J., Ajnakina, O., Di Forti, M., Trotta, A., Demjaha, A., Kolliakou, A., Mondelli, V., Reis Marques, T., Pariante, C., Dazzan, P., Shergil, S.S., Howes, O.D., David, A.S., MacCabe, J.H., Gaughran, F., Murray, R.M., 2016. Two distinct patterns of treatment resistance: clinical predictors of treatment resistance in first-episode schizophrenia spectrum psychoses. *Psychol. Med.* 46, 16–76. doi:10.1017/S0033291716002014

Langa KM, Levine DA. The diagnosis and management of mild cognitive impairment: A clinical review. Vol. 312, *JAMA - Journal of the American Medical Association.* 2014.

Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S. and Ioannidis, J.P.A. (2022), The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*, 21: 133-145. <https://doi.org/10.1002/wps.20941>

Levenson JL. (2018) *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry.* The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry.

Li Y, Hai S, Zhou Y, Dong BR. (2015) Cholinesterase inhibitors for rarer dementias

associated with neurological conditions. Vol. 2015, Cochrane Database of Systematic Reviews.

Li X, Zhang Y, Zhang X, Li X, Lin X, Han Y. (2022) Effects of fee-for-service, diagnosis-related-group, and mixed payment systems on physicians' medical service behavior: experimental evidence. BMC Health Serv Res. 22(1):870.

Maercker, A., et al., (2022) Complex post-traumatic stress disorder. Lancet, 2022. 400(10345): p. 60-72.

Mena, C., Gonzalez-Valderrama, A., Iruretagoyena, B., Undurraga, J., Crossley, N.A., 2018. Early treatment resistance in a Latin-American cohort of patients with schizophrenia. Schizophr. Res. 199, 380–385. doi:10.1016/j.schres.2018.02.056

Minoletti A , Rojas G , Horvitz-Lennon M . Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica . Cad Saúde Coletiva. 2012 ; 20 (4): 440 – 7

Minoletti, A., (2014) Evaluación del sistema de Salud Mental en Chile. Segundo informe Junio 2014: Informe sobre la base del instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM/WHO AIMS). Santiago, Chile: Minsal

MINSAL (1993) Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Gobierno de Chile.

MINSAL (2000) Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Gobierno de Chile.

MINSAL (2013) Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a los equipos de salud. Gobierno de Chile.

MINSAL (2017a). Guías Clínicas AUGES Para el tratamiento de la Depresión en personas mayores de 15 años: Actualización en Psicoterapia. 1. Gobierno de Chile. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/07/GPC_depresion_psicoterapia.pdf

MINSAL (2017b) Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Gobierno de Chile.

MINSAL (2018). Encuesta nacional de Salud 2016-2017, Segunda entrega de resultados. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf

MINSAL (2020). Informe Final de Acuerdos Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapre y del Fonasa Diciembre 2020 Santiago: Ministerio de Salud; 2021 [Available from: <https://www.minsal.cl/conoce-el-informe-final-de-la-comision-de-expertos-para-las-reformas-de-isapres-y-fonasa/>].

Morrison, A.P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, N., Callcott, P., 2014. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs:

a single-blind randomised controlled trial. *Lancet* 383, 1395–1403.

Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Ventura, J., Turner, L.R., Gitlin, M.J., Gretchen-Doorly, D., Becker, D.R., Drake, R.E., Wallace, C.J., Liberman, R.P., 2020. Enhancing return to work or school after a first episode of schizophrenia: the UCLA RCT of Individual Placement and Support and Workplace Fundamentals Module training. *Psychol. Med.* 50, 20–28.

Organización de las Naciones Unidas (2007). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. ONU. [Consultado 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2020). Discapacidades. Ginebra: OMS. [Consultado 27 abril de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1

Organización Panamericana de la Salud (2023). Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS. Washington, D.C.: OPS; 2023.

Paz, C., & Evans, C. (2019). The Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure: A useful option for routine outcome monitoring in Latin America. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 27(2), 226-230.

Pichon-Riviere A, Garcia-Marti S, Oortwijn W, Augustovski F, Sampietro-Colom L. (2019) Defining the Value of Health Technologies in Latin America: Developments in Value Frameworks to Inform the Allocation of Healthcare Resources. *Int J Technol Assess Health Care*. 35(1):64-8.

Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Consultado en <https://dle.rae.es/>

Rolinski M, Fox C, Maidment I, Mcshane R. (2012) Cholinesterase inhibitors for dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease dementia and cognitive impairment in Parkinson's disease. Vol. 2012, *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Sattler C, Toro P, Schönknecht P, Schröder J. (2012) Cognitive activity, education and socioeconomic status as preventive factors for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Psychiatry Res.* 196(1):90-95. doi:10.1016/j.psychres.2011.11.012

Seidl U, Lueken U, Völker L, Re S, Becker S, Kruse A, et al. (2007) Non-cognitive symptoms and psychopharmacological treatment in demented nursing home residents. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*. 75(12).

Servicio nacional de la discapacidad (2016). Discapacidad y salud mental: una

visión desde SENADIS. Santiago: SENADIS, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. [Consultado 27 abril de 2023]. Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/sala_prensa/d/noticias/5784/presentan-libro-discapacidad-y-salud-mental-una-vision-desde-senadis

Stern Y. (2002) What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 8(3).

Williams A. (1972) Cost benefit analysis: bastard science or insidious poison in the body politics. *journal of public economics*. 1:199-216.

Zuñiga, A. K. (2021) Construction of a workshop protocol on psychotherapeutic competences for the management of complex depression in institutional primary care setting. Tesis (Doctoral Program in Psychotherapy)--Pontificia Universidad Católica de Chile, 2021 <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/63064>



8

Salud Bucodental

Coordinadora:
Dra. Claudia Véliz
Dra. Cynthia Cantarutti

Situación Actual

La salud bucodental es reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades y se establece como una prioridad para el sistema de salud en Chile. Debido a su alta prevalencia, su impacto negativo en la población y los altos costos de tratamiento, estas enfermedades constituyen un problema de salud pública. Además, la distribución de estas enfermedades muestra importantes inequidades, afectando de manera desproporcionada a las personas con menores niveles socioeconómicos y educativos (1).

En Chile existe una alta carga de morbilidad asociada a enfermedades bucodentales, las condiciones orales representan el 1,4% de la carga de enfermedad, medida a través de los AVISA (1), traducándose en una alta prevalencia de enfermedad de caries, enfermedad periodontal, desdentamiento y lesiones de mucosa oral en adultos y adultos mayores (2). A modo de ejemplo, en la población mayor a 15 años la prevalencia de caries cavitada es de 54,6% (3), la pérdida de dientes en adultos de 35-44 años es en promedio 6,5 dientes perdidos, aumentando a 15,8 en adultos de 65 a 74 años (3,4). En niños, el escenario es similar: a los 6 años el 70% ha presentado al menos una caries en su vida, o sea tiene historia de caries, y el 55% tiene gingivitis (5), mientras que a los 12 años el 62,5% tiene historia de caries y un 67% tiene gingivitis (6).

Las políticas públicas de salud bucodental han evolucionado para adaptarse a la realidad de las necesidades de la población y a los avances científicos y tecnológicos; desde políticas destinadas a la rehabilitación hacia un enfoque preventivo y promocional, orientado principalmente a la prevención de enfermedades bucales dirigidas a niños y población vulnerable (1,7).

Para enfrentar este escenario distintas organizaciones han elaborado estrategias con el objetivo de identificar los desafíos para la salud bucodental para la próxima década (2020-2030) y definir ejes estratégicos o líneas de acción para mejorar la salud bucodental de la población. Por su parte, el Ministerio de Salud (MINSAL) elaboró un Plan Nacional de Salud Bucal para el 2021 al 2030. Este documento identifica los desafíos para la salud bucodental en la siguiente década en Chile, definiendo 6 ejes estratégicos que trazarán una hoja de ruta. Cada uno de estos ejes contempla desafíos que buscan mejorar el estado de salud de la población (1).

- Promoción de salud y prevención de enfermedades bucales
- Provisión de servicios odontológicos de salud
- Desarrollo del recurso humano
- Instalar un sistema de vigilancia del estado de

salud bucal de la población y su impacto en la calidad de vida

- Rectoría, regulación y fiscalización
- Financiamiento

En la misma línea, la Federación Dental Internacional (FDI) ha diseñado el “Plan Visión 2030” que es un marco estratégico diseñado para guiar la dirección del cuidado bucal global hacia el año 2030 (8). Esta organización identifica los desafíos sobre salud bucodental para la próxima década y propone estrategias para abordarlos, enfocados en mejorar la salud bucodental, reducir sus inequidades y disminuir la carga global de enfermedades bucodentales, alineados con iniciativas como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, la cobertura sanitaria universal (CSU) y la adaptación a las transformaciones sociales, como el envejecimiento de la población. Este plan se centra en tres pilares:

- Cobertura universal de la salud bucodental
- Integrar la salud bucodental en la agenda de salud general y desarrollo
- Constituir una plantilla de profesionales de la salud bucodental resilientes para el desarrollo sostenible

La Organización Mundial de la Salud (OMS) por su parte ha diseñado la Estrategia Global de Salud Bucodental, que es una iniciativa para mejorar la salud bucodental a nivel mundial. Esta estrategia tiene como objetivo principal abordar la carga de las enfermedades bucodentales, que afectan a miles de millones de personas en todo el mundo (9). La estrategia se centra en seis objetivos estratégicos:

- Gobernanza de la salud bucodental,

incrementando el compromiso político y en materia de recursos

- Promoción de la salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales
- Personal de salud que responda a las necesidades de salud bucodental de la población
- Atención de la salud bucodental integrada a la APS
- Mejorar los sistemas de vigilancia y de información sobre salud
- Desarrollar y actualizar de forma continuada investigación específica del contexto y de las necesidades

El panorama actual nos presenta múltiples desafíos, tales como: equidad en el acceso y financiamiento de la salud bucodental y los cambios estructurales en la población producto del envejecimiento y la multiculturalidad de la sociedad actual, producida principalmente por el fenómeno migratorio, la mayor atención a las necesidades de los pueblos originarios y la transversalización de la perspectiva de género.

Para hacer frente a estos desafíos, se requiere la implementación de políticas y estrategias innovadoras que fortalezcan el sistema de salud chileno y promuevan el acceso equitativo a servicios de salud de alta calidad. Es crucial abordar los determinantes sociales de la salud, como la pobreza y la desigualdad, para asegurar que todas las personas tengan las mismas oportunidades de vivir una vida saludable. Además, se deben implementar programas efectivos de prevención y tratamiento para reducir la carga de enfermedades no transmisibles, así como la actualización de los planes de estudio y perfiles de egreso de los

profesionales y técnicos de la salud bucodental, los que deben preparar a las futuras generaciones para enfrentar estos desafíos.

En resumen, el sistema de salud de Chile presenta múltiples desafíos para la próxima década. En este documento hemos decidido abordar tres desafíos que son propios de la salud bucodental y que son coherentes con los ejes estratégicos del Plan Nacional de Salud Bucal del MINSAL, el Plan Visión 2030 de la FDI y la estrategia global de salud bucodental de la OMS.

DESAFÍOS, LÍNEAS DE ACCIÓN Y POSIBLES SOLUCIONES.

1. Problema 1: Alfabetización en salud bucodental

1.1. Descripción del problema

Para mantener la salud bucodental, la participación de las personas es determinante, pero solo estarán en condiciones de enfrentar los problemas de salud si tienen una cultura sanitaria que les permita practicar el cuidado de su salud de una manera autónoma y responsable.

El autocuidado es uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de la salud bucodental y juega un papel clave para el éxito de las políticas y programas implementados en el país (10,11). Las personas se informan para cuidar su salud bucodental y la de sus familias desde diferentes fuentes, lo que se traduce en su capacidad de autocuidado y toma de decisiones. Por una parte, las personas reconocen que existen medidas que pueden aplicar diariamente relacionadas con la dieta, higiene, etc., sin embargo, también es necesario que las personas conozcan los programas y los servicios de los que

son beneficiarios y cómo usarlos adecuadamente. El autocuidado involucra comportamientos que se muestran para mejorar la salud, prevenir enfermedades y recuperar la salud (10,11).

Vinculado a esto, se encuentra el término automanejo, que hace referencia a la habilidad de la persona junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en estilos de vida y las consecuencias psicosociales culturales y espirituales, esto enfocado a enfermedades no transmisibles, lo que podría ser una forma de abordar las enfermedades bucodentales (12).

En este sentido, en los últimos años ha aumentado la conciencia sobre la importancia de la alfabetización en salud bucodental, que se define como el grado en que las personas tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información básica de salud y los servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas sobre salud bucodental (13). Es importante considerar este concepto porque nos permite entender que los resultados de salud mejorarían al facilitar el acceso de las personas a la información de salud y su capacidad para usarla de manera efectiva. Las habilidades de alfabetización en salud son fundamentales para potenciar la capacidad de las personas para promover y mejorar su salud. La alfabetización en salud implica la capacidad de navegar por el sistema de salud y se ve afectada por la educación, cultura y el contexto. Es importante considerar que los factores que influyen en la alfabetización en salud bucodental corresponden tanto al sistema de salud, como al sistema educativo y la cultura.

El Ministerio de Salud ha hecho un esfuerzo por reunir el material educativo destinado a la población

y a los equipos de salud bucal, en su plataforma educativa (14). Sin embargo, este repositorio no incluye toda la información o recursos necesarios para educar a la población. Un buen ejemplo de repositorio con información para la comunidad y los equipos de salud es el que tiene el programa Chile Crece Contigo (15), que presenta la información de fácil acceso y de forma cercana.

1.2. Línea de acción

La alfabetización en salud bucodental no incluye solo a las personas, sino que también a los proveedores de la atención de la salud bucodental y a los tomadores de decisiones (16). Por otro lado, la promoción de salud consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ésta (17). El proceso educativo debe ser fuente de conocimiento y objeto de transformación para dar prioridad a la participación colectiva y multidisciplinaria, así como favorecer el intercambio de saberes y experiencias. Para ello las estrategias centradas en la persona, trabajando con y para las comunidades son claves. La propia población, las instituciones locales y las organizaciones comunitarias son importantes en este proceso (16,18).

Para esto son necesarias habilidades de comunicación del equipo de salud bucodental que permitirán la alfabetización en salud de las personas, con el fin de mejorar los resultados de salud. Por lo tanto, la capacitación formal del equipo de salud bucal, permitirá evaluar las habilidades de los pacientes y trabajar con los miembros del equipo para presentar información de salud de manera efectiva y personalizada. Es importante reconocer la interculturalidad y perspectiva de género en estos aspectos, para llegar a estos grupos poblacionales.

De forma paralela, es posible incorporar estrategias como las propuestas por la OMS en su programa mOralHealth (Mobile technologies for oral health), que fomentan el uso de la tecnología para mejorar la salud bucodental (19), utilizando teléfonos móviles, tablets y otros dispositivos con tecnologías digitales para proporcionar información, a través de herramientas como mensajes de texto, vídeos, llamadas telefónicas, y aplicaciones.

1.3 Propuesta 1

Creemos que, para mejorar la salud bucodental, es indispensable mejorar el nivel de alfabetización en salud bucodental de la población. De esta manera entregamos herramientas para que las personas puedan ejercer un rol activo en la mantención y recuperación de su salud bucodental y general. Para esto proponemos 3 medidas:

• *Evaluar, actualizar y difundir el material educativo utilizado en APS*

La propuesta es que se realice un análisis del material educativo disponible en las diferentes plataformas, para evaluar su contenido, diseño y lenguaje; consolidar el material existente, creando medios para compartirlo, difundirlo y, sobre todo, hacerlo accesible a las distintas plataformas y formatos; e incorporar en el enfoque de género, territorio, interculturalidad y metodologías educativas más modernas.

• *Aumentar los niveles de alfabetización en salud bucodental de la población*

La propuesta es implementar un programa de alfabetización en salud bucodental para la población general con el objetivo de aumentar los niveles de alfabetización. De esta forma, se entrega a la población las herramientas que necesitan para

participar de manera activa en la mantención y recuperación de su salud y la de sus familias. Un aspecto a considerar es la importancia de contar con información basal del nivel de alfabetización de la población, permitiendo la evaluación de la efectividad de las medidas implementadas.

• **Capacitación al equipo de salud bucodental**

La propuesta es capacitar al equipo de salud bucodental en estrategias que permitan llegar a las personas de forma más efectiva, facilitando la entrega de información, ayudando a aumentar el nivel de alfabetización en salud bucodental y la adhesión a indicaciones y tratamientos. Al respecto, es importante considerar el rol que los técnicos en odontología (TONS) pueden cumplir en las actividades de educación y promoción de la salud, por lo que es importante incluirlos en la planificación de las actividades de capacitación.

Algunas de las estrategias que han demostrado efectividad en el control y manejo de enfermedades no transmisibles (ECNT) son la entrevista motivacional, consejería breve y comunicación efectiva (20–22).

2. Problema 2: Acceso a los servicios de salud bucodental

2.1. Descripción del problema

Una de las principales dificultades en materia de salud bucodental dice relación con el acceso y cobertura efectiva, entendiendo acceso como la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan, y la cobertura efectiva como la proporción de personas que recibe prestaciones de calidad en relación con toda la población que las

necesita (23).

La atención primaria en salud (APS) cumple un rol fundamental para los sistemas de salud (24). Sin embargo, las prestaciones de salud bucodental proporcionadas en APS no son accesibles para todas las personas.

Las diferencias en el acceso y cobertura están dadas por el sistema de aseguramiento elegido por cada persona y por la priorización de las políticas públicas existentes. En Chile se puede hablar hoy de un “sistema mixto de aseguramiento odontológico no integrado”, en donde múltiples aseguradoras otorgan coberturas financieras directas e indirectas a grupos de la población, algunas gratuitas y otras con copagos asociados. El tipo, cobertura y modalidad de atención varía enormemente entre el sistema público y privado.

