

SALVEMOS LA SALUD



Dr. Guido Girardi L.
Dra. Jeanette Vega
Dr. Pablo Vega
Dr. Edgardo Vera

La salud chilena se encuentra en una situación crítica, agoniza. La desigualdad en el acceso a la salud es la peor de las injusticias del Chile actual. Es fundamental reformar el Sistema de Salud del cual Fonasa es el principal asegurador que cubre al 80% de los chilenos, entre los que están los con más necesidades y con menos recursos.

El síntoma más crítico de esta enfermedad es los dos millones de personas que están en listas de espera y cuya angustia y frustración estremece sus familias

Nosotros queremos un país donde la Salud sea un derecho social, universal y que esté en función de las necesidades de las personas y no de su capacidad económica.

Sin embargo, la alta complejidad del Sector Salud nos obliga a mirar con detención los detalles, pues aparentes sutilezas determinan –según el contexto- a quién realmente favorecen las políticas públicas que se implementan.

Más que simplemente rechazar el “Acuerdo Nacional” queremos contraponer nuestras diferencias exponiendo los principales ejes de nuestra propuesta, así como el contexto en que deberá desplegarse.

El desafío es terminar con las listas de espera y garantizar una atención de salud oportuna y de calidad. Pero eso no se puede lograr con un Sistema de Salud obsoleto y anacrónico que fue pensado y creado en el siglo XX que cumplió un ciclo exitoso en que se derrotó a las enfermedades infectocontagiosas y a la desnutrición, se profesionalizó la atención de los partos y se alcanzó una de las menores tasas de mortalidad en relación a los recursos del país.

Hoy ese Sistema de Salud chileno, otrora exitoso, está absolutamente superado y no cuenta con las políticas, los instrumentos, las capacidades ni los recursos para resolver los problemas de salud que nos plantea el siglo XXI y en el que estamos siendo derrotados.

Chile es hoy uno de los países con mayor prevalencia de obesidad infantil, que el 26% de los niños sean obesos a los seis años, y más de la mitad tienen sobrepeso, es un claro predictor de un desastre futuro. El nivel de sedentarismo general alcanza al 90% de la población que sufren los potenciales daños adosados al sobrepeso y la obesidad.

Además, profundiza la desigualdad pues, por ejemplo, la diabetes tiene una prevalencia un 320% mayor entre quienes cuentan con menos de ocho años de estudios en relación a aquellos con más de ocho años de formación y la prevalencia de hipertensión arterial es un 380% mayor en quienes no alcanzan los ocho años de educación respecto a los que cuentan con más de ocho años de estudios.

De manera acelerada nuestro chasis institucional de salud va quedando en la obsolescencia y carece de los recursos financieros y humanos necesarios. Si a ello se le suma la debilidad de la Atención Primaria, que impide hacer la necesaria prevención y atención oportuna, se concluye que el sistema no tiene ninguna posibilidad de cumplir su tarea y se acrecentarán las listas de espera.

Por todo eso se requiere de una profunda reforma –como la hubo en Educación -, pero que hasta ahora ningún gobierno la ha asumido e impulsado con decisión.

La demanda de Salud irá creciendo, se prevé un acelerado aumento de los cánceres, infartos, los accidentes encefálicos, la diabetes y la hipertensión que ya están entre las primeras causas de consulta y también de muerte.

La Salud será la mayor demanda social del futuro. Por ello, para estar en sintonía con los desafíos del siglo XXI -cambios demográficos, envejecimiento poblacional, dolencias adosadas a los kilos de más- se precisa un Sistema de Salud donde la Atención Primaria y la prevención sean las herramientas fundamentales.

Aquello requiere un amplio y descarnado debate sobre los recursos que la sociedad chilena está dispuesta a invertir en Salud. **Actualmente, el gasto público en Salud es sólo del 3,8% del PIB, que es menos de la mitad de lo que destinan los países desarrollados.**

El primer objetivo, por lo tanto, es acercarnos paulatinamente a tener un gasto público en Salud de un 8% del PIB, como lo tienen los países de la OCDE.

Es necesario asumir el fracaso de los modelos individualista y que el sistema de Isapres y multiseguros son los principales responsables de la desastrosa situación pues encarecen la atención, debilitan el sector público, no realizan prevención, generan abusos e impiden la solidaridad.

En segundo lugar, proponemos avanzar -al igual que los sistemas de salud exitosos, como el del Reino Unido- hacia un **Seguro Único de Salud que sea financiado por impuestos generales** y asegure una atención de calidad y eficiente para todos y **donde las Isapres o aseguradoras privadas sean seguros complementarios**.

Desde nuestro punto de vista la propuesta de la Comisión de Acuerdo Nacional, que hasta ahora hemos conocido, impide que la Salud sea un derecho social pues no incluye los principios de solidaridad. Más que fortalecer el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que atiende al 80% de los chilenos, se busca convertirla en una Isapre más para que compita de igual a igual con el sistema privado.