Sistema público

Entrega prestaciones en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) (modalidad institucional) o en establecimientos privados (modalidad libre elección). La aseguradora del sistema público es el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

La oferta del sistema público se basa en programas, de integración y cobertura variable, en los que se ha priorizado a los grupos de riesgo biológico y social (1,7). La oferta de atención odontológica se puede dividir en cuatro grupos:

Oferta	Prestaciones
<p>Plan de Salud Familiar (PSF) Corresponde al conjunto de prestaciones disponible en los centros de APS dispuestas en el Estatuto de Atención Primaria, que responden a las orientaciones técnicas y programáticas vigentes del Ministerio de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Programa CERO infantil: control con enfoque de riesgo odontológico para niños y niñas entre los 6 meses y los 9 años Programa CERO adolescente: control con enfoque de riesgo odontológico para adolescentes entre los 10 y los 19 años. Atención de morbilidad de salud bucal (en extensión horaria) Atención de urgencia odontológica Actividades educativas grupales
<p>Garantías Explícitas en Salud (GES) Corresponden a un grupo de garantías establecidas en la Ley 19.966. Existen 4 condiciones de salud bucal incluidas en el listado GES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Salud oral integral para niños y niñas de 6 años Salud oral integral de la persona gestante Urgencia odontológica ambulatoria Salud oral integral para personas de 60 años
<p>Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) Prestaciones que buscan complementar las otorgadas por el PSF y dar solución a los problemas relevantes para la población. Existen 3 programas PRAPS con diferentes componentes.</p>	<p>Mejoramiento del acceso a la atención odontológica</p> <ul style="list-style-type: none"> Programas de mejoramiento del acceso a especialidades para prótesis, endodoncias y periodoncia Acercamiento de la atención odontológica a través de clínicas móviles a poblaciones de difícil acceso Promoción y prevención de la salud bucal en CECOSF Atención odontológica de morbilidad en el adulto <p>Programa odontológico integral</p> <ul style="list-style-type: none"> Hombres de escasos recursos Más sonrisas para Chile Atención odontológica integral a estudiantes de educación media y su equivalente Atención odontológica integral a beneficiarios del programa de atención a domicilio a personas con dependencia severa <p>Programa sembrando sonrisas</p> <ul style="list-style-type: none"> Promoción y prevención de la salud bucal en población parvularia Diagnóstico de salud bucal en población parvularia Prevención individual específica en población parvularia
<p>Atención de especialidades odontológicas Prestaciones realizadas en el nivel secundario y terciario de la red, en el que se resuelven casos de mayor complejidad con actividades y prestaciones de especialidades odontológicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Periodoncia Endodoncia Odontopediatría Ortodoncia Implantología oral Rehabilitación oral Cirugía maxilofacial Patología oral Trastornos temporomandibulares

Si bien la oferta de prestaciones se aprecia amplia, la cobertura no está garantizada para toda la población. Solo los problemas de salud que están en el listado de prestaciones GES proporcionan garantía de acceso a todos quienes cumplen con los criterios establecidos en la normativa. La cobertura para las demás prestaciones es variable en las diferentes etapas del ciclo de vida, con una marcada priorización para los menores de 20 años (1,7).

Sistema Privado

Entrega prestaciones en instituciones privadas en convenio con cada aseguradora institución de salud previsual (ISAPRE), con una baja cobertura de financiamiento. Las personas que optan por el aseguramiento en ISAPRE no tienen acceso a las prestaciones descritas para el sistema público, salvo por las garantías GES que por ley están garantizadas para los usuarios de ISAPRE.

Según los datos publicados por la Superintendencia de Salud en su página web (25), se observa una importante diferencia en la utilización de las garantías GES asociados a problemas de salud bucodental, entre los usuarios del sistema público (FONASA) y del sistema privado (ISAPRE). Por ejemplo, analizar la garantía GES de urgencia odontológica ambulatoria (UOA) un 1,9% de los usuarios de FONASA hicieron uso de esta garantía en el año 2020, versus un 0,05% de los usuarios de ISAPRE.

Otro aspecto importante de considerar es el gasto de los hogares asociados a prestaciones de salud. Según la VIII Encuesta de presupuestos familiares del INE, un 7,6% del gasto familiar corresponde a gastos asociados a salud, con una variación de entre 5,7% en el quintil 1 y 8,3% en el quintil 5. De este porcentaje de gasto en salud un 17,4% se destina a

gastos asociados con la salud bucodental, con una variación de entre 14% y 19,9% entre el quintil 1 y 5. (26)

2.2. Línea de acción

Se han descrito cinco tipos de barreras para una cobertura efectiva en salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y efectividad (27). La propuesta es trabajar para disminuir las barreras de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

La disponibilidad se refiere a la existencia de recursos humanos y físicos necesarios para entregar atención de salud. En este aspecto, Chile presenta una densidad de cirujano dentistas de 1,2 por cada mil habitantes (28), mayor al promedio de OMS que es 0,4 por cada mil habitantes y de la región de las Américas que es 0,6 por cada mil habitantes (29).

Sin embargo, del total de cirujano dentistas registrados en la Superintendencia de Salud, solo un 20% trabaja en el sistema público. De este total se desprenden 5.410 jornadas clínicas equivalentes (JCE) de las que el 65% corresponden a APS, el 20% a especialidad en atención secundaria y terciaria, el 2% a radiólogos, y el 13% a actividades de gestión (28,30). Ante este escenario es evidente que el recurso humano odontológico es insuficiente para dar cobertura en el sistema público, tanto en APS como en el nivel secundario.

La accesibilidad, por su parte, se refiere a que los servicios deben estar al alcance de las personas, desde el punto de vista geográfico, financiero y/o administrativo. En este punto, existe una diferencia entre el sistema público y privado. La principal barrera de accesibilidad del sistema privado es la financiera mientras que en el sistema público es

la administrativa y geográfica. Existen diferentes estrategias para abordar estas barreras, como las que presentamos a continuación:

Barreras geográficas: una de las principales estrategias utilizada en salud bucodental para abordar la barrera geográfica se refiere a la implementación de la teleodontología, la que ha sido descrita como un facilitador para la atención, acercando a las personas que viven en zonas rurales o que presenta dificultades de movilidad. Al mismo tiempo, permite reducir las consultas de urgencia y derivar oportunamente a un especialista en caso de ser necesario (31,32).

En Chile existen programas nacionales de teleodontología, que se han desarrollado para acercar la atención de especialistas, principalmente pensado en aquellas zonas rurales, donde el acceso a la atención secundaria es un desafío.

Los programas de teleodontología que se han implementado, con diferente grado de desarrollo, son:

- El programa de telemedicina de patología oral.
- Programa de telemedicina de anomalías dentomaxilares.
- Programa CERO telemático.

Así, se identifican oportunidades para fortalecer los programas de teleodontología en curso, y analizar la factibilidad de incorporar nuevas especialidades que puedan beneficiarse de esta estrategia.

Barreras administrativas y financieras: la principal estrategia destinada a mejorar el acceso es la universalización de la APS. La gran diferencia entre las prestaciones y la protección financiera entre el sistema público y privado, sumado a la enorme inequidad en materia de salud bucodental ha

llevado a plantear la importancia de avanzar hacia la cobertura universal en salud (33) y particularmente hacia la universalización de la atención primaria. El objetivo será garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud, reduciendo las inequidades, el impacto en los ingresos y el nivel de gasto en las personas para recuperar su estado de salud.

La Federación Dental Internacional (FDI) propone un modelo llamado Paquete Básico de Cuidados Bucodentales (BPOC, por sus siglas en inglés) como una forma de facilitar el acceso a servicios odontológicos. El BPOC integra los cuidados básicos de salud bucodental y la prevención en los sistemas de salud, estableciendo como requisito mínimo la atención de urgencias y alivio del dolor (34). Además, se pueden incluir servicios de cuidados curativos y atención especializada, acceso a flúor mediante pasta dental y tratamiento restaurativo atraumático, lo que permite una gama completa de servicios bajo el marco de la cobertura universal. El enfoque del BPOC se centra en ofrecer soluciones factibles, asequibles y aceptables que puedan proporcionarse en el contexto de la APS (35).

Por último, la aceptabilidad se refiere a las condiciones que influyen en que las personas no acepten los servicios ofertados, ya sea por barreras de tipo social o cultural. Al respecto el modelo de atención en salud de APS, el MAIS, incorpora el enfoque de género y cultural. Sin embargo, aún es necesario seguir avanzando en la capacitación del equipo de salud bucodental en estas temáticas para favorecer la aceptabilidad de los servicios odontológicos (34).

2.3 Propuesta 2

Debido a la importancia de mejorar el acceso a la

atención de salud bucodental de toda la población se proponen las siguientes medidas:

- ***Aumentar la disponibilidad de las atenciones de salud bucodental***

- a) **Mediante un aumento de la oferta en el sistema público**

El aumento de la cantidad de jornadas clínicas equivalentes en el sistema público, tanto en APS como en atención secundaria, permitiría aumentar la cobertura de las prestaciones de salud bucodental, manteniendo las prestaciones a los menores de 20 años y aumentándolas para los adultos.

El aumento de las jornadas debe ir acompañado de la implementación del espacio físico necesario para desarrollar la atención clínica, pudiendo ser en box de atención, por medio de clínicas móviles o a través de consultas de teleodontología.

- b) **Mediante un modelo de integración público-privada**

Generar un sistema de vinculación entre la red pública y prestadores institucionales privados bajo un modelo de atención común e integrado, manteniendo como puerta de entrada al sistema la red de APS.

Esta propuesta generaría la opción de diseñar sistemas de referencia y contrarreferencia entre la red pública y prestadores privados, vinculados contractualmente de manera permanente, pero bajo un modelo de atención común y distinto al actual sistema de licitaciones o compra de servicios, los cuales son puntuales y sin integración del modelo de atención. Este diseño podría ser implementado en todos los niveles de atención.

Esta propuesta permitiría aprovechar la infraestructura y recurso humano privado ya instalado, aumentaría la libertad de elección de las personas, disminuiría costos para la red pública y sería compatible con diferentes modelos de aseguramiento y mecanismos de pago.

- ***Mejorar la accesibilidad a las atenciones de salud bucodental***

Otra forma de mejorar el acceso y la cobertura oportuna de la atención de salud bucodental es por medio de la disminución de las barreras, tanto geográficas como administrativas y económicas. Proponemos tres estrategias que permitirían sortear estas tres barreras:

La primera estrategia es potenciar el uso de la teleodontología como parte de la canasta de prestaciones del plan de salud familiar (PSF) y de los programas de atenciones de especialidades odontológicas a través del modelo de Hospital Digital. Esto permitirá realizar consultas de prevención, promoción, diagnóstico y mantención tanto de actividades de APS como de atención secundaria. Esta estrategia debe articularse con la red y complementar el modelo de atención vigente.

La segunda estrategia es trabajar para lograr la universalización de la APS. De esta manera todas las personas podrían acceder a todo el paquete de prestaciones que se entregan para los usuarios del sistema público. Se puede llegar a esto por medio de la apertura de los centros de APS para el sistema privado o por la implementación de los programas ofertados en el sistema público en el sistema privado. Un desafío importante en este ámbito es el financiamiento de estas prestaciones, las que deberían ser parte de un plan básico o mínimo de

prestaciones a ofertar por cada aseguradora.

Por último, la tercera estrategia dice relación con este plan básico o mínimo de prestaciones que debería ser ofertado para cada asegurado. Este plan debería seguir la lógica del plan básico de cuidados bucodentales (BPOC) propuesto por la FDI, en el que exista un listado de prestaciones que deben tener cobertura en todos los sistemas bajo el marco de la cobertura universal (CUS).

- **Mejorar la aceptabilidad de las atenciones de salud bucodental**

Una última propuesta es la capacitación del equipo de salud bucodental (TONS y profesionales) en pertinencia intercultural de la atención de salud y de salud (bucodental y general) con perspectiva de género. Estas dos perspectivas permitirán que los equipos de salud bucodental puedan entregar atención de salud de calidad y pertinente para las personas, respetando su forma de ver y entender el mundo, con sus diferentes filosofías de vida.

En este aspecto es importante destacar que no es necesario que el equipo de salud comparta esta visión, sino más bien que sea capaz de identificar que se encuentra frente a una persona con una forma diferente de entender el mundo y sea capaz de proporcionar una atención de salud que la respete.

El modelo MAIS de APS incorpora el enfoque cultural y de género, sin embargo, creemos que es importante que seamos capaces de aplicar estos enfoques a la forma en que entregamos la atención de salud bucodental, visibilizando y respetando la visión de grupos que experimentan inequidad en el acceso a la salud y en sus resultados en salud, tales como las mujeres, las personas pertenecientes

a pueblos originarios y la comunidad migrante internacional, entre otros.

3. Problema 3: Información para la toma de decisiones

3.1. Descripción del problema

La actividad en salud tiene una constante necesidad de información, por lo que se debe propiciar todas las actividades tendientes a fortalecer la generación de datos. Chile tiene una larga historia de estadísticas sanitarias y censales (35). Si bien en un origen su uso era más restringido, en la actualidad se entiende como un valor agregado la existencia de múltiples fuentes de datos, los que bajo modelos predictivos que utilicen big data pueden ayudar a anticipar y/o cubrir necesidades sanitarias, mejorar la gestión clínica y atenciones más personalizadas, entre otros beneficios (38,39).

En nuestro país, sin perjuicio de que existen análisis más complejos, la mayoría de las estadísticas utilizadas en el área sanitaria se construye a partir de los reportes periódicos que cada establecimiento de salud del país envía al Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud. Esta es la dependencia encargada de la recolección, el procesamiento y la diseminación de la información en salud, entregando datos relacionados con las estadísticas vitales, morbilidad, número de atenciones, entre otros.

Si bien la mayor parte de la información proviene de la base de datos del DEIS, existen otras instituciones que proporcionan información de importancia sanitaria, tales como la Superintendencia de Salud o investigación epidemiológica (proyectos FONIS u otros dependientes de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID)).

La base de las estadísticas del DEIS es construida a través de la recopilación diaria de la totalidad de la actividad sanitaria del sistema público en los registros estadísticos mensuales (REM) y constituye una herramienta fundamental para el monitoreo de programas y convenios, así como el cumplimiento de metas de gestión (40). Este registro es completado por el personal de salud por medio de un software o en forma manual en los establecimientos pertenecientes al sistema público, por lo que no contempla información proveniente del sistema privado.

Sumado a lo anterior, no existe un único sistema de registro clínico (ficha clínica electrónica) y los diferentes softwares que se utilizan no tienen la capacidad de interoperar entre ellos. Esto lleva a que la información del estado de salud de las personas se encuentra fragmentada en diferentes sistemas de ficha clínica, que no son compatibles entre sí, y que no permiten consolidar la información en un registro único, para una mirada global. En relación a esto, uno de los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 contempla la gestión, calidad e innovación, dentro del cual se priorizó el fortalecimiento de la tecnología e información en salud (41).

3.2. Línea de acción

Para que el MINSAL pueda realizar el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud bucodental es indispensable la incorporación de sistemas que permitan tener información de toda la población (perteneciente al sistema público y privado). De esta forma será posible realizar un mejor monitoreo de la actividad sanitaria y evaluar los programas existentes.

Si bien se han realizado esfuerzos para evaluar el

estado de salud de la población, a través de las tres versiones de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI), las que han entregado información que ha sido de gran utilidad sobre el estado de salud bucodental, ninguna de ellas ha considerado un examen clínico realizado por odontólogo, por lo que no ha sido posible obtener un diagnóstico de salud bucodental actualizado.

Dado que no se cuenta con información detallada de indicadores de salud bucodental proveniente del sistema privado y ante la dificultad técnica de su obtención, una estrategia para contar con alguna información puede ser la implementación de vigilancia centinela de algún indicador de salud bucodental.

3.3. Propuesta 3

Debido a la importancia de contar con más y mejor información para la toma de decisiones, creemos necesario implementar un sistema de vigilancia en salud bucodental, por medio de:

• Mejorar la información epidemiológica

Si bien el REM entrega información detallada y desagregada de indicadores de salud bucodental, es importante considerar que este registro tiene por finalidad medir la actividad realizada en los centros de salud, por lo que la información que se obtiene puede tener errores derivados de la estandarización del registro. Además, sólo contiene información del grupo de personas que, siendo afiliados a FONASA, logran acceder a la atención de salud bucodental, grupo que como ya hemos mencionado, es reducido.

Por esta razón es importante contar con información que provenga de fuentes primarias. Nuestra propuesta es que se incorpore un examen bucal,

realizado por un cirujano dentista, a una submuestra de la ENS y que se elaboren estudios epidemiológicos con representación nacional o regional para medir indicadores de salud bucodental en la población.

• Integrar la información clínica

Es importante considerar que los diferentes sistemas de ficha clínica electrónica utilizados no necesariamente logran un nivel de integración que permita acceder a la información clínica de las personas en los diferentes establecimientos de salud, generando pérdida de información valiosa para la toma de decisiones a nivel individual. Por esto proponemos avanzar hacia el establecimiento de un sistema de integración de ficha clínica electrónica, en el que se establezcan modelos de estandarización de la información e interoperabilidad. Se debe considerar la información mínima necesaria para el monitoreo en salud bucodental y sistemas de control de calidad de los datos.

• Implementar un sistema de vigilancia centinela para salud bucodental

Por último, es necesario considerar la implementación de vigilancia centinela para el indicador de salud bucodental “prevalencia de niños y niñas de 6 años libres de caries”, edad de vigilancia internacional establecida por la OMS. Esto permitiría contar con información actualizada de las personas del sistema público y privado.

CONCLUSIÓN

En la última década, se ha evidenciado un avance significativo en el mejoramiento de la salud global. La adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) por parte de las Naciones Unidas

ha sido trascendental en la elaboración de políticas para abordar los desafíos globales de salud. En Chile, en cuanto a salud bucodental, se ha avanzado principalmente en fortalecer el acceso y cobertura a la atención odontológica de niños, niñas y adolescentes, sumado a programas focalizados para grupos vulnerables.

No obstante, todavía existen desafíos que deben ser abordados. Con el fin de que la población conozca mejor la forma de mantener la salud, acercar la salud a las personas y contar con información para la toma de decisiones, proponemos tres líneas de acción para mejorar la salud bucodental de la población chilena.

La alfabetización en salud bucodental resulta crucial para mejorar la salud de la población. Aún muchas personas no saben cómo mantener una higiene bucal óptima, cómo prevenir las principales patologías bucales ni cómo navegar en el sistema de salud para acceder a la atención que necesitan y de la que son beneficiarios. Por esto, resulta imperativo implementar programas de educación en salud bucodental que incrementen los niveles de alfabetización en la población.

Un segundo desafío consiste en el acceso a servicios de salud bucodental, lo que es fundamental para prevenir y tratar las enfermedades bucales. En Chile, un gran número de personas no dispone de acceso a servicios de salud bucodental. Por esto, es necesario implementar un enfoque integral que aborde la mejora del acceso a servicios de salud bucodental, incluyendo el fortalecimiento de la atención primaria de salud y la implementación de políticas que promuevan la equidad en el acceso.

Por último, contar con información epidemiológica es fundamental para la toma de decisiones en

salud bucodental. Es indispensable desarrollar sistemas de información eficaces que permitan la recopilación y análisis de datos estandarizados sobre la salud bucodental de la población. Estos sistemas deben ser capaces de proveer información sobre la prevalencia de enfermedades bucales,

los patrones de utilización de servicios de salud bucodental, así como la efectividad y eficacia de las intervenciones de salud bucodental. Por último, esta información debe utilizarse para desarrollar políticas y estrategias efectivas que mejoren la salud bucodental de la población.

CUADRO RESUMEN

Desafíos	Propuesta de acción
Aumentar los niveles de alfabetización en salud bucodental de la población	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar, actualizar y difundir el material educativo utilizados en APS • Aumentar los niveles de alfabetización en salud bucodental de la población • Capacitación al equipo de salud bucodental
Mejorar el acceso a la atención de salud bucodental de toda la población	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la disponibilidad de las atenciones de salud bucodental <ul style="list-style-type: none"> • Mediante un aumento de la oferta en el sistema público • Mediante un modelo de integración público-privada • Mejorar la accesibilidad de las atenciones de salud bucodental • Mejorar la aceptabilidad a las atenciones de salud bucodental
Contar con más y mejor información para la toma de decisiones en salud bucodental	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la información epidemiológica • Integrar la información clínica • Implementar un sistema de vigilancia centinela para salud bucodental

Referencias:

1. Subsecretaría de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030 [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 7]. Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/PLAN-NACIONAL-DE-SALUD-BUCAL-2018-2030.pdf
2. Morales A, Jara G, Werlinger F, Cabello R, Espinoza I, Giacaman R, et al. Sinopsis de la Situación de Salud Oral en Chile - Parte II: Diagnósticos Poblacionales de Salud Oral. *International journal of interdisciplinary dentistry* [Internet]. 2020;13:88–94. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882020000200088&nrm=iso
3. Subsecretaría de Salud Pública. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017 Primeros resultados. Santiago, Chile; 2017.
4. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W, et al. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. *J Periodontol* [Internet]. 2010 Oct [cited 2023 Apr 10];81(10):1403–10. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pucdechile.idm.oclc.org/20629544/>
5. MINSAL. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. 2007.
6. Minister de Salud Chile. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. [Internet]. Santiago; 2007 [cited 2018 Dec 6]. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7f2e0f67ebbc1bc0e04001011e016f58.pdf>
7. Cantarutti C, Véliz C, Guerra C. Políticas públicas que favorecen la salud bucal: recomendaciones internacionales y análisis de la situación en Chile. *Temas Agenda Publica*. 2019;14(111):1–16.
8. Glick M, Williams DM, Yahya I Ben, Bondioni E, W.M. W, Cheung, Pam Clark, Charanjit K. Jagait, Stefan Listl, Manu Raj Mathur PM, et al. Visión 2030: Proporcionar una salud bucodental óptima para todos. FDI Worl Dental Federation. 2021.
9. WHO. Landmark global strategy on oral health adopted at World Health Assembly 75. 2022.
10. Cantarutti C, Véliz C, Tornel N, Cáceres A, Chiu E, Gómez S, et al. ¿Cuál es la percepción de cuidadores de niños y niñas usuarios del programa CERO Infantil sobre su participación en la mantención de la salud bucodental de los niños y niñas a su cargo? In: UC Propone 2022. Santiago; 2023.

11. WHO. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052239>
12. MINSAL. Automanejo de enfermedades no transmisibles, una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud. 2018.
13. Ratzan SC, Parker RM. Health literacy. National library of medicine current bibliographies in medicine. Bethesda: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services. 2000.
14. MINSAL. Herramientas para la Promoción de la salud bucal [Internet]. Available from: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/informacion-al-profesional-salud-bucal/material-educativo/>
15. Chile Crece Contigo -Gobierno de Chile. Materiales familias y cuidadores.
16. Safari-Moradabadi A, Rakhshanderou S, Ramezankhani A, Ghaffari M. Explaining the concept of oral health literacy: Findings from an exploratory study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2022;50(2).
17. WHO. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986.
18. Navarro IM, Guilabert M, Carrillo I, Nebot C, Mira JJ. ¿Cómo perciben los pacientes de las consultas de Atención Primaria la información para implicarse en su autocuidado? *An Sist Sanit Navar*. 2016;39(1).
19. OMS Salud bucodental 2030.
20. Moore P, Pavié. J, Vejar L, Corvalán MP. Consejería y Entrevista Motivacional para reducir el consumo de tabaco. *Revista chilena de enfermedades respiratorias* [Internet]. 2017;33:193–200. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300193&nrm=iso
21. Departamento de salud bucal. Orientaciones técnicas sobre Entrevista Motivacional para la Promoción de Salud y prevención de Enfermedades Bucales [Internet]. Santiago (Chile); 2021. Available from: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/OT-Entrevista-Motivacional_v2.pdf
22. Cartes-Velasquez R. Entrevista Motivacional en Salud Bucal. Primera. Concepcion: Trama Impresores S.A.; 2017. 100 p.
23. OPS-OMS. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. Washington DC; 2014. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28276/CD53-5-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
24. OMS, ONU. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS; 1978.

25. Superintendencia de salud. Garantías Explícitas en Salud (GES) [Internet]. 2023. Available from: <https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonDocumentos>
26. Instituto Nacional de Estadística. Informe de Principales Resultados VIII Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) [Internet]. Santiago (Chile); 2018. Available from: <http://www.inec.cl/docs/default-source/ingresos-y-gastos/epf/viii-epf/principales-resultados/informe-de-principales-resultados-viii-epf.pdf?sfvrsn=8>
27. WHO, World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. World Health Organization; 2017. 69 p.
28. Danke K, Delteil P, Figueroa R, Infante A, Orellana R, Palavicino P, et al. Estudio de Brechas de Médicos y Odontólogos Generales y Especialistas en el Sector Público de Salud. Santiago, Chile; 2020.
29. Gallagher JE, Hutchinson L. Analysis of human resources for oral health globally: inequitable distribution. 2018 [cited 2023 Apr 10]; Available from: <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/According-to-Alphabetical/Global-DMFT-for-12-year-olds-2011/>,
30. Zanga R. Documento de Trabajo. Caracterización de los profesionales de la salud en Chile 2021 [Internet]. Santiago, Chile; 2022. Available from: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20912_recurso_1.pdf
31. Irving M, Stewart R, Spallek H, Blinkhorn A. Using teledentistry in clinical practice as an enabler to improve access to clinical care: A qualitative systematic review. J Telemed Telecare [Internet]. 2018;24(3):129–46. Available from: <https://doi.org/10.1177/1357633X16686776>
32. Aquilanti L, Santarelli A, Mascitti M, Procaccini M, Rappelli G. Dental care access and the elderly: What is the role of teledentistry? A systematic review [Internet]. Vol. 17, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI AG; 2020 [cited 2021 Jun 14]. p. 1–13. Available from: <https://pmc/articles/PMC7729836/>
33. Palacio R, Palavecino P, Undurraga EA. Elementos clave para avanzar hacia una cobertura universal en salud oral en Chile. Temas Agenda Publica. 2021;16(144):1–15.
34. FDI. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. [Internet]. Ginebra; 2015. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf
35. Batra M, Chand Rajwar Y, Agarwal N, Singh A, Dutt M, Sinha A, et al. Basic package for oral care: a step towards primary oral health care. TMU J Dent.

2014;1(2):57–60.

36. OPS, MINSAL. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria [Internet]. Santiago; 2012 [cited 2018 Dec 6]. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

37. Ruiz Guzman J. Historia de las estadísticas en salud. Vol. 29, Gaceta Médica Boliviana. scielobo; 2006. p. 72–7.

38. Pérez G. Peligros del uso de los big data en la investigación en salud pública y en epidemiología. Gac Sanit. 2016 Jan 1;30(1):66–8.

39. Zepeda Ortega AJ. Los Big Data: conceptos relacionados y algunas aplicaciones en pediatría. Andes Pediatrica; Vol 90, Núm 4 (2019): Julio - Agosto DO - 1032641/andespediatr.v90i41306 [Internet]. 2019 Aug 14; Available from: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/1306>

40. Ministerio de Salud. RESUMEN EJECUTIVO EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES (EPG) PROGRAMA MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA . Santiago, Chile; 2017.

41. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030 [Internet]. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Santiago (Chile); 2022 [cited 2022 Mar 7]. 169 p. Available from: <https://estrategia.minsal.cl/estrategia-nacional-de-salud-para-los-objetivos-sanitarios-al-2030/>

9

Coordinadores:
E. M. Francisca Marquez
Dra. Marcela Cisternas

Desafíos en la educación de profesionales de la salud

Introducción

La formación de profesionales de la salud es un aspecto fundamental para garantizar la calidad de la atención y aportar a la promoción de la salud, prevención, detección y tratamiento oportuno de problemas de salud las personas, familias y comunidades. Por esta razón, es prioritario asegurar que la formación de dichos profesionales cumpla con los estándares y requisitos necesarios para garantizar una formación de calidad. En este sentido, el aseguramiento de la calidad en la formación de profesionales de la salud se refiere al conjunto de acciones y procesos que se llevan a cabo para garantizar que los programas de formación cumplan con los estándares de calidad y que los graduados estén bien preparados para satisfacer las necesidades de atención de salud de la población. La acreditación de programas ha sido considerada como una actividad fundamental en la formación de los profesionales (van Zanten et al., 2012), por cuanto se ha identificado su contribución en la mejora de la calidad de atención que recibiría un paciente (Boulet & van Zanten, 2014).

Los profesionales de la salud desempeñan un papel clave en la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades y lesiones, y el cuidado de las personas con necesidades especiales de atención. Es por ello que la calidad de la formación de los profesionales de la

salud tiene un impacto directo en la calidad de la atención de salud que se brinda a la población.

Para asegurar la calidad en la formación de los profesionales de la salud, es necesario que los programas de formación estén diseñados de acuerdo con los estándares y requisitos establecidos por las autoridades reguladoras y las organizaciones de profesionales de salud. Esto incluye la selección de candidatos, el desarrollo del plan de estudios, la implementación de métodos de enseñanza eficaces, contar con campos clínicos suficientes e idóneos para llevar a cabo las experiencias clínicas y la evaluación del desempeño de los estudiantes. Asimismo, se requiere contar con mecanismos que permitan la regulación de la calidad de la formación. Actualmente en Chile solo las carreras de medicina y odontología tienen la obligación de someterse a procesos periódicos de acreditación de sus programas de estudios.

A continuación, se presenta la reflexión emanada de profesionales de la salud y académicos responsables de la formación de profesionales de la salud a quienes se les invitó a dialogar respecto de los desafíos en la educación de profesionales de la salud. De esta reflexión surge como desafío prioritario el buscar mecanismos que permitan asegurar la calidad de la formación de profesionales de la salud tanto desde la perspectiva de las instituciones formadoras como de las que tienen la capacidad de regular dicha formación.

Problema 1: Necesidad de regulación de la oferta de formación de profesionales de la salud en relación a las necesidades del país

Situación actual

Existe una vasta oferta para formar profesionales de la salud, con datos claros sobre las condiciones y proyecciones de las carreras. Sin embargo, esta oferta no está regulada por la demanda y no necesariamente se ajusta a las necesidades de salud de la población.

En Chile, la ley 21091 del año 2018, establece en su artículo 1° que “La educación superior es un derecho, cuya provisión debe estar al alcance de todas las personas, de acuerdo a sus capacidades y méritos, sin discriminaciones arbitrarias, para que puedan desarrollar sus talentos; asimismo, debe servir al interés general de la sociedad y se ejerce conforme a la Constitución, la ley y los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.....” (MINEDUC, 2018).

Esta misma ley establece principios que regulan esta educación. Entre estos, destaca la autonomía de las instituciones que imparten la educación superior, en sus dimensiones académicas, económicas y administrativas; la obligación de calidad, en el entendido que las instituciones de educación superior y el sistema del que forman parte deben orientarse a la búsqueda de la excelencia y la pertinencia, referida a la contribución que deben realizar las instituciones de educación superior al desarrollo del país, sus regiones y comunidades (MINEDUC, 2018).

Así, según el principio de autonomía, en nuestro país son las instituciones de educación superior quienes tienen la competencia de definir qué carreras técnicas o profesionales ofrecen y la cantidad de

vacantes, no existiendo ningún mecanismo de regulación estatal sobre estas decisiones, más allá del cumplimiento del proceso de acreditación vigente como entidad formadora, que le permite ejercer dicha autonomía (Comisión Nacional de Acreditación).

En un modelo educativo “ideal” los incentivos para crear y ofrecer nuevas carreras o más cupos debieran responder y regularse por necesidades o proyecciones estratégicas de la sociedad donde están inmersos. Cuando los incentivos responden sólo a las necesidades económicas o académicas de los universidades o institutos de educación superior, se generan fenómenos como la baja empleabilidad al egreso, conflictos en las remuneraciones, insatisfacción laboral y esto, como respuesta, disminuye la demanda por las carreras y puede afectar la calidad de los estudiantes. Es por esto por lo que la ley establece que la educación superior, además de ser un derecho, debe servir al interés general de la población.

Los modelos internacionales de regulación de la oferta en educación superior son variables. Un ejemplo es el caso de Holanda, donde existe un comité ministerial encargado de analizar, aprobar o rechazar las propuestas de creación de programas educacionales universitarios y estableciendo cuotas, por parte del Estado, en la matrícula de profesiones cuya tasa de desempleo sea alta. En Argentina se ha buscado aumentar la demanda por carreras necesarias para el país a través de un sistema de becas (Progresar), similar a lo ocurrido en Chile con el establecimiento de “Becas Vocación de Profesor”, para las carreras de pedagogía (Soto-Montoya, 2021).

A nivel nacional, la disponibilidad y oferta en relación con la formación de profesionales de la salud es

crítica y sensible, dado que la atención sanitaria es un derecho básico de las personas. La cantidad de universidades e institutos que imparten carreras del área de la salud, con formación de calidad, debieran ser suficientes para cumplir con la demanda.

Sin embargo, no es fácil objetivar cuáles son las medidas o parámetros que deben utilizarse para determinar las necesidades en salud. Algunas variables usualmente utilizadas en Chile han sido:

- Número de profesionales por 1.000 habitantes. Esta tasa, usada como criterio en la evaluación de salud de la OCDE, permite una comparación objetiva entre los distintos países, y generar asociaciones con el PIB, gasto en salud y resultados (por ejemplo, tasas de mortalidad infantil).
- Acceso geográfico. En un país como el nuestro, donde la centralización es gravitante en todas las áreas de desarrollo, la disponibilidad de profesionales de la salud en regiones o áreas extremas ha sido un desafío. Es por esto por lo que la evaluación de la oferta debe incluir no sólo el número total de profesionales, sino también el cómo se distribuyen a lo largo del país para satisfacer las demandas.
- Tiempos de espera para la atención en salud. Es frecuente que en el tema salud se argumente y discuta sobre los tiempos de espera en prestaciones que han sido definidas como críticas. Sin embargo, en los tiempos de espera de una prestación determinada, influyen muchos factores además de la disponibilidad sanitaria como son la gestión de recursos, infraestructura y materiales, entre otros.
- Empleabilidad. Este índice puede dar cuenta sobre la regulación de la oferta y demanda de

los servicios sanitarios. Sin embargo, puede estar afectado/influenciado por la desigual distribución de recursos asignados. Un ejemplo de esto es lo que ocurre con enfermería en Chile, donde según la OCDE estamos muy por debajo del número de enfermeras/os que se requieren por 1.000 habitantes, sin embargo, el mercado laboral está saturado en 110%.

En Chile, el crecimiento en número de universidades/ institutos que imparten carreras de salud, así como el número de vacantes que se ofertan anualmente, ha aumentado en forma no planificada, en algunos casos hasta en un 1.000%.

En la *tabla 1* se muestra la cantidad de Instituciones de Educación superior, programas, vacantes para primer año y número de titulados al año, para 7 carreras de la Salud.

Analizando algunos casos particulares, hasta el año 1996 sólo existía un programa de fonoaudiología y creció hasta llegar a 75 programas el año 2020. Esta oferta explosiva generó una drástica disminución en las tasas de empleabilidad, y un bajo interés por estudiar la carrera que determinó una caída en los puntajes de corte para el ingreso a la carrera y 25 programas, ante la casi nula demanda, cerraron su oferta de vacantes desde el 2022 (Subsecretaría de Educación Superior, 2023). Similar es el caso de odontología, que pasó de tener 5 programas en el año 1997 a los actuales 27 en el 2023 (Cartes-Velásquez, 2013; Subsecretaría de Educación Superior, 2023).

En el caso de medicina, además de haber triplicado la oferta de vacantes para estudiar la carrera, ha sido relevante la influencia de los fenómenos migratorios en Chile de los últimos 20 años, que ha determinado un importante aumento de la

Tabla 1. Programas y vacantes de carreras de la salud ofrecidas a nivel nacional por universidades (Subsecretaría de Educación Superior, 2023).