Aquello se realizaría, según ha trascendido, a través de un Plan de Salud Universal (PSU) financiado por las cotizaciones y que atendería por medio de la atención institucional: consultorios y hospitales del Sistema Público, pero también en la modalidad privada.

Lo anterior significa seguir traspasando recursos públicos al Sistema Privado ya que para satisfacer la alta demanda continuará llevándose al personal que se ha especializado y capacitado en el Sistema Público, debilitándolo aún más.

Dicha propuesta plantea que los afiliados al Sistema Público puedan, a través de cotizaciones voluntarias, contratar un plan complementario llamado Fonasa Plus, pero con ello se traspasa, aún más, la responsabilidad del financiamiento de la Salud a las personas en desmedro de recursos que podrían fortalecer el Sistema Público. Esto profundiza el sentir popular: quien tiene dinero resuelve sus problemas de salud y él que no, queda en la indefensión.

De acuerdo a la experiencia internacional, los sistemas de múltiseguros aumentan la discriminación por riesgo, no resuelven los problemas, incrementan la visión individualista e impide establecer principios de solidaridad en que los sanos apoyan a los enfermos, los jóvenes a los de mayor edad y los más ricos a los más pobres, como ocurre en todos los sistemas civilizados del planeta.

En síntesis, tenemos la convicción que, a través de un sustantivo fortalecimiento del Sistema Público de Salud -tanto en su nivel de aseguramiento como el de provisión de servicios- es posible garantizar una salud digna y oportuna para toda la población en Chile.

-

Diagnóstico:

Nuestro país tiene enormes desafíos en Salud. Chile se caracterizó por ser pionero en materia de políticas sanitarias en la región. Actualmente nos encontramos en deuda con la salud de las personas y si continuamos planificando nuestras acciones sanitarias tal como lo hacemos hoy en día, es difícil que la gente perciba una mejoría en su salud y en el estándar de atención.

En los años 50 fue posible desarrollar políticas de Salud Pública exitosas, que permitieron generar un status sanitario privilegiado respecto a los otros países de las Américas, siendo particularmente exitosos en la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas, desnutrición infantil y el fortalecimiento de la salud materno-fetal.

De acuerdo a los indicadores básicos de salud publicados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2016, Chile presenta una esperanza de vida al nacer de 82,2 años, comparado con el promedio regional que corresponde a 77 años.

La mortalidad materna en el país es de 13,5 por 100.000 habitantes comparado con el promedio de la región de 46,8 muertes maternas por 100.000 habitantes. La mortalidad infantil es de 7,2 por 1.000 nacidos vivos, comparada con 13 por 1.000 nacidos vivos en la región. Chile además presenta una baja mortalidad por enfermedades transmisibles, la cual corresponde a 37,2 por 100.000 habitantes comparado con la tasa de 62,9 por 100.000 en la región de las Américas.

Sin embargo, los avances sanitarios se contraponen a los indicadores de igualdad, dado que el índice de GINI que mide la desigualdad de los ingresos, corresponde a 50,5 siendo nuestro país una de las 10 naciones con mayor desigualdad en la región. Lo cual impacta, particularmente, en el acceso y oportunidad de atención de aquellas enfermedades no priorizadas, traduciéndose en lista de esperas con tiempos muy prolongados para acceder a la atención de salud.

A pesar de los avances significativos, mencionados anteriormente y que posicionaron a nuestro país como un pionero en salud materno-fetal, desnutrición infantil, y combate a las enfermedades transmisibles, actualmente hemos fracasado en los problemas de salud pública que más afectan a los chilenos y chilenas.

Hoy en día, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son nuestro principal problema y no hemos sido capaces de abordarlas de manera efectiva. De acuerdo

a la Encuesta Nacional de Salud 2017, el 27,6% de la población es hipertensa, siendo mayor en el grupo de menor nivel educacional (NEDU) con un 57% (menos de ocho años de escolaridad). Un 12,3% de la población presenta diabetes mellitus, repitiéndose el mismo patrón con el menor NEDU con un 25,3%.

En relación a los principales factores de riesgo, el consumo de tabaco que alcanza al tercio de nuestra población, siendo los grupos etarios de 20-29 y 30-39 años los que presenta un consumo superior al 40%. A su vez, cerca de nueve de cada 10 chilenos son sedentarios, con cifras muy transversales independientes del rango etario. Más alarmante aún, es que tan sólo dos de cada 10 chilenos presenta un estado nutricional normal.

En materia de salud bucal Chile debería tener un odontólogo por 1.785 hab. y tiene uno por cada 4.924 hab. Lo que representa un déficit del 270%. El 78% de las personas entre 35 y 44 años sufren desdentamiento parcial y más del 50% de la población presenta caries en ambos maxilares.