Carrera	Universidad	Sede / Programa	Vacantes primer año	Matrícula total	Titulados anuales
Medicina (pregrado)	26	36	2.838	18.774	2.607
Especialidades médicas	20	469	2.160		
Enfermería	42	108	6.958	36.521	7.332
Odontología	19	27	2.343	14.202	2.570
Kinesiología	42	85	4.854	21.834	3.249
Fonoaudiología	30	75	1.727	8.818	2.209
Nutrición y dietética	26	72	2.944	14.654	2.618
Terapia ocupacional	28	52	2.610	14.754	2.224

oferta de estos profesionales extranjeros. Tomando como parámetro el EUNACOM (examen único de conocimientos en medicina), que funciona como examen habilitante para el ejercicio de la profesión en el sistema público de salud, desde hace una década la cantidad de médicos extranjeros que lo rinden es superior al de los egresados chilenos. La OCDE establece que un país debería contar con 3,2 médicos por 1000 habitantes y en su último registro (2012) se establecía que en Chile había 1,7 médicos por mil habitantes. Dada la creciente cantidad de egresados y de migrantes, en 10 años esta tasa aumentó a 2,95 (Superintendencia de Salud, 2023).

Tomando como parámetro la empleabilidad a un año de egreso, las tasas son de 41% para nutrición

y dietética, 80,7% para enfermería, 51,7% para kinesiología, 36,7% para fonoaudiología, 90,8% para medicina, 47,8% para terapia ocupacional y 58,5% para odontología (Subsecretaría de Educación Superior, 2023).

Al analizar las tasas de empleabilidad al primer año se observan grandes diferencias entre los titulados según la Universidad donde egresan. Un ejemplo, es la carrera de Kinesiología. Si bien a nivel nacional, el promedio de empleabilidad para el primer año es de 51,7%, en el caso de los egresados UC, es del 93%. Tampoco hay correlación entre la empleabilidad de los egresados de una institución particular con los años de acreditación institucional o con las vacantes que se ofrecen para esa carrera. Si se toman ejemplos

puntuales, se observan resultados complejos, por ejemplo, en Enfermería, la única Universidad que declara una tasa de empleabilidad al año de egreso de 100%, tiene uno de los periodos de acreditación más bajos (3 años) (Subsecretaría de Educación Superior, 2023).

Otros factores para tomar en cuenta al analizar la demanda de profesionales en la salud tienen que ver con el tipo de formación. La complejidad de los problemas de salud ha relevado la importancia de formación en áreas muy específicas. Mientras que la formación de pregrado está orientada a la atención de patologías comunes, prevalentes y de baja complejidad, las necesidades en salud obligan a la formación en especialidades y subespecialidades y estudios de magíster o doctorados. El aumento exponencial de conocimientos y el creciente desarrollo de la tecnología obligan al profesional de la salud a estar en permanente formación (Contreras et al., 2022).

El “Reglamento de Certificación de Especialidades” del Ministerio de Salud (Decreto Supremo N°8) regula las especialidades y subespecialidades de los médicos, cirujano dentistas, químicas farmacéuticos y bioquímicos. Sin embargo, no incluye a otras carreras de salud ni tampoco regula o establece los procesos de recertificación.

La Resolución Exenta N° 493 del 7 de julio de 2022, ordenó la creación de un grupo de trabajo denominado «Modificación del Decreto Supremo N° 8», cuyo objetivo es generar una propuesta de cambios del Sistema de Certificación, incluido el ingreso o supresión de especialidades y las temáticas asociadas a la recertificación, tales como el mecanismo, la duración de estas y quiénes son las entidades facultadas para ello.

En el caso de las especialidades en kinesiología, el año 2004 se crea el Departamento de Acreditación de Especialidades y Especialistas de Kinesiología (DENAKE), el que toma como referencia otras organizaciones nacionales como CONACEM (Certificación de Especialidades Médicas) y CONACEO (Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas). Este organismo otorga la certificación de Especialidades Kinesiológicas a partir de la demostración de experiencia vía documentación para cada disciplina en base a formación, cursos de especialidad, docencia, presentaciones en congresos, guía de tesis, entre otros. Ha sido tal el creciente aumento en la demanda de programas de formación formal de especialistas que tanto el DENAKE como algunas universidades, entre las que se encuentra la Pontificia Universidad Católica de Chile, han comenzado a desarrollar programas de formación de especialistas de manera pionera.

En relación con los médicos, la Subsecretaría del Ministerio de Salud ha señalado que el mayor problema de salud pública no es la falta de médicos generales, sino la falta actual y futura de subespecialistas o “especialidades derivadas”: medicina intensiva, nefrología, infectología, oncología, gastroenterología, hematología, nutrición clínica, ginecología oncológica, nefrología pediátrica y cirugía cardiovascular. De acuerdo con el MINSAL, en los próximos tres años se requerirán 443 médicos subespecialistas para cubrir la demanda asistencial (Subsecretaría de Educación Superior, 2023).

La misma ley 20.129, en su artículo 49°, señala “corresponderá al Ministerio de Educación, a través de su División de Educación Superior, desarrollar y mantener un Sistema Nacional de Información de la

Educación Superior, que contenga los antecedentes necesarios para la adecuada aplicación de las políticas públicas destinadas al sector de educación superior, para la gestión institucional y para la información pública de manera de lograr una amplia y completa transparencia académica, administrativa y contable de las instituciones de educación superior” (Ministerio de Educación, 2014).

En el portal www.mifuturo.cl, dependiente de la Subsecretaría de Educación, se pueden encontrar los datos de empleabilidad por carrera, las remuneraciones, vacantes, matriculados y el número de titulados por carrera/institución. Los datos son claros y actualizados y cumplen el artículo referido, el problema es que dicha información no necesariamente se vincula para la generación de políticas públicas o la toma de decisiones de las Instituciones de Educación Superior (Subsecretaría de Educación Superior, 2023).

Propuesta 1:

- Crear una comisión, conformada por expertos del Ministerio de salud, educación y las universidades que establezca un marco regulatorio de la capacidad formadora de las instituciones de educación formadora de profesiones de la salud, evaluando la oferta de carreras y vacantes en concordancia con las necesidades del país.

Problema 2: Aseguramiento de la calidad en la formación de profesionales de la salud

Situación actual

La calidad de la atención en salud es un parámetro más complejo de medir, que depende de múltiples factores y que puede variar según las sociedades en

donde se analice. En Chile, el interés y preocupación por la calidad en la educación superior surge como tema prioritario al producirse cambios en la estructura del sistema educacional chileno a partir del año 1981, lo que implicó diversificar y ampliar la oferta educativa (González & Torre, 2007). Se describen tres períodos en la historia de la calidad en la educación en Chile: (i) Calidad con la lógica neoliberal, cuyo proceso estaba a cargo del Ministerio de Educación, que autorizaba el funcionamiento de las instituciones de educación superior; (ii) Calidad con la lógica en un estado de transición democrática, donde se destacaba el programa Mejoramiento de la Calidad y la Equidad de la Educación Superior (MECESUP) y la creación del Consejo Superior de Educación (CSE); y (iii) Calidad con la lógica del compromiso institucional, que comenzó el año 1999 y donde fueron creadas la Comisión Nacional de Acreditación de pregrado y Comisión Nacional de Acreditación de postgrado (González & Torre, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) explicita que la calidad de la atención se “centra en los sistemas de salud en su conjunto y en la calidad de los resultados que producen. Por esta razón, esta definición debe tomar una perspectiva de todo el sistema y reflejar una preocupación por los resultados logrados tanto a usuarios individuales del servicio como a comunidades enteras” (World Health Organization, 2016).

En comparación a otros países de la OCDE, en Chile se reportan buenos resultados sanitarios si se utiliza como medida indicadores estadísticos biodemográficos tradicionales, como esperanza de vida o mortalidad, aun cuando, comparado con países desarrollados, el gasto en salud como porcentaje del PIB es mucho menor y el gasto per

cápita en salud es un cuarto. Sin embargo, la calidad de servicio y acceso a la salud no tienen buena evaluación (Biblioteca del Congreso Nacional, 2012).

El Observatorio de Calidad en Salud define tres elementos como claves para generar una atención de salud de calidad: continuidad, competencia profesional y oportunidad. La continuidad se refiere a que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada, en y entre distintos proveedores e instituciones; respecto de la competencia profesional, hace referencia a la capacidad de los miembros del equipo de salud para solucionar problemas de salud y satisfacer las necesidades de sus usuarios y la oportunidad hace referencia a que la entrega de servicios debe ser en el momento en que el usuario efectivamente lo requiera o necesite (Ministerio de Salud de Chile., 2018).

Los elementos de continuidad y oportunidad son dependientes de la infraestructura, número de profesionales sanitarios (disponibilidad), recursos e insumos, que son gestionados y regulados desde el Ministerio de salud y las redes asistenciales, no así la competencia profesional.

Nuevamente y conforme al principio de autonomía, son las instituciones de educación superior las que definen los perfiles de egreso de cada carrera, determinando los contenidos y competencias que debe tener el egresado. Los currículos de pregrado, sus metodologías de enseñanza, las evaluaciones, así como las áreas de práctica son determinadas por cada casa de estudios. Existen mecanismos establecidos que permiten evaluar la calidad de los currículos y la formación, mediante mecanismos de autorregulación (autoevaluaciones, comités curriculares, certificaciones) y procesos de acreditación externos.

Los procesos de aseguramiento de la calidad, tanto de las instituciones de educación superior, como de las carreras en forma específica, son cruciales para determinar que los profesionales que egresan cumplan con los perfiles y las competencias educacionales declaradas, que deberían estar actualizadas y acordes a las realidades del país.

La misma ley 21.091, en su artículo 1, título IV establece un “Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior integrado por el Ministerio de Educación, a través de la Subsecretaría de Educación Superior, el Consejo Nacional de Educación, la Comisión Nacional de Acreditación y la Superintendencia de Educación Superior. Asimismo, en el ámbito de su quehacer, son también parte de este Sistema las instituciones de educación superior.....”. Este sistema debe desarrollar las políticas que promuevan la calidad de las instituciones de educación superior, el licenciamiento de instituciones nuevas, la acreditación institucional y de las carreras y la fiscalización de las normas relacionadas a estos procesos (MINEDUC, 2018).

En Chile, la acreditación institucional es obligatoria. De las 140 instituciones de educación superior vigentes a septiembre de 2022, 82 están acreditadas (54,1%). La CNA puede acreditar a una institución por diferentes periodos, entre 3 y 7 años. En la medida que los mecanismos de aseguramiento de calidad sean más sólidos en su aplicación y obtengan mejores resultados mayor cantidad de años de acreditación recibe la institución. De las 82 instituciones acreditadas, 65 lo están por 4 o más años y de ellas la mayoría son universidades. No obstante, si bien el 54,1% de las instituciones de Educación Superior en Chile (universidades, IP y CFT) están acreditadas, estas instituciones concentran el 95,5%

de la matrícula total de pregrado (Subsecretaría de Educación Superior, 2023). La acreditación de las carreras de pregrado es obligatoria sólo para Medicina, Odontología y las pedagogías (Comisión Nacional de Acreditación, n.d.).

Las definiciones sobre lo que es una acreditación y que representa, son variadas. La comisión LANCET definió “La acreditación de los profesionales de la salud es un proceso de evaluación formal de un programa educacional, institución, o sistema, que se compara con estándares definidos por un organismo externo, con el propósito de asegurar la calidad”. Al medirse con estándares reconocidos, se puede obtener retroalimentación para mantener fortalezas y reconocimiento de las áreas a mejorar (Frenk et al., 2010).

Diferentes investigadores han mostrado evidencia del impacto positivo de los procesos de acreditación en los resultados clínicos esperados. Las acreditaciones pueden impactar la calidad de los seleccionados a las carreras, los contenidos curriculares, el ambiente educacional, los sistemas de evaluación y las competencias y prácticas que adquieren los graduados. Son estas competencias las que impactan directamente los resultados en salud (Nasca et al., 2023).

Un estudio publicado en el British Medical Journal sobre la capacitación y certificación continua de los médicos muestra una relación entre la certificación y la reducción de muertes evitables en hospitales. El estudio destaca la importancia de la formación continua y la certificación de estos profesionales para garantizar su competencia y habilidades clínicas, lo que se traduce en mejores resultados para los pacientes. Lo anterior coincide con lo reportado por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en

relación con el impacto de la formación continua del equipo de enfermería en el aseguramiento de la calidad y seguridad de la atención brindada (Consejo Internacional de Enfermeras, 2012).

Uno de los organismos de acreditación más conocidos a nivel mundial es el Comité de Enlace sobre Educación Médica (Western Association of Schools and Colleges, 2020) que acredita a los programas que conducen al grado de médico de las Escuelas de Medicina en Estados Unidos y Canadá. La acreditación por la LCME es un proceso voluntario, revisado por pares que determinan si el programa cumple con los estándares establecidos. Este proceso fomenta una permanente mejora institucional ya que las instituciones deben demostrar que sus graduados tienen las competencias profesionales generales necesarias para ingresar a la siguiente etapa de su formación y que sirve como la base para el aprendizaje a lo largo de toda su vida y para entregar una atención médica competente. El estar acreditado por la LCME establece la elegibilidad para subvenciones y programas federales seleccionados, incluyendo fondos administrados por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

Azzam et al (2021) publicó un análisis de los estándares de acreditación relevantes para la educación interprofesional en Canadá, y destacó la importancia de la acreditación para garantizar que los estudiantes reciban una formación interprofesional adecuada y que los profesionales estén preparados para trabajar en equipos de atención de la salud (Azzam et al., 2022).

Otro aspecto positivo de los procesos de acreditación se refiere a la internacionalización de los programas. Los sistemas de certificación validados y reconocidos permiten establecer sistemas de reconocimiento

mutuo de poblaciones de profesionales que migran de un país a otro, siguiendo políticas acordes con un mundo cada vez más globalizado y cambiante. Un sistema internacional de aseguramiento de la calidad puede orientar como definir, comunicar, certificar y evaluar estándares y criterios que regulan la formación universitaria, los focos y el ejercicio profesional, los estándares nacionales de competencias profesionales y los códigos de conducta de los profesionales.

Existen 6 agencias acreditadoras en Chile, siendo la más reconocida la comisión nacional de acreditación (CNA). Otras son: Qualitas (excepto medicina), Acreditadora de Chile (excepto odontología), Acreditacion (excepto medicina), APICE (sólo especialidades médicas) y ADC. En comunicación reciente (marzo 2022) la CNA estableció que no realizará acreditaciones voluntarias hasta al menos el año 2025 (Comisión Nacional de Acreditación, n.d.).

Así, la mayoría de las carreras de la salud deciden someterse en forma voluntaria y como parte de sus procesos de autorregulación a acreditaciones nacionales o internacionales. Esto determina asimetrías en los procesos de aseguramiento, que no siempre son conocidos por la población que accede a los programas y menos por los usuarios de los servicios sanitarios. Por ejemplo, en el caso de Enfermería, de los 42 programas que se dictan en el país, 35 han sido acreditados por la CNA (comisión nacional de acreditación) pero sólo 5 cuentan con acreditación vigente en la actualidad. Tres de los 42 programas tienen acreditación internacional (una por Canadian Association of Schools of Nursing [CASN] y dos por ARCOSUR). 19 de 42 tienen acreditación institucional.

En el caso de terapia ocupacional, 15 de los programas que se dictan en Chile están acreditados por la World Federation of Occupational Therapist (WFTO).

Para la carrera de fonoaudiología un total de 25 universidades se han presentado al proceso de acreditación o certificación voluntaria.

Nutrición y dietética, tiene sólo el 60% de los programas acreditados bajo la metodología voluntaria utilizando criterios y dimensiones emanadas por la agencia nacional de acreditación. En promedio los años de acreditación de los programas acreditados es de 4,7 años. Sólo el 5,8% a nivel nacional se matricula en carreras acreditadas por 7 años.

Las acreditaciones por agentes o entidades externas son habitualmente de alto costo, y requieren dedicación de mucho recurso humano. Los procesos de autoevaluación, las consultas a empleadores/egresados, llenado de formularios y documentos y la visita de pares evaluadores, pueden llegar a comprometer en promedio 18 meses de trabajo. No disponemos actualmente de agencias reconocidas y validadas suficientes como para que el proceso sea obligatorio para los 233 programas de pregrado y especialidades que se ofertan en salud, y probablemente, muchos de los programas no cuentan con los recursos suficientes para sustentar este gasto.

Una alternativa de aseguramiento de la calidad, puede ser la evaluación del “producto final” de la formación, mediante exámenes que puedan dar cuenta de la adquisición de los contenidos y competencias definidos en los perfiles de egreso. Un ejemplo de esto es lo que se realiza para los médicos, obligatorio para el ejercicio profesional: el

USMLE en EEUU, el MIR en España o el EUNACOM en nuestro país. Para las otras carreras de la salud, no disponemos de este tipo de exámenes, y tampoco se establece la obligatoriedad de realizarlo. Un avance a este respecto es el trabajo que ha realizado la Asociación Chilena de Escuelas de Enfermería (ACHIEEN), que ha desarrollado un examen nacional de enfermería (ENENF) para egresadas/os de la carrera, disponible para todas las escuelas de enfermería acreditadas y adscritas a la asociación. Si bien este examen es optativo, se constituye en un avance en cuanto a la recopilación de información y conocimiento generado al respecto en el área que buscan lograr la incorporación de un examen nacional para enfermería al egreso que sea obligatorio.

En el caso de la formación de los profesionales de la salud, la necesaria acreditación de la formación debe tomar en cuenta los cambios curriculares que se han gestado en las últimas décadas (Johnson, 1983).

Propuesta 2:

- Establecer un mecanismo de evaluación de la calidad de los programas de formación de profesionales de la salud, sostenido por un organismo externo a los programas, y coordinado por los Ministerios de salud, educación e Institutos de educación superior, que establezca mínimos exigibles y deseables, la obligatoriedad de un examen final de contenidos y competencias mínimas del egresado de cada carrera

Problema 3: Necesidad de actualizaciones curriculares con una visión integral

Situación actual

La declaración de Edimburgo (1988) estableció la necesidad de alinear los currículos de las ciencias de la salud a las necesidades de las sociedades, actualizando las metodologías y las prácticas. Luego, el 2010, la “Comisión LANCET de educación de profesionales de la salud para el siglo 21” estableció la pertinencia de establecer currículos basados en competencia, para responder a las necesidades de la salud (Frenk et al., 2010).

Todos los cambios y reformas curriculares que se han gestionado como mejoras, apoyadas en el crecimiento de la educación médica y ciencias de la salud como disciplina, hacen necesario replantear y actualizar los procesos de acreditación para asegurar la calidad de los egresados en las áreas de la salud.

El currículum es una forma de organizar un programa educacional, en el que se incluyen diversos elementos relacionados al proceso de aprendizaje, como los objetivos, las estrategias de enseñanza y de evaluación del aprendizaje, así como consideraciones sobre el ambiente educacional y las experiencias de docentes y estudiantes (Grant, 2019; Harden, 2001)

El currículum de una carrera tributa a un perfil de egreso, que es propia de cada institución formadora, pero que necesariamente incorpora elementos de la sociedad donde está inserta, dado que los estudiantes en formación desarrollarán las competencias adquiridas en ese medio. Así se puede definir que un currículo es de calidad cuando el egresado, en forma verificable, cumple con el perfil de egreso en cuanto a contenidos y competencias en un enfoque situado.

El desarrollo de la educación en ciencias de la

salud ha permitido establecer ciertos paradigmas reconocidos para la construcción de un currículo de calidad

- Basado en competencias, que busca poner el foco en el producto, más que en el proceso (Frank et al., 2010; Leung, 2002). Este modelo permite ir midiendo los logros de los estudiantes a lo largo de su desarrollo, asegurando que el producto final cumpla con los objetivos planteados.
- Auto-Aprendizaje: la educación para profesionales en salud debe permitir el desarrollo de habilidades que conviertan al estudiante en un “aprendiz permanente”. Los currículos deben promover la identificación de necesidades por parte del estudiante, incentivando un rol activo del estudiante en su propia formación (Artino et al., 2015).
- Con integración horizontal y vertical, que permite cimentar el aprendizaje integrando las ciencias básicas con la clínica, las diversas disciplinas, y distintos dominios (por ejemplo, profesionalismo y ciencia). Esto se puede lograr mediante el aprendizaje con resolución de problemas o aprendizaje en equipos.
- Educación interprofesional: para el aprendizaje conjunto de diferentes disciplinas del área de la salud, con el objetivo de mejorar la colaboración entre profesiones para mejorar la calidad de atención de los pacientes (Freeth et al., 2018; Hammick et al., 2007).

La implementación de cualquier modelo educativo y en particular aquel por competencias exige diseñar e incorporar procesos de evaluación y seguimiento de los aprendizajes, que garanticen que la formación se desarrolle de acuerdo con lo especificado en el perfil de egreso, y por lo tanto son un elemento clave para

el aseguramiento de la calidad (Corvalán & Méndez, 2014).

Un concepto imprescindible para el aseguramiento de la calidad es el profesionalismo en educación de profesionales de la salud que se refiere al conjunto de valores, actitudes y comportamientos éticos y responsables que deben ser desarrollados por los estudiantes durante su formación (Pangaro et al. 2007). El profesionalismo implica el compromiso con la excelencia clínica, el respeto por los pacientes, la honestidad, la integridad, la responsabilidad y el trabajo en equipo.

El entendimiento sólido de los principios éticos, como el respeto por la autonomía del paciente, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia implica tomar decisiones basadas en el mejor interés del paciente y actuar con integridad en todas las situaciones. Por otro lado, durante la formación se debe aprender a establecer una relación terapéutica con los pacientes basada en la empatía, el respeto y la confianza. Esto implica escuchar activamente, comunicarse de manera efectiva, brindar información comprensible y tratar a los pacientes con dignidad y respeto, reconociendo su diversidad cultural y sus necesidades individuales. Además, los estudiantes deben asumir la responsabilidad de su propia educación y desarrollo profesional, buscando continuamente la adquisición de conocimientos actualizados, habilidades clínicas y competencias profesionales. También deben reconocer los límites de su propia capacidad y buscar ayuda o derivar a otros profesionales cuando sea necesario. Adicional a lo anterior, los estudiantes de profesiones de la salud deben aprender a trabajar de manera efectiva en equipos interdisciplinarios, colaborando con otros profesionales para brindar una atención integral y coordinada. Esto implica respetar y valorar

las contribuciones de otros miembros del equipo, comunicarse de manera clara y efectiva, y trabajar en armonía para lograr los mejores resultados para los pacientes (Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. 2016).

En resumen, la promoción del profesionalismo en la educación de profesionales de la salud es fundamental para formar profesionales competentes, éticos y comprometidos con la atención de calidad y el bienestar de las personas (Makely 2014). La conducta profesional ayuda a establecer los estándares esperados en la profesión y contribuye a la confianza y respeto público hacia los profesionales de la salud.

La formación de los profesionales de salud es compleja y multifactorial. Una de las grandes limitantes que tenemos en la implementación de currículos innovadores y de calidad, dice relación con acceso a campos clínicos y profesionales (establecimientos escolares, centros de rehabilitación entre otros) suficientes y variados, que permitan la exposición a escenarios diversos con modelo de aprendizaje tutorial que determina una relación docente: estudiante máximo de 1:4.

Es en los campos clínicos/profesionales donde los estudiantes adquieren las competencias no sólo relacionadas a su propia disciplina, sino a la formación en interdisciplina, profesionalismo, ética y humanismo, gestión y administración de recursos, entre otros

La discusión sobre el acceso a campo clínico, y las regulaciones de estos, es fundamental para sustentar una docencia de calidad para los profesionales de la salud

Propuesta 3:

- Establecer criterios y orientaciones para diseñar e implementar currículos específicos por carrera, orientados por las necesidades del país, generando mecanismo de verificación de pertinencia y cumplimiento curricular. Estos currículos deben ser diseñados y estructurados de manera de asegurar el desarrollo tanto de competencias técnicas como de habilidades transversales de profesionalismo (comunicación, trabajo en equipo, liderazgo, entre otras).

Referencias:

- Artino, A., Brydges, R., & Gruppen, L. (2015). Self-regulated learning in healthcare profession education: theoretical perspectives and research methods. [https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781118838983.ch14](https://doi.org/10.1002/9781118838983.ch14)
- Azzam, M. B., Girard, M. A., Andrews, C., Bilinski, H., Connelly, D. M., Gilbert, J. H. V. Gilbert, Newton, C., & Grymonpre, R. E. (2022). Accreditation as a driver of interprofessional education: the Canadian experience. *Human Resources for Health*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00759-4>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2012). Salud en Chile según la OCDE: Gasto, recursos y riesgos. 4–6. <https://es.statista.com/estadisticas/1286217/gasto-en-salud-como-porcentaje-del-pib-en-chile/>
- Boulet, J., & van Zanten, M. (2014). Ensuring high-quality patient care: The role of accreditation, licensure, specialty certification and revalidation in medicine. *Medical Education*, 48(1), 75–86. <https://doi.org/10.1111/medu.12286>
- Cartes-Velásquez, R. A. (2013). Exponential growth of dental schools in Chile: Effects on academic, economic and workforce issues. *Brazilian Oral Research*, 27(6), 471–477. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242013000600005>
- Comisión Nacional de Acreditación. (n.d.). Sitio web. Antecedentes Acreditación.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2012). Seguridad de los pacientes: Declaración de posición del CIE. 41(22), 1–4. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Seguridad_pacientes-Sp_0.pdf
- Contreras, J., Pérez, C., Aedo, V., & Leyton, K. (2022). Las instituciones de formación de profesionales de la salud en Chile. ¿Pueden ser organizaciones data driven? *Revista Médica de Chile*, 150(6), 839–840. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872022000600839>
- Corvalán, O., & Méndez, M. (2014). Métodos de escalamiento del desarrollo de las competencias del perfil de egresado. In *Manual para la innovación curricular universitaria basada en el desarrollo de competencias* (pp. 79–104).
- Frank, J. R., Snell, L. S., Cate, O. Ten, Holmboe, E. S., Carraccio, C., Swing, S. R., Harris, P.,
- Glasgow, N. J., Campbell, C., Dath, D., Harden, R. M., Iobst, W., Long, D. M., Mungroo, R., Richardson, D. L., Sherbino, J., Silver, I., Taber, S., Talbot, M., & Harris, K. A. (2010).

Competency-based medical education: Theory to practice. *Medical Teacher*, 32(8), 638–645. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>

Freeth, D., Savin-Baden, M., & Thistlethwaite, J. (2018). Interprofessional Education. In *Understanding Medical Education: Evidence, Theory, and Practice* (p. Chapter 14). <https://doi.org/doi.org/10.1002/9781119373780.ch14>

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, Dec 4(376), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)

González, L. E., & Torre, D. (2007). Acreditación y fomento de la calidad. La experiencia chilena de las últimas décadas. *La Educación Superior En El Mundo 2007: La*

Financiación de Las Universidades, figura 3, 109–123. <https://upcommons.upc.edu/handle/2099/7539>

Grant, J. (2019). Principles of Curriculum Design. In *Medical Education: Evidence, theory and practice* (pp. 71–88).

Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29(8), 735–751. <https://doi.org/10.1080/01421590701682576>

Harden, R. M. (2001). AMEE Guide No. 21 Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. *Medical Teacher*, 23(2), 123–137. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/01421590120036547>

Johnson, V. (1983). History of accreditation of medical education programs. *JAMA*, 250(12), 1502–1508.

Leung, W.-C. (2002). Competency based medical training: review. *British Medical Journal*, 325(7366), 695–696.

MINEDUC. (2018). Ley 21091. In Biblioteca del congreso Nacional de Chile (BCN) (pp. 1–101). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1118991>

Ministerio de Educación. (2014). Ley 20.129. Biblioteca Del Congreso Nacional, 17–20. Ministerio de Salud de Chile. (2018). Observatorio de Calidad en Salud, Guía Práctica.

Superintendencia de Salud, 2, 23.

http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-16662_recurso_1.pdf
Nasca, T. J., Philibert, I., Brigham, T., & Flynn, T. (2023). The Next GME Accreditation System — Rationale and Benefits. *The New England Journal of Medicine*, 366(11), 1051–1056.

Soto-Montoya, M. (2021). Mecanismos de articulación de las universidades con el estado- regulador, los mercados y la sociedad civil para asegurar la calidad de la educación superior. *Formación Universitaria*, 14(6), 119–134. <https://doi.org/10.4067/s0718-50062021000600119>

Subsecretaría de Educación Superior. (2023). *Mi futuro. Mi Futuro Ingreso a La Educación Superior*.

Superintendencia de Salud. (2023). *Registro Nacional de Prestadores de Salud*. Registro Nacional de Prestadores de Salud.

van Zanten, M., Mckinley, D., Durante Montiel, I., & Pijano, C. V. (2012). Medical education accreditation in Mexico and the Philippines: Impact on student outcomes. *Medical Education*, 46(6), 586–592. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04212.x>

Western Association of Schools and Colleges. (2020). *Accreditation process overview* (pp.1–4).

World Health Organization. (2016). *Quality of care : a process for making strategic choices in health systems*. Geneva : World Health Organization. WHO Library Cataloguing-in- Publication Data Quality, 2006, 1–50.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10

Coordinadores:
Sebastián Valderrama, Eric Rojas.

Telemedicina y Nuevas Tecnologías en Salud

Introducción

Durante los últimos 20 años el desarrollo y uso de las tecnologías de la información ha sido exponencial, no estando salud fuera de esto. Los sistemas de información en salud se han constituido en herramientas que brindan gran apoyo en todos los procesos, incluyendo directamente aquellos que impactan la atención y mejora de la salud de los pacientes, así como a los prestadores de salud públicos y privados. En Chile, durante la pandemia, esto se hizo notar significativamente debido al aumento del uso de tecnologías de la información para la atención de pacientes vía remota, la aparición de innovaciones que apoyan la atención personalizada de los pacientes y el manejo de información clínica a nivel general. En este documento ampliaremos el desarrollo de la Telemedicina y la Innovación en Salud, enfocándonos en las principales problemáticas que presentan y cómo podemos afrontarlas y apoyar su desarrollo.

1. Telemedicina

Según [1,2], la telemedicina corresponde a “la provisión de servicios de salud a distancia para los objetivos sanitarios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, realizada por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de

facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población.” Incluye múltiples tipos de atenciones, como interconsultas, para brindar atención médica a distancia, telerehabilitación, para apoyar en la rehabilitación de pacientes a distancia, o el teleinforme, para comunicar resultados de clínicos a distancia.

En Chile y durante la pandemia la telemedicina ha resultado ser de suma importancia, por factores como:

- La geografía de Chile y su amplio territorio permiten que la telemedicina se visualice como una herramienta perfecta para llegar a todos los territorios en el país y que pesa a que no haya un acceso rápido por tierra, muchos pacientes, tengan acceso a atenciones por medios digitales.
- Durante la pandemia COVID-19 la telemedicina permitió la atención de pacientes que no podían asistir presencialmente a los centros de salud, por el riesgo implícito, y se constituyó en una herramienta crucial para la continuidad del control y tratamiento de pacientes crónicos, dando acceso oportuno a consultas a los profesionales de la salud.
- La telemedicina es una gran aliada para disminuir las listas de espera de consulta GES y no GES del sector público, al permitir la atención rápida y eficaz en especialidades y subespecialidades que

son elegibles por vía digital, mejorando con ello la oportunidad de atención.

- La Telemedicina permite que los centros de Salud no se sobrecarguen con altas demandas de consultas presenciales, sobre todo en algunos periodos estacionales, permitiendo al paciente una vía de atención igual de efectiva pero mucho más rápida, cómoda y eficiente.

En este contexto, resulta clave para el desarrollo de la telemedicina, contar con un marco regulatorio para las soluciones utilizadas en esta modalidad de atención, así como disponer de guías de buenas prácticas, recurso humano capacitado, infraestructura tecnológica adecuada y financiamiento.

Con respecto al **Marco Regulatorio**, que corresponde a las leyes, normas, decretos y resoluciones que habilitan la telemedicina en Chile, existe la Ley 21541, que modifica la normativa para los prestadores de salud, autorizándolos a efectuar atenciones mediante Telemedicina. Esta Ley dispone que ellos podrán otorgar este tipo de atenciones clínicas manteniendo registro de estas prestaciones en los mismos términos que una atención presencial y del mismo modo que se deberá resguardar que las prestaciones de salud digital se ejecuten bajo estándares de seguridad y calidad de la atención tanto clínica como técnica. Establece además que el consentimiento informado se podrá otorgar verbalmente, pero se requiere que se almacene escrito en papel o en soporte electrónico, recomendando su inclusión en el registro clínico electrónico o ficha electrónica.

Por otra parte FONASA ha establecido los requerimientos mínimos que deben cumplir las herramientas para la atención de salud a distancia,

siendo estas incluidas en un proceso de certificación. Este proceso verifica estos requerimientos y establece su cumplimiento como requisito para el otorgamiento de las prestaciones de salud a distancia en la Modalidad de Libre Elección, cuyos códigos han sido generados desde FONASA con apoyo del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS) y la Pontificia Universidad Católica de Chile. El CENS, además de FONASA, otorga el 1er Sello de Calidad de Software en Telemedicina en Chile, y, en convenio con FONASA, certifica estas herramientas y el cumplimiento de aspectos mínimos clínicos y técnicos requeridos; por esta vía ya se han certificado 22 herramientas que certifican múltiples buenas prácticas técnicas de seguridad, usabilidad, funcionalidad, interoperabilidad, accesibilidad, además de la revisión de aspectos clínicos mínimos requeridos.

Para propiciar el buen uso de la telemedicina, se han generado en Chile, múltiples **Guías de Buenas Prácticas**, que brindan información relevante con respecto a acciones que se deben llevar a cabo a la hora de prestar atenciones de este tipo. Entre ellas se encuentran guías generales, como la elaborada en el CENS para atenciones durante la pandemia COVID-19 [3], los “Lineamientos para el Desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile” [1], cuyos mandantes son la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile y el Centro de Informática Biomédica - Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Universidad del Desarrollo, además de otras guías particulares para Manejo de Pacientes Crónicos [4] y actividades clínicas particulares como la Telerehabilitación [5]. Creemos que, a pesar de la existencia de guías, es necesario una mayor educación general en todos los centros de salud para la adopción de buenas

prácticas en atenciones de este tipo.

Desde la perspectiva del **Recurso Humano**, existe una alta oferta de Capital Humano en Salud Digital a nivel nacional, lo cual permite la formación de profesionales que participen en los procesos de implementación de servicios que prestan atenciones por telemedicina en Chile. Existen múltiples cursos, diplomados y posgrados, a nivel nacional que brindan conocimiento de Telemedicina. En la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, también se llevan a cabo esfuerzos para capacitar en esta materia. Actualmente existe un Diplomado en Informática Médica y además en la Escuela de Enfermería se ha incluido contenido de telemedicina en la malla curricular de pregrado, esfuerzos que se están extendiendo a otras carreras de la Facultad de Medicina en pregrado y posgrado.

Con respecto al **Componente Técnico**, existen múltiples herramientas que cumplen con los requerimientos mínimos para la atención por telemedicina, así como un sistema de salud que apoya estas atenciones, incluyendo una amplia red y opciones de atención públicas y privadas. Además, Chile posee una amplia infraestructura de la red, y alto acceso de la población con acceso a Internet y a dispositivos móviles o computadores [6]. A pesar de esta gran cobertura es importante mencionar que no todos los centros de salud y sus servicios de atención telemática están conectados entre sí, lo que normalmente los vuelve islas, en donde el intercambio de datos e información es muy bajo.