En relación a los países de la Organización para la Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE) Chile tiene un gasto en Salud Pública de un poco más de 600 USD al año a diferencia del gasto promedio de los países que se encumbró en los 4.000 USD (OCDE 2017). Con respecto al gasto en Salud en relación al PIB, el promedio OCDE correspondió a un 9%, siendo en Chile el gasto público en salud de un 3,7%. A su vez, Chile cuenta en el Sistema Público con 1,6 camas hospitalarias por cada 1.000 hab. en tanto que la RM tiene sólo 1,2 siendo el promedio OCDE 4,7 camas hospitalarias por cada 1.000 hab. (OCDE 2015).

En Chile conviven dos Sistemas de Salud. El Sistema Privado de ISAPRE incorpora dentro de sus afiliados, en su mayoría a personas jóvenes, sanas y por ende con menor riesgo de enfermar, y a su vez con mayor poder adquisitivo. Por otro lado, el sistema de aseguramiento público, FONASA, recibe a los sectores de menores recursos y pacientes de mayor costo que el sistema privado expulsa o rechaza y que, en su gran mayoría, son adultos mayores con patologías crónicas y/o de alto costo o aquellas que ya no pueden costear el valor del seguro privado que se incrementa progresivamente con la edad.¹

¹ Unger et al., "Chile's Neoliberal Health Reform."

Esta división en el sistema de aseguramiento conlleva a que el Sistema de Salud Privado asegure a sólo el 15% de la población, mientras que FONASA protege la salud de cerca del 80% de los chilenos. Alrededor del 5% restante de la población es asegurada a través del sistema de las Fuerzas Armadas.

La inequidad entre el sistema de aseguramiento público y privado, se puede medir a través de la diferencia en gasto en salud entre los afiliados. El monto que se gasta una persona afiliada a FONASA es cerca de 2 veces menor comparado con un afiliado ISAPRE. Lo que se traduce en diferencias significativas al momento de percibir cualquier atención sanitaria y más aún, si se toma en consideración que el sistema público, además de resolver el problema de salud del paciente, debe ser capaz de responder a un volumen de demanda mayor.

La reforma que se implementó el 2005 no tuvo como objetivo eliminar la dualidad del sistema sanitario chileno, sino más bien atenuar las desigualdades, otorgando un paquete de beneficios igual para todos los chilenos, sean estos beneficiarios FONASA o ISAPRE, sin hacerse cargo del ámbito preventivo y dejando en deuda a la sociedad chilena.

Abordaje:

Tal como en los años 50, nuestro país tuvo la visión de planificar la salud para el futuro de Chile de ese entonces, hoy se hace necesario planificar el sistema salud del futuro, que debe dar cuenta de los desafíos actuales y futuros.

Dada la problemática que enfrentamos y la necesidad de una reforma integral al Sistema Sanitario, se hace necesario trabajar con la **VISION que todas las personas que habitan en Chile deben pertenecer a UN seguro único, el cual brindaría un plan de salud universal, amplio, moderno y sin discriminación, que se financiaría a través de impuestos generales.**

A pesar que el diagnóstico que la *Comisión del Acuerdo Nacional* elaboró sobre la situación sanitaria de nuestro país, estima que sus propuestas son insuficientes y con falta de una visión estratégica, concordamos -eso sí- con la necesidad de que se produzcan reformas al Sistema de Salud de nuestro país, incluyendo cambios al principal organismo asegurador que protege la salud de los chilenos, FONASA. De esta manera, compartimos el espíritu que se expresa:

“Fonasa se pone del lado de las personas y es un dinamizador del cambio del modelo de atención y de gestión del sector público y privado. Intermedia entre necesidades de personas y uso de recursos. Convertirse en un garante para las personas cuidando poblaciones, pasando de ser un financiador del gasto a ser un comprador de soluciones sanitarias con los Servicios de Salud”.

Creemos que ante cualquier tipo de reforma al sistema de Isapre es necesario, como primera condición, fortalecer FONASA que atiende al 80% de la población.

Estimamos necesario trabajar en los siguientes ejes:

- El financiamiento actual del Sistema de Salud es insuficiente y se hace necesario incrementar el gasto público con el objetivo de mejorar la cobertura y calidad de atención.
- La necesidad que el presupuesto total de salud sea manejado por un Seguro Único, que se financie a través de impuestos generales.
- Moverse hacia un modelo que privilegie la promoción y prevención por sobre lo curativo. Para eso se debe establecer los Objetivos Sanitarios con un enfoque de riesgo, más que un enfoque curativo.
- Cambiar el modelo de atención, estableciendo **como primer nivel de atención el domiciliario** de los pacientes. Con la ayuda de las nuevas tecnologías, los pacientes podrán estar más conectados con sus Centros de Atención de Salud. Por lo tanto, es importante reformar el modelo actual hacia uno donde los problemas se resuelvan más cerca de las personas y sus hogares.
- Desarrollar una atención primaria moderna y resolutive que cuente con equipo de salud de familia: internistas, pediatras, psicólogos, otorrinos etc; y con espacios docentes y para la investigación. Enfocándose, además, en la innovación para poder establecer como primer nivel de atención el domicilio de las personas.
- Recuperar el recurso humano de médicos especialistas para fortalecer el Sistema Público hospitalario, a través de una carrera única que sea capaz de vincular a la atención primaria y hospitalaria, que hoy se encuentran compartimentalizadas.
- Utilizar las actuales tecnologías como aceleradores de cambio y en particular para reformar el paradigma de la atención en salud.
- Desarrollar una política integral de medicamentos estableciendo su gratuidad, que estos sean un bien público, priorizando la compra de medicamentos genéricos, optimizando el proceso de adquisición a través del fortalecimiento de la

CENABAST y asegurarse que la distribución sea óptima y moderna, entregando los medicamentos al domicilio.

Para lograr estas metas, se debería avanzar hacia la cobertura universal en salud, que la Organización Mundial de Salud (OMS) entiende como “el acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable que no conlleve riesgos financieros”².

No existe un sólo camino para lograr la cobertura universal y es irreal creer que hay algún país en la cual todos sus ciudadanos acceden a los servicios sanitarios sin tener algún detrimento financiero. En ese sentido, las políticas de reforma sanitaria, por las que deberían optar los países tendrían que ser enfocadas para lograr el acceso universal de manera continua y progresiva.

Propuestas:

Dado que el sistema de salud de nuestro país se encuentra obsoleto para los desafíos sanitarios que se deben resolver creemos necesario trabajar en los siguientes ejes:

1. Liderazgo innovador
2. Sistema de aseguramiento
3. Prestadores de servicio: atención primaria y hospitalaria
4. Recurso humano en salud
5. Acceso a medicamentos

1. LIDERAZGO INNOVADOR.

El Ministerio de Salud sigue trabajando como fue planificado hace más de dos décadas. El abordaje existente quedó en el pasado y se requiere de un liderazgo innovador para enfrentar los actuales problemas que demanda la población. Por lo que es necesario planificar los objetivos sanitarios con un enfoque de riesgo más que curativo.

² World Health Organization et al., *The World Health Report*.

Es por ello que el Ministerio de Salud debe asumir el rol de elaborar políticas públicas en salud, y su legislación correspondiente, considerando los datos e información recopilada a través de un Sistema de Inteligencia Sanitaria, para ser capaces de tomar decisiones acertadas y que tengan un real impacto en las personas.

Se hace necesario reforzar la separación de funciones, para que el Ministerio de Salud realmente trabaje en la elaboración de políticas públicas y no pierda el norte en la gestión de los establecimientos sanitarios.

Estas medidas harán que se pueda transitar desde un enfoque de atención de la enfermedad hacia la construcción de salud, estructurando la red de prestadores públicos de salud y su financiamiento, así como, las compras públicas del sector.

Es también tarea de la **rectoría** el abordaje integral de los determinantes sociales de la salud y generar políticas públicas con un enfoque intersectorial con especial énfasis en promoción y prevención. Trabajar realmente hacia la salud en todas las políticas. Las personas nos movilizamos desde nuestro hogar a diferentes puntos de la ciudad, como colegios y trabajos. Por eso se hace necesario abordar, entre otras materias, la planificación urbana y las intervenciones que se generan en las ciudades con el objetivo de lograr un impacto positivo en la salud de las personas.

2. SISTEMA DE ASEGURAMIENTO.

El sistema de aseguramiento en salud en Chile es un sistema dual y segmentado, con dos lógicas diferentes: Un Seguro Público Solidario (FONASA) con 13,4 millones de beneficiarios y un mercado de seguros individuales -que se encuentra insuficientemente regulado- con 3,2 millones de afiliados.

A quienes acceden al sistema asegurador privado, constituido por siete ISAPREs, se les ofrece una multiplicidad de planes, no con el objetivo de elegir entre ellos, sino de adaptarlos a la pérdida esperada, según su perfil de riesgo, para maximizar las utilidades.

Adicionalmente, la movilidad entre las ISAPREs se encuentra limitada por las preexistencias. En definitiva, un mercado excluyente con una demanda cautiva, contrario a una política sanitaria de seguridad social al disponer de condiciones para lucrar seleccionando y no administrando riesgos sanitarios.

Dado que ningún sistema sanitario es sustentable en estas condiciones, proponemos:

Propuestas:

- Como medida primordial proponemos crear un *Plan de Salud Universal*, el cual es un paquete de beneficios común y conocido por todos los chilenos. Este plan debe ser capaz de responder a las necesidades sanitarias actuales, dando cobertura tanto a las prestaciones sanitarias de carácter preventivo como las atenciones de salud curativas. Dando cuenta, además, de la incorporación de nuevas prestaciones de acuerdo a los avances tecnológicos tales como telemedicina y atención domiciliaria u otras.

El Plan de Salud Universal será administrado por el Seguro Público de Salud, FONASA y debe desarrollarse de manera extensa para dar una respuesta integral a las necesidades de salud de cada persona y cumplir los objetivos sanitarios. No puede ni debe ser un plan acotado, aunque concordamos en que debe priorizar acciones de salud de mayor valor sanitario y social.

- Para lograr implementar el Plan de Salud Universal a través de la universalización del Seguro Público, se debe transitar hacia un seguro nacional, a partir de la institucionalidad actual. Por esto, es imprescindible brindar un acceso oportuno a atenciones de salud de calidad, a través del aumento del gasto público en salud a un 8% del Producto Interno Bruto (PIB). Lo cual nos acerca a lo recomendado para países con niveles similares de desarrollo (OMS, 2010 y 2014).
- La forma más razonable de alcanzar este objetivo es a través del aumento del aporte fiscal proveniente de impuestos generales, y no de incrementar el pago a través de las cotizaciones individuales (como lo plantea la propuesta FONASA-PLUS). Al unir en un mismo fondo, solo las cotizaciones legales obligatorias de los trabajadores que se encuentran tanto en el actual FONASA e ISAPRE, junto con el actual aporte fiscal proveniente de impuestos generales, se alcanzaría un presupuesto público de salud equivalente a 5.1% del Producto Interno Bruto (OCDE 2017) a lo que habría que adicionarle el mayor aporte fiscal, pudiendo de esta manera lograr un mayor gasto en salud. En este arreglo, aquella proporción de las cotizaciones legales obligatorias que actualmente constituyen utilidades de las ISAPRE, pasará a ser invertidos en la atención de salud de las personas que las aportan. Así, los cerca de \$1.128. billones de pesos en utilidades que han tenido las ISAPRE entre 1990 y 2015, podrán en el futuro destinarse a incorporar y mejorar la atención de salud en el nuevo esquema.

- Por lo tanto, se propone que las actuales ISAPREs dejen de tener un rol sustitutivo, administrando la cotización legal del trabajador y se transformen en seguros de segundo piso con un rol complementario o suplementario al Plan de Salud Universal, pudiendo de esa manera administrar seguros complementarios.
- Así, las personas pueden optar por seguros privados que ofrezcan beneficios adicionales a los contemplados en el Plan de Salud Universal, por ejemplo, en áreas como hotelería o en prestaciones no incluidas.
- Probablemente, las actuales ISAPRE migrarán hacia ese nuevo mercado, y de este modo mantendrán un papel regulado en el aseguramiento de salud complementario al seguro nacional. Esto implica que las ISAPRE dejen de administrar la cotización obligatoria del 7%, solo pudiendo administrar cotizaciones adicionales, si es que son contratadas.
- Para el logro de los objetivos de esta propuesta, es imprescindible fortalecer el seguro público FONASA, paso inicial para avanzar hacia un acceso universal y de calidad para la población. En esta nueva etapa de su desarrollo la institucionalidad del Seguro Público deberá continuar los procesos de modernización en curso.
- La Superintendencia de Salud deberá cumplir un rol fiscalizador efectivo que hasta la fecha no ha ocupado, requiriendo para ello entregar facultades reales para garantizar que el Seguro Público responda de manera oportuna a las necesidades de la población.
- ***En relación a la distribución de los recursos (compra sanitaria):***
 - Se necesita alinear los mecanismos de distribución y pago por atenciones a los prestadores de salud. En el domicilio y establecimientos de salud de atención primaria se debe avanzar hacia pagar un per cápita por población a cargo, mejorando indexadores, y con un aporte adicional asociado a resultados y resolución del problema sin derivar a los hospitales. En hospitales públicos y privados, hay que moverse hacia pagar atención cerrada por GRD, abierta por resultados y gastos fijos por presupuesto histórico, más recurso a destinados a investigación y docencia.
 - En las zonas más aisladas y de muy baja población proponemos considerar un mecanismo de pago especial que estime estas variables de manera particular.
 - Junto a ello, es imprescindible que la compra sanitaria la haga el Seguro Único de Salud, para contener la inflación médica y generar economía de escala.

3. PRESTADORES DE SERVICIO: ATENCIÓN PRIMARIA.

Actualmente el modelo de atención que adscribe el Ministerio de Salud para la atención primaria es del pasado. Se debe reformular el actual modelo y para ello proponemos un nuevo primer nivel que es trasladar la atención de salud a los hogares. En este espacio las personas deberían recibir acciones de promoción y prevención hasta el tratamiento y rehabilitación, brindando una mayor cercanía y al mismo tiempo, descongestionando los actuales centros de atención primaria (consultorios, CESFAM, CECOSF), que deben transformarse a establecimientos de mayor capacidad resolutive.

Se debe reforzar aún más el modelo que considere la atención primaria como puerta de entrada para los beneficiarios del sistema, pero al mismo tiempo con una mayor capacidad de gestión y resolución de los problemas. Para esto se debe mejorar el mecanismo de financiamiento ajustado por riesgo individual, pasando a establecer un riesgo comunitario y por el territorio.

Para lograr esto proponemos:

- Trasladar la atención primaria al domicilio de las personas. Con el uso de nuevas tecnologías, el enfoque preventivo debe realizarse desde las casas. A través de monitoreo a distancia, asistencia médica a través de telemedicina, implementación de ficha única médica electrónica portable y receta electrónica. Dada la alta penetración en la población de internet fijo y móvil, que alcanza 91 accesos por cada 100 hab. (SubTel 2017) lo que facilita la adecuada implementación de este tipo de tecnologías. Aproximadamente el 80% de las atenciones de salud pueden ser realizadas desde la casa. Esto implica diseñar el modelo completo de atención en domicilio que incluya asesoría, atención, derivación oportuna y acceso a medicamentos. Al mismo tiempo que un modelo de traslado y atención expedita de aquellas personas con problemas de salud que no puedan ser manejados en su domicilio
- La atención primaria actual entonces se transformaría en una atención primaria en establecimientos de salud mucho más resolutive, con acceso a especialistas, tales como médico de adulto, del niño, psiquiatras y ginecólogos.

- En términos generales se necesitarían al menos (no es lo óptimo y está lejos de los datos de la OCDE), dos médicos de 44 horas semanales por cada 10.000 beneficiarios de los establecimientos de primera línea. Para una población estimada actualmente de aproximadamente 11.800.000 beneficiarios inscritos en los establecimientos administrados por los municipios, se requerirían 5.900 médicos de jornada semanal completa.

En la actualidad, según datos de los médicos de APS, existirían 3.088 médicos equivalentes a jornadas semanales de 44 horas, por lo que el **déficit asciende a 2.812 médicos de jornada completa. En otras palabras, hoy hay un déficit de 48% de médicos en la APS** que deben ser formados para acercarnos a los estándares OCDE.

- Para lograr una atención primaria más resolutive se debe reforzar la atención con la incorporación progresiva de un equipo de salud de familia con especialistas, tales como el médico internista de adulto, pediatra para los niños, psiquiatra y sicólogos para salud mental, ginecólogos, otorrino, oftalmólogos, diabetólogos, cardiólogos, así como kinesiólogos, terapeutas de salud ocupacional para la resolución de patologías de mayor prevalencia en la población.
- Hay que mejorar la carrera médica con cambios en el período asistencial obligatorio (PAO) de los especialistas financiados por el Ministerio de Salud, para que ellos pasen a ser funcionarios desde el día uno que inician su beca de especialización y también se incluya un porcentaje de horas semanales para la atención en el nivel primario, fortaleciendo la resolución de patologías.
- Al contar con especialistas en los centros de atención, se debe mejorar el arsenal terapéutico, de laboratorio e imágenes para facilitar el manejo integral de las patologías que aborden.
- Hay que implementar unidades de atención especializadas a nivel primario para la resolución de patologías con mayor lista de espera. Un ejemplo concreto son las unidades de oftalmología y otorrinolaringología a nivel primario que han demostrado una disminución de los tiempos de atención para procedimientos de alta demanda.
- Se debe reforzar la formación de especialistas para los equipos de salud de familia, con un aumento progresivo de cupos para formarlos, mediante el incentivo de mayores aranceles de esta especialidad y con refuerzo de formación en las universidades a nivel regional.

- En la Atención Primaria, hay que establecer mecanismos de perfeccionamiento para que profesionales de la AP puedan tener pasantías en los hospitales. Los médicos especialistas de los hospitales deberían destinar horas para ir a consultorio para desarrollar labores de docencia, capacitación e investigación.
- Todos los Centros de Salud Primaria serían centros docentes y obligatorio las actividades de investigación.
- Con la creación del Plan de Salud Universal, la cartera de servicios de atención primaria debe actualizarse, para que la cartera de servicios realmente cumpla con los criterios de resolutiveidad. Por lo tanto, se deben incorporar a este plan nuevos exámenes de laboratorio, imagenología y arsenal farmacológico e insumos, considerando criterios epidemiológicos, de infraestructura y recursos humanos.
- Respecto a la salud bucal para cumplir estándar OCDE se requiere contratar 5021 profesionales.

4.- Nivel hospitalario:

- Hay que fortalecer la autonomía de los hospitales, poniendo foco en la alta complejidad. Esto permitiría que los especialistas se focalicen en casos más complejos y la atención primaria aborde el grueso de la atención en salud. Para ello, se requiere establecer las brechas en tecnologías y equipamientos necesarios para potenciar focos de desarrollo de especialidad.
- Es necesario dotar a los establecimientos hospitalarios de herramientas de gestión que le permitan la compra, mantención y reposición de equipamiento.
- Se debe contar con herramientas de gestión hospitalaria que permitan la planificación y contratación de recurso humano y entregar incentivos en función de cumplimiento de metas.
- Hay que implementar la ficha clínica electrónica interoperable en todo el sistema de salud. Además, los pacientes podrían obtener su información clínica a través de smartphones o computadores.
- Se debe fortalecer los polos regionales de resolución de patologías de alta complejidad con el objetivo de descentralizar la atención en las macrozonas. Cuando una patología presenta una mayor prevalencia en la población se hace necesario descentralizar la atención en salud y no concentrarla en centros de referencia nacional, por lo que debemos potenciar el trabajo en regiones para una atención de salud oportuna.

- Proponemos implementar la ficha clínica electrónica portable en Chile. Para esto debemos concordar el conjunto de datos que compartiremos en todo el sector salud y con todos los ciudadanos a través de smartphones o computadores.
- Para la red en su conjunto se hace necesario fortalecer mecanismos de agendamiento inteligente que evite la pérdida de horas de atención. Es por ello, que proponemos implementar un sistema de agendamiento multicanal, proactivo, que incluya gestión activa de las horas y sobrecupos e impida espacios vacíos en la agenda de los profesionales de la salud, optimizando las horas efectivas de atención.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD.

De acuerdo a los resultados definitivos del último censo abreviado del año 2017, Chile tendría una población total, extranjeros incluidos, ascendente a los 17.574.003 habitantes.

De acuerdo a datos de la OCDE (tomados de diferentes fuentes), en el año 2016 había en Chile 41.722 médicos, de los cuales 7.457 fueron formados en el extranjero (17,9% del total, de los cuales 1.071 no han aprobado el EUNACOM).

En el Sistema Nacional de Salud, con una población beneficiaria a diciembre de 2017 de 13.926.380 personas, trabajarían alrededor de 18.357 médicos (44% del total trabajando en Chile, el 66% lo hace fuera del SNSS). Las cifras anteriores nos dan una razón de 1,8 médicos por mil beneficiarios en el SNSS; 2,4 por mil para toda la población en el país; y 6,4 médicos por cada mil personas no adscritas al sistema público, (3.647.623 personas adscritas a las Isapre, Instituciones Sanitarias de las FF.AA. y de Orden, otros seguros privados de salud y no cotizantes a ningún sistema).

Las cifras anteriores permiten explicar que en el SNSS la concentración de consultas médicas totales por beneficiario al año son no más de 1,44. En cambio, en el caso de los afiliados a las Isapre la concentración es de 3,4 y muy lejos de las 6,6 consultas por habitante año que es el promedio de la OCDE.

Propuestas:

- El mayor desafío del sistema hospitalario público es recuperar a sus especialistas y RRHH calificados, por lo que se debe desarrollar un plan nacional de reincorporación a través de la contratación de especialistas que se encuentran en el sector privado; destinar más recursos para la formación de los especialistas; a través de la contratación de especialistas extranjeros que hayan certificado sus especialidades y por medio de una modificación de la ley que impide recontratar médicos especialistas jubilados por un plazo de cinco años.
- Hay que desarrollar una carrera única para los profesionales de la red asistencial que permita su desempeño en los distintos niveles de atención (atención primaria y hospitalaria), permitiendo el reconocimiento de los años de servicio.
- Junto a ello, para recuperar especialistas, se debe establecer remuneraciones de mercado y competitivas con el sector privado e incluir mecanismos de pago ligado a desempeño y ajustar progresivamente el sueldo de los profesionales de la salud a una renta adecuada para el sector.
- Hay que incentivar la contratación de jornada completa de 44 horas semanales.
- Entendemos que el sueldo no es el principal motivo para el desarrollo profesional de las personas y su fidelización al sistema de salud público. Es por ello que, además, se debe incluir dentro de la carrera, incentivos formales para realizar docencia e investigación, formación continua en base a los objetivos que defina la red asistencial y resguardo de los espacios de discusión de casos de pacientes y educación entre pares (reuniones clínicas, desarrollo de cursos de formación).
- Es necesario implementar un plan de cierre de brecha de recursos humanos basados en las tasas de uso de prestaciones de salud y migrando progresivamente a una planificación del recurso humano en base a la carga de enfermedad poblacional.
- Distribuir los recursos humanos en base a la demanda de atención para médicos generales y especialistas la cual difiere en cada región.
- Trabajar en conjunto con las facultades de medicina para potenciar el egreso de profesionales de la salud y especialistas en las áreas más deficitarias o en la generación de polos de desarrollo en áreas especializadas.
- Potenciar el rol formador de los servicios de salud como una herramienta válida para la formación en práctica de especialistas con mayor brecha, en base de los criterios propuestos por CONACEM. Ello como un complemento más, pero no como un sustituto de la formación de postgrado.

- Formar los 4.772 médicos generales y 2.428 especialistas que requerirán los hospitales en 2030
- Modificar la ley que permita la recontractación inmediata, que hoy se prohíbe, de los cerca de 1.300 médicos especialistas en edad de jubilar (un 13% de los especialistas que trabajan en los hospitales). Si ello ocurriera el déficit de especialistas a nivel hospitalario se haría dramático.
-

5.- ACCESO A MEDICAMENTOS.

Para el año 2015 el gasto operacional del sistema correspondió al 69% del gasto total en salud. De este un 41% concernió al subtítulo 22, siendo su ítem más importante la compra de fármacos con un 34% (DIPRES 2016). Ello implica un gasto sanitario relevante que impacta directamente en la deuda hospitalaria. Junto a ello, el gasto de bolsillo en salud el año 2012 representó un 5,2% del presupuesto familiar (MINSAL 2015). El ítem fármacos fue el más relevante con un 38% del gasto. Esto implica necesariamente la implementación de medidas tendientes a disminuir el costo de los medicamentos en el país y potenciar un mecanismo de evaluación de tecnologías sanitarias que permita priorizar las intervenciones en salud más costo-efectivas para el sistema sanitario.

Propuestas:

- Se debe establecer que los medicamentos son un bien público y parte del proceso de recuperación de la salud y por lo tanto hay que instaurar la gratuidad del 100% de aquellos que se receten en red pública de salud. Además, de tener un arsenal completo para todas las necesidades.
- Proponemos cambiar la lógica de distribución de medicamentos a los pacientes hacia el envío a domicilio, en particular a pacientes crónicos. Para esto se debe incorporar e integrar la receta médica electrónica a los sistemas de distribución de los proveedores a los cuales se compran medicamentos. Estos sistemas deberán tener trazabilidad completa desde la prescripción a la entrega en los domicilios.
- Se debe fortalecer a la CENABAST para centralizar la compra de medicamentos, insumos y equipos médicos, limitando al mismo tiempo esta facultad para hospitales y municipios. Esta medida requiere implementar a través de una modificación del DFL1 las herramientas legales que requiere la CENABAST para poder ejercer su rol comprador de manera eficiente y sin los problemas históricos de caja que ha tenido.

- Hay que implementar convenios marco multianuales para compra de altos volúmenes de medicamentos y equipos médicos.
- Se debe potenciar las compras internacionales de medicamentos genéricos bioequivalentes con organismos internacionales como OPS/OMS y UNFPA o por medio de compras conjuntas con otros países, que por economía de escala permiten acceder a precios preferentes.
- Hay que establecer mecanismos de negociación con la industria farmacéutica y propiciar la transferencia tecnológica con laboratorios de producción nacional como mecanismos para la disminución de los costos de traslado y evitar la interrupción de la cadena de suministro con los centros asistenciales.
- Se debe fortalecer el monitoreo en línea de los medicamentos de alto costo con el objetivo de evitar la interrupción de tratamiento para patologías de alta complejidad y gestionar en red los medicamentos.
- Disminuir la burocracia interna de los centros de atención mediante la implementación de la receta médica electrónica.
- Implementar el envío de medicamentos a domicilio, acercando la atención de salud a los hogares de los pacientes. Este tipo de forma de dispensación se propiciará en pacientes crónicos estables en coordinación con el equipo médico tratante.

- **6.- PREVENCIÓN: DESAFÍO PRIORITARIO**

.- Establecer un AUGE de Salud Pública que asegure garantía de oportunidad, calidad y financiamiento para las acciones de promoción, prevención y para todos los exámenes relacionados con la pesquisa y diagnóstico precoz de riesgos.

.- Promover una política nacional para incentivar la actividad física en todos los grupos etarios.

.- Promover la aplicación de impuestos a los alimentos que tengan sellos Altos en...

.- Establecer la tarjeta verde para promover el subsidio a la compra de frutas y verduras

.- Hay que modificar las bases de todos los programas de nutrición y alimentación como Junaeb y Junji, para obligar a entregar al menos cinco raciones de fruta y verduras frescas al día; prohibir la entrega de alimentos con sellos Altos en...

.- Establecer la obligación que programas a nivel regional compren sus alimentos a través de encadenamiento productivo con productores locales.

.- Establecer una política de ordenamiento territorial, tanto en el ámbito urbano y rural, para favorecer territorios en que las personas pueda caminar, correr, andar en bicicleta y hacer actividad física.