Finalmente, desde el punto del **Financiamiento**, es importante recalcar que, desde FONASA, en el 2019, se establecen los primeros aranceles para Teleconsulta, y estos incluyen especialidades médicas como la Medicina Interna y Dermatología,

entre otras, extendidas a partir del 2021 con un número mayor de prestaciones, tanto para consultas iniciales como para seguimiento y control. Es fundamental continuar con la revisión de los aranceles para que las prestaciones lleguen a la mayor cantidad de pacientes posible.

PROBLEMAS Y PROPUESTAS

Problema 1.1: No existen las condiciones tecnológicas necesarias para que se establezca un sistema de atenciones por telemedicina a nivel nacional.

Propuesta 1.1:

- Asegurar una cobertura general de los sistemas de salud y que estos cuenten con infraestructura tecnológica para permitir el uso de telemedicina. No es solo tener un equipo con conexión a internet, sino brindar box de atención adecuados para los profesionales de la salud.
- Educar a los profesionales de la salud en el uso adecuado de las herramientas de telemedicina, siguiendo las buenas prácticas establecidas en la literatura y en las guías correspondientes, antes, durante y después de una atención por telemedicina. Se deben establecer guías internas transversales para todos los profesionales de la salud en pregrado, así como guías particulares para los distintos tipos de profesionales, según sus necesidades.
- Establecer lineamientos de buenas prácticas referentes a infraestructura física requerida para establecer servicios de telemedicina, incluyendo espacios especiales dedicados a la docencia de pregrado en las facultades de medicina, que consideren también algunos destinados a simulación y estudio de atenciones por telemedicina.

Problema 1.2: Es necesario proteger los datos de los pacientes y profesionales de la salud, mediante el establecimiento de buenas prácticas en Seguridad en los Sistemas de Información en Salud de manera general y específicamente en las soluciones utilizadas para Telemedicina.

Propuesta 1.2: La Seguridad de la información en herramientas como las utilizadas para la prestación de servicios de telemedicina, consiste en la capacidad de proteger nuestros sistemas para que personas o sistemas no autorizados no tengan acceso a estos. Esto se refleja en aspectos específicos que deben estar implementados en las herramientas o soluciones tecnológicas utilizadas. Se propone desde la Facultad de Medicina, programas de educación general para los profesionales de la Salud, en donde se vean temas relevantes con respecto a la protección de los datos de los pacientes y profesionales de la salud, que incluyen:

- Establecer guías de buenas prácticas en el manejo de la información de los pacientes, por medio de los sistemas de información y las herramientas de telemedicina, dando específicamente prioridad a la seguridad de las mismas.
- Estudiar con mayor detalle la importancia de mecanismos y protocolos de autenticación, protocolos de seguridad la hora de intercambiar datos entre herramientas, gestión de contraseñas, mecanismos de encriptación de los datos, registros de transacciones, además de estudiar diversos mecanismos que generen vulnerabilidades en los sistemas de información.

Problema 1.3: Existen brechas de conocimiento en los pacientes para el adecuado uso de la Telemedicina. Existen temores por desconocimiento, lo cual genera desconfianza a

la hora de utilizar estas tecnologías.

Propuesta 1.3: Educar a los pacientes en el buen uso de las herramientas. Desde la Facultad de Medicina, se deben generar programas que permitan esto, incluyendo temas como:

- Acceso y uso de las herramientas de telemedicina de manera general.
- Pasos descriptivos y explicativos de lo que corresponde a una atención por estos medios.
- Beneficios de la atención por telemedicina.
- Uso de dispositivos para apoyar las atenciones por telemedicina.
- Derechos y deberes de los pacientes al recibir atenciones por telemedicina.
- Mecanismos y medidas de seguridad que garantizan la adecuada atención de los pacientes.
- Entre otros.

Problema 1.4: Ausencia de contenido educativo en las mallas profesionales, a nivel de pregrado y posgrado, en carreras de la salud.

Propuesta 1.4: Establecer conocimientos básicos del uso de la telemedicina y las nuevas tecnologías en los distintos niveles educativos. En la actualidad se realizan esfuerzos para solucionar este problema, tales como:

- Diplomado en Informática Médica por parte de la Escuela de Enfermería, que brinda los conocimientos básicos del área, entre ellos los mínimos en el uso de la Telemedicina.
- Curso de Pregrado, en la malla Curricular de Enfermería, que incluye contenido referente al uso de los sistemas de información en salud y de telemedicina.
- Se han impartido clases en pregrado, a nivel de

Internado durante el 2021 a estudiantes de todas las carreras de la salud, en donde se brindan los fundamentos de Informática Médica, su uso e implementación en los centros de salud, incluyendo telemedicina.

- Se han impartido clases a los Becados de Laboratorios Clínicos y Anatomía Patológica, en donde se brindan los fundamentos de Informática Médica, su uso e implementación en los centros de salud, incluyendo telemedicina.
- Está en proceso un proyecto U21 llamado: "Módulos de formación en informática clínica, una puerta de entrada a un sistema de salud en aprendizaje", en donde se están elaborando cápsulas educativas, para ser utilizadas por toda la Facultad de Medicina para brindar conocimiento a múltiples niveles, con respecto al uso de las tecnologías de la Información en salud, incluyendo Telemedicina.

Se deben continuar con el desarrollo de estas iniciativas, integrarlas y proponer su extensión a otros Departamentos y Escuelas para generar una educación transversal y completa de esta temática a nivel de la Facultad de Medicina.

2. Innovación en Salud

La salud es un área que se beneficia de tener procesos de innovación que permitan otorgar soluciones efectivas a los constantes desafíos de salud locales y globales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define innovación en salud como una solución nueva o mejorada con capacidad transformadora para acelerar un impacto positivo en salud [7]. Lo anterior se vio reflejado en la pandemia del COVID-19, donde se evidenció que los procesos de innovación en salud son esenciales

para dar soluciones rápidas y con impacto global a crisis sanitarias y otras demandas de salud. Por otra parte, la OMS considera estratégico ampliar y apoyar las innovaciones para que tengan impacto, creando redes entre demandas de salud, innovaciones ya desarrolladas y evaluación de impacto, y potenciando una cultura de innovación, con foco en accesibilidad, fortalecimiento, y construcción de conocimiento, capacidades y confianza para impulsar la innovación y acelerar su impacto en salud [7].

En Chile, existen constantes esfuerzos públicos y privados para consolidar ecosistemas de innovación en salud, incorporar nuevas tecnologías, fortalecer la salud digital, priorizar recursos económicos para desarrollar proyectos en esta área, entre otros [8]. Al respecto, existen iniciativas con el fin de mejorar el desarrollo de innovaciones en salud, específicamente en salud digital. En esta línea destaca el rol promotor, asesor y certificador del Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (CENS), formado por expertos de diferentes instituciones, incluyendo la Pontificia Universidad Católica de Chile, y financiado por CORFO y sus miembros [9]. El CENS establece acciones relevantes para promover la innovación en salud en Chile, creando redes entre la academia, instituciones de salud, emprendedores y expertos, y también entregando y ampliando las oportunidades de formación en esta área [9]. Estas iniciativas son coherentes con la consolidación mundial de tecnologías en salud, donde la incorporación de Apps, como resultados de procesos de innovación, tienen el potencial de mejorar los procesos de gestión, monitoreo y atención en algunas condiciones de salud [10-13].

Tala et al. (2022) sintetiza diferentes desafíos en esta área para Chile. Entre ellos encontramos,

la adaptación de las Apps a las necesidades individuales de los usuarios, el registro continuo y manejo efectivo de la información, así como la toma de decisiones fundamentadas en datos. Por otra parte, crear interfaces que logren facilitar el uso y accesibilidad de las tecnologías, llevar a cabo validaciones experimentales para asegurar la efectividad de las tecnologías implementadas, y finalmente, la capacitación en estas tecnologías tanto a personal de salud como usuarios es otro desafío relevante [8].

Red UC CHRISTUS como Centro de Pilotaje

Una de las grandes brechas de las innovaciones en salud es la falta de espacios para su desarrollo, pruebas y validaciones técnicas.

Tampoco se cuenta con un entorno validado ni seguro donde puedan confluír emprendedores, expertos y otros agentes interesados, para transitar del conocimiento-teoría, a la prueba y pilotaje de la innovación en el terreno práctico [14].

Por lo anterior es que la Red de Salud UC CHRISTUS busca ser parte de la creación de un ecosistema de emprendimiento e innovación abierto, que tenga como meta fomentar la transformación digital de la red de establecimientos de salud, atendiendo a emprendedores de todo el ecosistema.

El ecosistema del emprendimiento UC tampoco pasa desapercibido. Su aporte ha sido significativo desde muchos años en el país y en ese sentido la potencialidad que tiene una aceleradora especializada en salud para el Ecosistema de la Red UC llevará a construir una generación especializada en áreas de interés nacional e inclusive internacional.

El mundo del emprendimiento es un espacio

lleno de instituciones, personas y redes que son necesarios para que el proyecto pueda escalar rápidamente. Este Ecosistema se ha bautizado como el “Ecosistema de Emprendimiento” y es en ella donde interactúa el emprendimiento desde su inspiración como idea hasta su consolidación en el mercado[15].

Como Red de Salud buscamos promover el trabajo colaborativo de los diferentes agentes del ecosistema de la innovación en salud, creando entornos de aceleración de ideas y espacios protegidos de prueba e implementación de innovación tecnológica de productos y/o servicios tecnológicos en diferentes estados de maduración.

PROBLEMAS Y PROPUESTAS

Problema 2.1: Necesidad de Centros de Pilotaje para impulsar el ecosistema de innovación en salud.

Propuesta 2.1:

- Generar y potenciar la creación de Centros de Pilotaje
- Fomentar la creación de ecosistemas de emprendimiento e innovación abiertos, que lleve a la transformación digital de la red de establecimientos de salud, atendiendo a emprendedores.
- Es un ecosistema de Emprendimiento y es el lugar de interacción de emprendimientos desde su inspiración como idea hasta su consolidación en el mercado.
- Promover el trabajo colaborativo de los diferentes agentes del ecosistema, creando entornos de aceleración de ideas y espacios protegidos de prueba e implementación de productos o servicios tecnológicos en distintos estados de maduración.

Referencias:

- [1] Subsecretaría de Salud Pública, Universidad del Desarrollo, Universidad de Concepción y UC Davis Chile Life Sciences Innovation Center, 2020. Fundamentos para los Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile. Recuperado el 6 de junio, 2023, de: <https://lineamientostelesalud.cl/2021/01/segunda-edicion-de-los-fundamentos-para-los-lineamientos-para-la-telemedicina-y-telesalud-en-chile/>
- [2] Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud. Propuesta colaborativa para impulsar la telemedicina en Chile. Recuperado el 6 de junio, 2023, de: <https://cens.cl/wp-content/uploads/2022/07/Propuesta-Telemedicina-jul2022.pdf>
- [3] Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud. Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones en Telemedicina durante epidemia de COVID-19 en Chile. Chile; 2020. Recuperado el 6 de junio, 2023, de: <https://cens.cl/guia-buenas-practicas-telemedicina/>
- [4] Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Orientación De Manejo Y Seguimiento De Pacientes Con Enfermedades Crónicas En Contingencia Covid-19. (Internet) Chile. 2020. Recuperado el 6 de junio, 2023, de: <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/653/Orientaci%C3%B3n%20de%20manejo%20y%20seguimiento%20de%20pacientes%20con%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20en%20contingencia%20COVID-19%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [5] Colegio de Kinesiólogos de Chile (COLKIN). Guía Práctica de Rehabilitación para Kinesiólogos. 2020. Recuperado el 6 de junio, 2023, de: http://sokip.cl/wp-content/uploads/2021/05/GuiaTeleRehabilitacionColkine_V2_2Dic2020.pdf
- [6] Subsecretaría de Telecomunicaciones (SUBTEL). IX Encuesta Acceso y Usos Internet 2017. Santiago; 2017.
- [7] Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Health Innovation for Impact. Recuperado el 09 de mayo, 2023, de <https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/health-innovation-for-impact#>.
- [8] Tala, Á., Vásquez, E., Rojas, E., & Marín, R. (2022). Apps y Medicina: una visión global y la situación chilena. *Revista médica de Chile*, 150(2), 206-215.
- [9] Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud (s.f.) Sobre CENS. Recuperado el 09 de mayo, 2023, de <https://cens.cl/sobre-cens-2/>
- [10] Marcolino, M. S., Oliveira, J. A. Q., D'Agostino, M., Ribeiro, A. L., Alkmim, M. B. M., & Novillo-Ortiz, D. (2018). The impact of mHealth interventions: systematic

review of systematic reviews. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(1), e8873

[11] Hou, C., Carter, B., Hewitt, J., Francisa, T., & Mayor, S. (2016). Do mobile phone applications improve glycemic control (HbA1c) in the self-management of diabetes? A systematic review, meta-analysis, and GRADE of 14 randomized trials. *Diabetes care*, 39(11), 2089-2095.

[12] Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Prata, A., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 16(3), 287-298.

[13] Paschou, M., & Sakkopoulos, E. (2019, July). Personalized assistant apps in healthcare: a Systematic Review. In 2019 10th International Conference on Information, Intelligence, Systems and Applications (IISA) (pp. 1-8). IEEE.

[14] Metodología de Despliegue de Centros de Pilotaje de Innovación en Salud. CORFO 2018. Recuperado el 27 de junio, 2023, de <https://www.corfo.cl/sites/Satellite?blobcol=urldata&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1475167933674&ssbinary=true> 2023

[15] El viaje del Emprendedor. CORFO 2017. Recuperado el 27 de junio, 2023, de http://www.elviajedelemprendedor.cl/docs/Libro_El_Viaje_del_Emprendedor.pdf



Coordinadores:

Dr. Juan C. Claro García-Atance
Dr. Iván Pérez Hernández

Ética y profesionalismo

Introducción

La dimensión ética es intrínseca a la actividad sanitaria y es inseparable de su dimensión técnica. Esto es relevante tanto en la vertiente clínica de la atención de salud -con foco en un paciente concreto- como en la derivada social. El bien del paciente se constituye como el parámetro de medida de la licitud o ilicitud moral de las actuaciones de los profesionales de la salud, convicción que recorre toda la historia de la medicina, desde el Juramento Hipocrático hasta nuestros días. Siguiendo a Pellegrino, podemos afirmar que el imperativo ético que guía toda actuación en salud es la confianza depositada por una persona necesitada, quien solicita ayuda a otra que tiene los conocimientos y habilidades para responder a sus requerimientos. Por eso se dice que la medicina constituye en sí misma una verdadera comunidad moral (1).

El rápido avance del conocimiento y la técnica permite hoy disponer de medios diagnósticos y terapéuticos más efectivos, logrando el control de muchas enfermedades y la prolongación de la expectativa de vida de las personas. Este progreso ha generado nuevas preguntas éticas y, paradójicamente, se ha acompañado de un descontento con la atención de salud, fenómeno que se ha denominado “deshumanización de la medicina”. Esto explica el resurgimiento en las últimas tres décadas del concepto de profesionalismo, una corriente que

se propone reconocer los principios que guían el correcto actuar de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.

El profesionalismo puede definirse desde una perspectiva contractual, es decir, como la obligación que tiene la medicina para responder a los requerimientos de la sociedad en la que está inserta; a su vez, en virtud de este contrato tácito, la sociedad permite a la medicina su autorregulación como disciplina y la libertad para enseñar el arte médico a las nuevas generaciones (2). Otra manera de entender el profesionalismo es desde la ética de la virtud, es decir, con un foco en el agente moral y su actuación virtuosa. Esta última visión fue asumida recientemente por la Facultad de Medicina UC, que en su propia formulación de profesionalismo destaca las virtudes de benevolencia, compasión, prudencia y justicia (3).

En esta nueva edición del documento “Salud para Chile”, pareció relevante incluir este breve capítulo de ética y profesionalismo, en el que se expondrán sólo algunos de los muchos temas posibles. Por lo mismo, supone una invitación a una reflexión inicial que luego motive al lector a profundizar en la búsqueda de información y respuestas a sus propias inquietudes.

Problema 1: uso de las redes sociales en la práctica clínica

Introducción

El respeto a la confidencialidad, tradicionalmente llamado secreto médico, implica guardar la debida reserva de toda aquella información que se haya conocido en virtud de la relación clínica. Se fundamenta en el respeto a la dignidad del paciente, a la confianza depositada en el profesional de la salud y en el deber de no hacer daño. Debe tenerse presente que el paciente expone su intimidad física y psicológica ante un extraño porque está movido por un doble deseo: cuidar su salud y su vida; también necesita confiar en otro sus aprensiones y sentirse acompañado en su sufrimiento. La protección de la intimidad en el ámbito médico está regulada tanto por principios y valores morales incorporados en la *lex artis* disciplinar como por leyes y normas específicas, dentro de las cuales podemos mencionar la Ley 19.628 “Sobre Protección de Vida Privada” y la Ley 20.584 que “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”.

Situación actual:

Hoy existen diversas amenazas a la confidencialidad en la atención de salud, en parte debido a la existencia de terceros interesados en la información (financiadores, administradores, acreditadores en calidad, medios de comunicación, poder judicial, etc.) y, por otro lado, debido al rápido desarrollo de las tecnologías de la información, entre ellas redes sociales, entendiéndose como tales cualquier plataforma web donde los usuarios crean, comparten y comentan contenido, creando esferas públicas virtuales. Dentro de ellas, podemos mencionar a Facebook, Instagram, Tik-Tok, Whatsapp, X (antes

Twitter), Linkedin, entre otras. Estas plataformas son usadas por el 84,4% de las personas en Chile al 2023 (4), incluyendo por cierto profesionales y técnicos de salud y a los mismos pacientes. Respecto de este último punto describiremos algunas situaciones que ejemplifican esta realidad:

- El uso de mensajería tipo WhatsApp o correo electrónico, con el objetivo de hacer más expedita la comunicación médico-paciente o entre miembros del equipo de salud. Esto incluye compartir imágenes, informes clínicos, resultados de exámenes y otros datos. Se llega a conformar así una o muchas “fichas clínicas auxiliares” con datos sensibles que ya no quedan al resguardo y custodia de la ficha institucional, con pérdida de la seguridad y riesgo de filtraciones. Un ejemplo concreto es el uso de servidores externos (servicios como Google Drive, por ejemplo) para almacenar información clínica, como resúmenes clínicos o documentos de alta (epicrisis). Si bien con estas herramientas se consigue el objetivo de informar rápida y oportunamente acerca de la evolución clínica, resolver dudas o concordar decisiones terapéuticas, este intercambio incluye datos sensibles como descripción de síntomas, planteamiento diagnóstico, resultados de exámenes o envío de recetas con prescripciones, información que debiera quedar restringida al exclusivo espacio de la ficha clínica impresa y/o digital.
- El compartir material audiovisual con motivaciones ajenas al cuidado y tratamiento de los pacientes, sino sólo a modo de esfera pública virtual. Han sido noticia algunos videos tomados en pabellón quirúrgico u otras áreas del hospital, que se suben a redes sociales, o también fotografías de estudiantes

o profesionales (selfies) junto a sus pacientes, a veces sin su consentimiento por encontrarse en estado crítico. Especial atención representa la exposición de datos sensibles de personas de “interés público”, como políticos o personas ligadas al espectáculo, entre otros.

- El no separar convenientemente la vida privada y la profesional en redes sociales. La difusión de contenidos de carácter privado (en especial si incluye lenguaje procaz, ofensivo o discriminatorio, o imágenes del profesional consumiendo alcohol o drogas), aumentan la desconfianza de los pacientes y dañan el prestigio de las profesiones de la salud.

El uso inadecuado de redes sociales puede exponer lo íntimo, dañar la dignidad de personas o comunidades, e incluso manipular la opinión pública por intereses personales o grupales (5).

Propuesta 1:

- **Reforzar a lo largo de todo el currículum de las carreras de la salud contenidos relacionados con los beneficios y riesgos del uso de redes sociales en la práctica clínica, enfatizando el deber de confidencialidad y la necesaria separación de la dimensión personal en relación con la profesional.**
- **Regular en los reglamentos internos de las instituciones de salud estas prácticas, prohibiendo o limitando el uso de redes sociales por los profesionales de salud.**
- **Capacitar a los profesionales de la salud sobre la correcta configuración de privacidad y seguridad de las distintas plataformas (redes sociales o de almacenamiento de información), para evitar la filtración de datos privados propios o de terceros.**

- **Desarrollar programas educativos a los pacientes** para que sean ellos mismos los que, tomando conciencia de los riesgos, contribuyan a evitar estas vías de comunicación.

- **Abordar este tema desde sus perspectivas éticas y legales**, en seminarios, congresos o reuniones de las sociedades científicas, sensibilizando a la comunidad médica por medio del análisis de casos concretos.

Problema 2: el ejercicio de la libertad de conciencia y de ideario en la atención clínica

Introducción

Hoy vivimos en sociedades pluralistas y democráticas, donde coexisten diversas concepciones antropológicas acerca de la persona humana, así como de los principios y valores que deben orientar la vida en comunidad. No siempre se alcanza un pleno acuerdo en relación con la bondad o maldad de algunos actos humanos, pues esto depende del modelo ético que se adopte para su escrutinio moral. Como consecuencia de esto, algunas de estas directrices (leyes, reglamentos) pueden entrar en conflicto con las convicciones más profundas de algunos miembros de la sociedad, quienes reclaman su derecho a no acatar dichas disposiciones, es decir a objetar “en conciencia”. Un ejemplo es la negativa al reclutamiento obligatorio en las fuerzas armadas, aduciendo que el uso de armas de fuego -y la posibilidad de dar muerte a otra persona- es considerado un mal.

En Chile el tema objeción de conciencia (OC) en materias de salud era conocido por el caso de los Testigos de Jehová y su negativa a recibir transfusiones de productos sanguíneos, invocando un motivo religioso. Sin embargo, cobra especial

relevancia el año 2017 con la promulgación de la ley que descriminaliza el aborto en tres causales, motivando un amplio debate que incluyó el status de la OC en el caso de instituciones privadas con provisión de servicios ginecológicos y obstétricos en el nivel primario y terciario, particularmente de aquellas que reciben financiamiento público.

La OC es siempre es un acto individual de carácter no secreto y corresponde a la negativa a acatar una norma u obligación aduciendo que ésta es contraria a la propia escala de valores y creencias; se caracteriza porque no emplea la fuerza o violencia y tiene como límite que no exista vulneración de los derechos de terceros. La negativa de los profesionales de la salud para participar en ciertas prácticas permitidas legalmente, como sería el caso del aborto en 3 causales, tiene como fundamento tanto la conciencia individual y su componente subjetivo como el reconocimiento que dichas prácticas atentan contra los fines de la medicina (6). Los médicos respetan la vida física y procuran recuperar la salud de sus pacientes, asumiendo que cuando no es posible sanar siempre se debe cuidar y aliviar. Así, siendo coherentes con su vocación, pueden invocar una objeción “profesional” ante una solicitud que atenta directamente contra los fines de la medicina asumidos por aquellos.

Acciones de salud que generan objeción

En orden de prioridad se objetan las acciones que atentan directamente contra la vida, tales como el aborto y la muerte médicamente asistida. La objeción surge de la negativa a realizar un acto cuyo objeto moral (fin próximo de la acción) es provocar deliberadamente la muerte de una persona, violando un precepto negativo de la ley moral natural (no atentar contra el bien humano básico que es la vida

física), también presente en las principales religiones monoteístas como el mandamiento “no matarás”. De allí que médicos cristianos, judíos y musulmanes, si son consecuentes con su fe, sean objetores en conciencia de dichas prácticas.

En la medida que la medicina introduce nuevas terapias, surgen nuevas posibilidades de disentir y manifestar la voluntad de no participar en ellas. En las últimas décadas ha sido el caso de las diversas técnicas de control de la fertilidad humana, como esterilización masculina y femenina, y de generación de la vida humana, como fertilización in vitro y procedimientos asociados. Actualmente puede ser el caso de los procedimientos quirúrgicos en pacientes transgénero o, en un futuro ya próximo, las intervenciones genéticas destinadas al mejoramiento humano (transhumanismo).

Resolución a la objeción de conciencia

Quienes no aceptan la OC argumentan que no le corresponde al médico llevar sus convicciones personales al plano de su práctica clínica, debiendo mantener una separación entre los ámbitos privado y público, dado que los pacientes tienen el derecho de exigir la provisión de aquellas prestaciones permitidas por la ley. En el otro extremo, está la postura de respetar de modo absoluto la objeción de conciencia profesional, con independencia de las necesidades y requerimientos de los pacientes, lo cual anularía los derechos de los ciudadanos. Por lo anterior, la mejor opción de resolver la OC es un modelo de protección bilateral, que propone armonizar los derechos de las personas que solicitan atención de salud y el de los profesionales que se abstienen de realizar un procedimiento legal para defender su integridad moral (7). En la práctica, esto implica que profesionales objetores deben derivar

oportunamente a los pacientes a quienes sí pueden acoger sus requerimientos, sin poner en riesgo su salud. Esta solución es la actualmente sugerida por instancias como la Asociación Médica Mundial que en su declaración sobre el término del embarazo por indicación médica establece que “las convicciones del médico y del paciente deben ser respetadas” (8).

Objeción de conciencia institucional y desafíos para la formación profesional

Si bien la legislación chilena no contempla la posibilidad de que las instituciones públicas invoquen OC (sí pueden hacerlo en ellas profesionales a título individual), no ocurre lo mismo en las instituciones privadas las que, asegurando la atención oportuna a las personas que lo requieran (sobre todo en aquellos casos en los que exista riesgo vital), pueden ampararse bajo la premisa de OC institucional. Estrictamente hablando, las instituciones no tienen conciencia sino ideario, marco valórico o declaración de principios, que es el que invocan para no incluir entre sus prestaciones algunas prácticas sanitarias.

Muchos hospitales de alta complejidad, públicos y privados, tienen convenios asistenciales-docentes con casas de estudios superiores y es aquí donde se presentan algunos dilemas relacionados a la formación de técnicos y profesionales de salud, como es el caso de: a) estudiantes de pregrado o postgrado que son objetores de conciencia, los cuales se encuentren cursando parte de su formación en una institución pública o, b) instituciones docentes con ideario moral en las cuales no se enseñan aquellas materias en conflicto con su declaración de principios y valores, aunque un porcentaje significativo de sus egresados trabajarán en el área pública de salud y serán requeridos para

dar respuesta a todas las prestaciones reguladas por la autoridad sanitaria (9).

Propuesta 2

- Eximir a los estudiantes de participar en prácticas clínicas objetables por razones de conciencia y que sean llevadas a cabo en hospitales o centros públicos, ofreciendo no obstante formación teórica en esos procedimientos a todos ellos.
- Transparentar el ideario institucional y las restricciones que conlleva para prácticas objetables a los futuros estudiantes de carreras de la salud, a fin de que consideren estos aspectos en su decisión de postular a ellas.

Problema 3: necesidad de atención de salud integral

Situación actual

El enfoque médico centrado en la enfermedad, dejando de lado las dificultades sociales de los pacientes, ha generado grandes dificultades para los centros hospitalarios. La falta de soporte social luego del egreso hospitalario en grupos vulnerables ha implicado en muchos lugares a lo largo del país la prolongación de días de hospitalización por falta de dispositivos de cuidados posteriores al alta.

En este sentido, una población de especial cuidado corresponde a las personas mayores. Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2022 la población de adultos mayores, definida como mayores a 60 años, corresponde al 18,1% y se espera que en 2050 las personas mayores correspondan al 32,1% de la población (10). Muchas de estas personas no pueden recibir los cuidados que requieren por parte de su familia, por diversas razones, y deben ser derivados a centros ELEM (Establecimientos

de Larga Estadía para Adultos Mayores) donde debieran ser recibidos y cuidados según su nivel de dependencia. Estos centros son tanto públicos como privados y deben cumplir con una serie de condiciones, como un Director Técnico acreditado, personal de apoyo, una serie de prestaciones que se les brindará, evaluaciones geriátricas, por mencionar algunas. El SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), cuenta con 20 establecimientos en total a lo largo del país, que suman 1188 cupos (11), para los cuales hay una larga lista de espera, de hasta meses. En Chile hay 336 establecimientos privados de este tipo, con capacidades de hasta 170 personas por centro, aunque la mayoría son de menos de 50 cupos (12). En total, con los datos disponibles, se calcula que hay una oferta conocida de 7965 plazas a nivel nacional (varios establecimientos no ofrecen información de los cupos). La oferta disponible no logra cubrir las necesidades de esta población de manera efectiva; por un lado, los cupos no son suficientes y, por otro lado, *el promedio del arancel para los ELEAM privados (la mayoría) supera los 500.000 pesos mensuales en más de la mitad de ellos*, lo cual muchas veces es una limitante para el ingreso. Esta carencia de cupos ha generado que proliferen residencias más informales que ofrecen alojamiento por un monto mensual, pero que no se encargan del resto de necesidades que tienen estos pacientes, que en un ELEAM pueden ser cubiertas por kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, etc.

Diferentes soluciones parciales se han desarrollado por algunos servicios de salud o municipalidades, para abordar esta compleja situación. La contratación de cuidadores particulares y la derivación de este perfil de pacientes a hospitales de baja complejidad han sido algunas de las medidas desarrolladas, las

cuales no han logrado solucionar los problemas de fondo que llevan a estas situaciones de abandono.

En paralelo a esta situación, y sobre todo de forma más visible desde la pandemia por SARS-CoV-2, hemos sido testigos de gran número de pacientes, de todas las edades, con una situación social muy vulnerable, que son hospitalizados y cuyas familias no pueden asumir los cuidados posteriores al alta por múltiples razones (abuso de sustancias, problemas familiares, situación económica, etc.).

Otra población corresponde a las personas en situación de calle, las cuales viven en una extrema vulnerabilidad, dada la falta absoluta de soporte social. Esta situación tensiona la capacidad de los centros hospitalarios y su capacidad de entregar salud integral. En nuestro país más de 20.000 personas se encuentran en situación de calle, con un número importante de ellos que corresponde a familias migrantes. Esta población no cuenta con residencia para ser dados de alta, por lo que son habitualmente derivados a hospederías o albergues de diferentes Fundaciones o Municipalidades. Sin embargo, no hay suficientes dispositivos de este tipo. En algunas comunas del país estos sólo logran cubrir menos de un 30% de las necesidades (13).

Estas poblaciones vulnerables habitualmente quedan hospitalizadas en servicios de camas "básicas" calificados como "casos sociales" o "socio-sanitarios" y esperando destino al alta, lo que requiere de coordinación con familiares y trabajadores sociales para intentar encontrar una solución, que no siempre se logra.

Propuesta 3

- Desarrollar y robustecer políticas públicas que busquen dar apoyo social e integrar a grupos vulnerables.

- Generar programas tanto de apoyo a adultos mayores como de prevención de la situación de calle (con particular enfoque en niños).
- Integrar precozmente a trabajadores sociales en el manejo de los pacientes, participando en la planificación del alta en grupos de mayor vulnerabilidad, en todos los centros hospitalarios y ambulatorios.
- Fortalecer la red de establecimientos para adultos mayores y otros grupos vulnerables (personas en situación de calle), aumentando los cupos totales, con cooperación público-privada, con preponderancia del rol del Estado en estos cuidados.
- Incrementar la formación o captación de profesionales relacionados con los cuidados no médicos de la salud, claves en el manejo de estos pacientes (asistentes sociales, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, etc.) e incorporarlos a estos centros, a fin de entregar una asistencia integral de la salud.

Problema 4: integración virtuosa de nuevas tecnologías a la práctica clínica.

Introducción

El mundo de la práctica clínica en el ámbito de salud está cambiando de manera irreversible por el cada vez más rápido ritmo de la innovación tecnológica. Sin embargo, a pesar de las grandes oportunidades que nos dan estas nuevas tecnologías, donde la más relevante ha sido la inteligencia artificial (IA), también surgen preguntas morales y retos profesionales que nunca se habían visto (14). El crecimiento exponencial que ha tenido la IA ofrece a los profesionales del ámbito de la salud herramientas que pueden poner en peligro su capacidad de razonamiento. La IA cada

vez tiene más capacidad para proporcionar hipótesis diagnósticas, interpretación de variados exámenes y, en síntesis, realizar tareas que siempre han estado reservadas para médicos humanos. Es así como la dependencia excesiva de estas herramientas puede llevar a los profesionales de la salud a subestimar la importancia de desarrollar habilidades clínicas fundamentales. Algunas pistas para enfrentar este nuevo escenario:

Propuesta 4

- Incluir en los contenidos del currículo de los profesionales de la salud una reflexión sobre los eventuales riesgos asociados al uso no regulado de las nuevas tecnologías, tales como la IA.
- Enseñar las limitaciones y riesgos que conlleva el uso inapropiado de estas herramientas, incluyendo el daño al crecimiento como profesionales y el consiguiente perjuicio en la atención a los pacientes y su relación con los mismos. Este aprendizaje idealmente debiera hacerse mediante el estudio de casos reales donde el exceso de dependencia en la IA ha llevado a errores en los diagnósticos o tratamientos, enfatizando que la tecnología se crea para apoyar el trabajo clínico y nunca para reemplazar el propio criterio.
- Fomentar la investigación y discusión crítica sobre el papel de la IA en la medicina, como cualquier otra herramienta de apoyo al diagnóstico y tratamiento. Esta reflexión sobre sus capacidades junto con su correcto uso y riesgos éticos, ayudará a que los médicos se familiaricen y tomen conciencia sobre la importancia de estas herramientas y el rol clave que jugarán muy pronto, si no lo están haciendo ya, en el cuidado de los pacientes.

Problema 5: deficiencias en el autocuidado y bienestar del personal de salud

Introducción

Los cuidados de salud requieren un trabajo constante, por parte de un equipo multidisciplinario -médicos, enfermeras, kinesiólogos, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, etc.- que en general hacen turnos de 12 horas en una determinada secuencia ("3er" o "4to turno"). Una excepción a esto es el cuerpo médico que en unidades de intermedio o de paciente crítico funcionan en turnos de 24 horas en general. En los servicios de urgencia la situación se adapta según el número de médicos disponibles (turnos más largos en hospitales de menor complejidad y/o con menor dotación, como los hospitales en zonas rurales o localidades pequeñas).

Situación actual

En los hospitales grandes y sobre todo centros universitarios, el cuerpo médico sigue tradicionalmente una secuencia de 24 horas de turno con una jornada de trabajo que continúa la mañana siguiente ("post turno"). El resto del equipo de salud tiene turnos más cortos y, en el caso excepcional de que se haga turno de 24 horas, dicho profesional no continúa trabajando y se retira al término del turno. Hay numerosos reportes de que los turnos de noche y las largas jornadas de trabajo (turno de 24 horas más trabajo post turno) incrementan los errores en el cuidado de los pacientes, algunos de ellos graves (15,16,17).

En paralelo, cada vez hay más conciencia de la importancia y prevalencia del síndrome de burnout, definido como despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal. La presencia de burnout tiene repercusión directa en el desempeño, calidad y seguridad en la atención de pacientes. Su prevalencia es alta entre miembros

del cuerpo médico, sobre todo en especialidades quirúrgicas y a nivel de residentes. Un estudio chileno cifró la prevalencia en hasta 70% de los residentes de cirugía general a nivel nacional (18).

Por otra parte, en Chile conviven dos sistemas paralelos de salud, uno público y otro privado, los que suman un alto número de establecimientos asistenciales. Aunque en términos de la gestión de los pacientes hay coordinación y buenos resultados, como se vió en la pandemia por SARS-CoV-2, en términos del movimiento de profesionales entre uno y otro sistema, no hay coordinación o información entre ellos. Del mismo modo, dentro del sistema privado tampoco hay coordinación entre distintos prestadores.

Esta situación se presta para que un profesional pueda hacer por ejemplo dos turnos de 24 horas de forma continua en dos centros distintos sin que se levante una voz de alarma. Esta falencia es relevante considerando lo expuesto anteriormente acerca del incremento de errores en jornadas de trabajo extendidas.

Propuesta 5

- Limitar, mediante un registro central que englobe centros públicos y privados, el número de horas de trabajo seguidas que puede trabajar un profesional de la salud, prohibiendo que haga turnos por más de 24 h. seguidas y sancionar su incumplimiento, tanto al individuo como a la institución.

Problema 6: manejo ético de los recursos

Introducción

Los profesionales sanitarios, particularmente los médicos, tienen una responsabilidad ética en el uso de los recursos en salud. Esta dimensión del profesionalismo no siempre resulta evidente en cada uno de sus actos clínicos en los que el foco de atención es un paciente individual y sus requerimientos específicos. Si bien en Chile ha aumentado el gasto en salud, llegando al 9.1% del PIB el año 2021 (cifra cercana al promedio de los países de la OCDE), los recursos siempre resultan insuficientes para satisfacer los crecientes costos de la atención. Se requiere tener más conciencia que cada decisión o prescripción médica, sea diagnóstica o terapéutica, tiene impacto económico a nivel global y puede llegar a afectar una justa asignación de recursos, fenómeno que es independiente de la fuente de financiamiento, sea ésta pública o privada. En lo que sigue, se analizarán algunas de estas acciones y se propondrán algunas pistas para enfrentarlas.

Propuesta 6.1: Prescripción de medicamentos

Sin considerar un posible conflicto de intereses con la industria farmacéutica, tema que no se abordará aquí, es un hecho que al prescribir medicamentos la mayoría de los profesionales no tienen un conocimiento acabado de sus costos, salvo apreciaciones cualitativas de carácter general que los califican como fármacos de “alto costo” o “bajo costo”. En el sistema público, por ejemplo, en la atención hospitalaria, la preocupación fundamental es la disponibilidad en el arsenal de farmacia y no el costo del fármaco. En la atención privada, sujeta a copagos, se agrega el riesgo de que los pacientes no cumplan las prescripciones en atención al elevado gasto de bolsillo que ellas implican. ¿Qué hacer?

- Incluir en el currículo de las carreras de la salud cursos que aborden explícitamente el impacto social de los actos profesionales, relevando el uso justo y eficiente de los recursos.
- Incorporar mediante tecnologías de la información, la relativa a los costos de las prescripciones y procedimientos clínicos de modo de sensibilizar a los profesionales respecto de esto.
- Aplicar y supervisar a nivel institucional el cumplimiento de la normativa existente respecto a la prescripción utilizando el nombre genérico del producto.
- Educar a los pacientes en orden a preferir productos con demostrada bioequivalencia.

Propuesta 6.2: Emisión de licencias médicas

La prescripción de reposo laboral por motivos de salud es otro recurso a disposición del médico cuya justa indicación tiene una dimensión ética. En algunos casos la licencia médica puede perseguir fines distintos a la recuperación de la salud del paciente, como permitir el cuidado de un hijo enfermo o, con relación a su extensión, evitar un desmedro en la remuneración del trabajador. Cuando la emisión de licencias no se sustenta en un diagnóstico real sino en un fraude, se comete un ilícito contrario a la ética profesional mínima.

- Establecer duración estimada del reposo según distintos diagnósticos para generar prescripción de licencias más justas y asertivas, lo que debería enseñarse en las escuelas de medicina.
- Incorporar un beneficio laboral similar para los cuidadores de enfermos, que les permita ausentarse de su trabajo sin perjudicar sus remuneraciones.
- Modificar la reglamentación evitando

incentivos a licencias prolongadas, como el de pagar sólo las licencias de más de 11 días, lo que permitiría prescribir el reposo médico por los días estrictamente necesarios para la recuperación.

Propuesta 6.3: Solicitud de exámenes preventivos

La medicina preventiva tiene su foco en la promoción de estilos de vida saludable, aunque también en la realización de exámenes diagnósticos de tamizaje según grupo etario y de acuerdo con las recomendaciones basadas en la evidencia para la población asintomática. Las personas tienden a asociar la solicitud de una mayor cantidad de exámenes (chequeos de laboratorio e imágenes) con más calidad de la atención y mayor protección de su salud, potenciando estrategias comerciales de venta de “paquetes” de exámenes, con alto costo y baja

eficiencia, sobre todo en el sistema privado de salud.

- Estrategia educacional: el Ministerio de Salud debería liderar campañas educativas a distintos niveles y utilizando todos los medios disponibles (incluyendo redes sociales) para difundir pautas de controles preventivos según grupo etario y factores de riesgo, con base en la mejor evidencia, como el cáncer de mama o cervicouterino.
- Evitar la repetición innecesaria de exámenes, motivada por la desconfianza de los profesionales hacia los laboratorios o centros que los llevan a cabo, haciendo que todos los prestadores se encuentren debidamente acreditados y certificados bajo estándares internacionales.
- Instaurar una ficha clínica electrónica única, integrada en una red informática de salud a nivel nacional, lo que mejoraría la eficiencia y la calidad de la atención.

Referencias:

1. Pellegrino E. The medical profession as a moral community. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1990; 66(3): 221-232
2. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*. *Ann Intern Med* 2002; 136 (3): 243-246
3. Puschel K, Repetto P, Bernales M, Barros J, Perez I, Snell L. "In our own words": Defining medical professionalism from a Latin American perspective. *Educ Health (Abingdon)*. 2017 Jan-Apr;30(1):11-18. doi: 10.4103/efh.EfH_4_16.
4. Kemp, Simon. «Digital 2023: Chile». *DataReportal – Global Digital Insights*, Kepios, 12 de febrero de 2023. Disponible en: <https://datareportal.com/reports/digital-2023-chile>
5. Vukusic R et al. Dangers and Benefits of Social Media on E-Professionalism of Health Care Professionals. *J Med Internet Res* 2021;23(11):e25770) doi: 10.2196/25770
6. Echeverría C et al. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Objeción de conciencia y acciones de salud. *Rev Med Chile* 2020; 148: 252-257
7. Couceiro A, Seoane JA, Hernando P. La objeción de conciencia en un ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado. *Rev Calid Asist* 2011; 26 (3): 188-193
8. Asociación Médica Mundial. Declaración sobre el término del embarazo por indicación médica. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-oslo-de-la-amm-sobre-el-aborto-terapeutico/>
9. Salas S. La objeción de conciencia en la educación médica. Una propuesta para Chile. *Rev Med Chile* 2019; 147: 1067-1072
10. INE. "Estimaciones y Proyecciones de la población de Chile 1992-2050, Total País, Metodología y principales resultados". Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas, Subdepartamento de Demografía. 2018. Disponible en: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/documentos-de-trabajo/envejecimiento-en-chile-evolucion-y-caracteristicas-de-las-personas-mayores.pdf?sfvrsn=fa394551_2
11. SENAMA (Consultado el 25 Octubre 2023) Datos disponibles en: <https://www.senama.gob.cl/establecimientos-de-larga-estadia-para-adultos-mayores-eleam>
12. ELEAM. (Consultado el 25 octubre 2023) Datos disponibles en: <https://www.eleamchile.cl/encuentraeleam>

13. MIDESO. Informe “Poblaciones en situación de calle”. Sistema de atención Ministerial, mayo 2023.
14. Briganti G, Le Moine O. Artificial Intelligence in Medicine: Today and Tomorrow. *Frontiers in Medicine*. Sec. Translational Medicine 05 February 2020. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00027>
15. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, Lilly CM, Stone PH, Lockley SW, Bates DW, Czeisler CA. Effect of reducing interns’ work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004;351(18):1838-48. doi: 10.1056/NEJMoa041406.
16. Reed DA, Fletcher KE, Arora VM. Systematic review: association of shift length, protected sleep time, and night float with patient care, residents’ health, and education. *Ann Intern Med* 2010;153(12):829-42. doi: 10.7326/0003-4819-153-12-201012210-00010.
17. Hughes, V. Is There a Relationship Between Night Shift and Errors? What Nurse Leaders Need to Know. *Athens Journal of Health* 2016;3(3): 217-228. doi: 10.30958/ajh.3-3-2.
18. Muñoz P, Nelson, Campaña W, Nicolás, Campaña V, Gonzalo. Prevalencia del síndrome de Burnout en los residentes de cirugía general de Chile y sus factores asociados. *Rev Chil Cir* 2018; 70(6): 544-550. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000600544>.

Listado de Colaboradores

Coordinadores de grupo

Claudia Bambs
 Paula Bedregal
 Cynthia Cantarutti
 Marcela Cisternas
 Solange Campos
 Juan Carlos Claro
 Álvaro Erazo
 Antonia Errázuriz
 Manuel Espinoza
 Francisco Garrido
 Luz María Letelier
 Francisca Márquez
 Iván Pérez
 Blanca Peñaloza
 Fernando Poblete
 Paulina Ramos
 Eric Rojas
 Paulina Rojas
 Jaime Santander
 Álvaro Téllez
 Rafael Torres
 Sebastián Valderrama
 Gonzalo Valdivia
 Claudia Véliz

LISTADO DE COLABORADORES

Tema 1. El derecho a la salud

Paulina Ramos, Gonzalo Valdivia (Escuela de Medicina)

Contribuyeron a la primera edición, junio de 2021:

Altermatt, Fernando	Escuela de Medicina (Anestesiología)
Basualto, Patricia	Departamento de Ciencias de la Salud (Kinesiología)
Campos, Thana	Escuela de Gobierno
Cerda, Jaime	Escuela de Medicina (Salud Pública)
de Arcas, Michelle	Escuela de Medicina (Salud Pública)
del Río, Francisco	Escuela de Medicina (estudiante de Posgrado)
González, Ximena	Escuela de Enfermería
Lagomarsino, Tomás	Fundación Equidad
Peña, Javiera	Escuela de Medicina (estudiante de Posgrado)
Tapia, Matías	Escuela de Medicina (estudiante de Pregrado)

Tema 2. Sistema, modelo de atención y financiamiento de la salud

Fernando Poblete, Álvaro Téllez (Escuela de Medicina)

Contribuyeron a la primera edición, junio de 2021:

Aylwin, Ester	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Bastías, Gabriel	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Bedregal, Paula	Escuela de Medicina (Salud Pública, Bioética)
Corsi, Óscar	Estudiante de Magíster en Salud Pública
Orozco, Nicolás	Estudiante de Medicina
Palacio, Raúl	Escuela de Odontología
Parga, María	Estudiante de Enfermería
Peñaloza, Blanca	Escuela de Medicina (Medicina Familiar)
Román, Claudia	Departamento de Ciencias de la Salud (Kinesiología)
Sapag, Jaime	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Soto, Paz	Escuela de Enfermería

Tema 3. Acceso a medicamentos

Coordinadores: Álvaro Erazo, Manuel Espinoza (Escuela de Medicina)

Balmaceda, Carlos	Coordinador de Proyectos, Unidad ETESA UC
Bittner, Marcela	Red de Salud UC CHRISTUS
Elsaca, Enrique	Escuela de Medicina (estudiante de Pregrado)
Ferreccio, Catterina	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Mellado, Rosemarie	Facultad de Química y Farmacia
Paulos, Claudio	Facultad de Química y Farmacia
Poblete, Rodrigo	Red de Salud UC CHRISTUS
Rodríguez, Cecilia	Directora Fundación Me Nuevo
Rojas, Luis	Escuela de Medicina (Medicina Interna)

Tema 4. La espera en atención de salud: oportunidad de mejora

Coordinadores: Paula Bedregal, Jaime Santander (Escuela de Medicina)

Contribuyeron a la primera edición, junio de 2021:

Álvarez, Francisca	Escuela de enfermería (estudiante)
Bastías, Gabriel	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Doxrud, Einar	Red de Salud UC CHRISTUS
Faúndez, Marcela	Red de Salud UC CHRISTUS
Ferrer, Lilian	Escuela de Enfermería
Fulgueiras, Mariana	Centro de Políticas Públicas
Kobus, Valentina	Escuela de Medicina (estudiante)
Nervi, Bruno	Escuela de Medicina (Centro del Cáncer)
Pattillo, Juan Carlos	Escuela de Medicina (Cirugía)
Poblete, Fernando	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Rojas, Paulina	Escuela de Medicina (Medicina Familiar)
Tello, Cristóbal	Centro de Políticas Públicas

Tema 5. Enfrentando las enfermedades crónicas

Coordinadores: Claudia Bambs (Escuela de Medicina) y Solange Campos (Escuela de Enfermería)

Alcayaga, Claudia	Escuela de Enfermería
Bustamante, Claudia	Escuela de Enfermería
Cortés, Sandra	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Farías, Angélica	Escuela de Enfermería
González A, Marcela	Escuela de Enfermería
Cabib, Ignacio	Instituto de Sociología
Margozzini, Paula	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Navarro, Sandra	Escuela de Enfermería
Palacio, Raúl	Escuela de Odontología
Palma, Silvia	Escuela de Enfermería
Román, Claudia	Departamento de Ciencias de la Salud (Kinesiología)
Torres, Marisa	Escuela de Medicina (Salud Pública)

Contribuyeron a la primera edición, junio de 2021:

Aravena, Sofía	Escuela de enfermería (estudiante)
Errázuriz, Antonia	Escuela de Medicina (Psiquiatría)
Fuentes, Eduardo	Departamento de Ciencias de la Salud (Fonoaudiología)
Jiménez, Jorge	Foro Nacional del Cáncer
Macía, Dannya	Departamento de Ciencias de la Salud (Nutrición)
Morales, María Belén	Escuela de Medicina (estudiante de Pregrado)
Nervi, Bruno	Escuela de Medicina y Centro del Cáncer

Tema 6. Desafíos de la atención primaria e integración de redes

Coordinadores: Paulina Rojas, Blanca Peñaloza (Escuela de Medicina)

Calvo M. Fernanda.	Depto. Ciencias de la Salud (Kinesiología)
Contreras, Ángela	Depto. Ciencias de la Salud (Nutrición)
Dois, Angelina	Escuela de Enfermería
Puschel, Klaus	Escuela de Medicina (Medicina Familiar)
Sapag, Jaime	Escuela de Medicina (Salud Pública y Medicina Familiar)
Soto Gabriela	Escuela de Medicina (Medicina Familiar)
Soto, Mauricio	Escuela de Medicina (Medicina Familiar)
Urrutia, Carlos	Escuela de Medicina (Medicina Familiar)

Tema 7. Salud mental para Chile

Coordinadores: Rafael Torres, Antonia Errázuriz (Escuela de Medicina)

Aedo, Alberto	Escuela de Medicina (Psiquiatría)
Babul, Marcela	Escuela de Medicina (Psiquiatría)
Bacigalupo, Félix	Escuela de Medicina (Psiquiatría)
Barros, Adelaida	Escuela de Medicina (Psiquiatría)
Crossley, Nicolás	Escuela de Medicina (Psiquiatría)
de la Parra, Guillermo	Escuela de Medicina (Psiquiatría)
Espinoza, Manuel	Escuela de Medicina (Salud Pública)
Galleguillos, Tamara	Escuela de Medicina (Psiquiatría)
Gerken, Pedro	Red de Salud UC Christus (Psiquiatría)
Prato, Juan Andrés	Escuela de Medicina (Psiquiatría)
Ruiz, María Isabel	Hospital Sótero del Río (Psiquiatría)
Silva, Felipe	Hospital Sótero del Río (Psiquiatría)
Toro, Pablo	Escuela de Medicina (Psiquiatría)

Tema 8. Salud bucodental

Coordinadora: Claudia Véliz (Escuela de Odontología), Cynthia Canttarutti (Escuela de Odontología)

Cantarutti, Cynthia	Escuela de Odontología
García-Huidobro, Rosario	Escuela de Odontología
Moscoso, Karla	Escuela de Odontología
Palaveccino, Patricio	Escuela de Odontología
Peña, Javiera	Escuela de Odontología

Tema 9. Desafíos en la Educación de Profesionales de la Salud

Coordinadores: E.M. Francisca Márquez (Escuela de Enfermería), Dra. Marcela Cisternas (Escuela de Medicina)

Lucchini, Camila	Escuela de Enfermería
Rojas, Noelia	Escuela de Enfermería
Morales, Pilar	Escuela de Odontología
García Huidobro, Rosario	Escuela de Odontología
Cerda, Ricardo	Departamento Ciencias de la Salud (Nutrición)
Contreras, Ángela	Departamento Ciencias de la Salud (Nutrición)
Estrada, Leonardo	Departamento Ciencias de la Salud (Terapia Ocupacional)
Fuentes, Javiera	Departamento Ciencias de la Salud (Kinesiología)
Hormazábal, Ximena	Departamento Ciencias de la Salud (Fonoaudiología)
Lucero, Nayadeth	Departamento Ciencias de la Salud (Terapia Ocupacional)
Miranda, Jorge	Departamento Ciencias de la Salud (Kinesiología)
Torrico, Paula	Departamento Ciencias de la Salud (Terapia Ocupacional)
Cifuentes, Lorena	Escuela de Medicina
Garrido, Francisco	Escuela de Medicina
Letelier, Luz María	Escuela de Medicina
Rodriguez, Javier	Escuela de Medicina (estudiante de Postgrado)
Valdés, Bastián	Escuela de Enfermería (estudiante de pregrado)

Tema 10. Telemedicina y nuevas tecnologías

Coordinadores: Sebastián Valderrama, Eric Rojas (Escuela de Medicina)

Bravo Paula	Red UC CHRISTUS
Torres Viviana	Escuela de Enfermería
Villagrán, Ignacio	Departamento de Ciencias de la Salud.

Tema 11. Ética y profesionalismo

Coordinadores: Iván Pérez, Juan Carlos Claro (Escuela de Medicina)

García, Rodrigo	Escuela de Medicina (estudiante de Pregrado)
González Ximena	Escuela de Enfermería
Montenegro, Uriel	Escuela de Odontología
Muñoz, Carolina	Departamento Ciencias de la Salud (Kinesiología)
Idalsoaga, Francisco	Escuela de Medicina (Residente Gastroenterología)
Vera, Claudio	Escuela de Medicina (Ginecología y Obstetricia)



FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE