



No 2 de enero de 2024
Click en la página para ir al artículo

INDICE

PRESENTACIÓN	p.4
UNA MIRADA A LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN CHILE. Rafael Urriola U.	p.5
ALGUNAS NOTAS SOBRE EL INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR (IPC) GENERAL, EL DE ALIMENTOS Y EL DE SALUD Salvador Marconi R.	p.15
COMO MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD PÚBLICA: UN EXPERIMENTO CON HERRAMIENTAS DIGITALES EN URUGUAY PARA MEJORAR LA ASISTENCIA A CITAS PARA LAS PRUEBAS DE PAPANICOLAOU. Sebastián Gallegos , Benjamin Roseth , Ana Cuesta y Mario Sánchez	p.21
COSTOS EVITABLES EN SALUD: ERRORES DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL PROCESAMIENTO DE EXÁMENES DE LABORATORIO (EXPERIENCIA EN UN LABORATORIO CLÍNICO DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO, CHILE) Leslye Arellano Ferrada y Natalia Torres Estay	p.29
ALGUNOS ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO PRAIS DEL SSM SUR PARA EL 2024 Eduardo Toro Leontic	p.37
EVALUACIÓN FINANCIERA DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR CONCÓN Montserrat Castro Figueroa y César Simunovic Beltrán	p.49
SECCION DOCUMENTOS: SALUD UN DERECHO, EN TODAS LAS POLÍTICAS Y EN TODOS LOS LUGARES. Comisión de exministras y ministros de Salud	p.59
HEALTH AT A GLANCE (PANORAMA DE LA SALUD) 2023. OECD INDICATORS (resumen ejecutivo)	p.73

PUBLICACIONES Y ACTIVIDADES EN APROB

[p 77](#)



Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo es una publicación cuatrimestral de la **ASOCIACIÓN PARA LA PROMOCION DEL BIENESTAR, APROB** con ISSN 2810-6997.

APROB es una Corporación sin fines de lucro Rut: 65.139.415-5 certificada en el Servicio de Registro Civil e Identificación con el N°344319 con fecha 23-03-2023.

La publicación es de completa independencia editorial y sigue los procedimientos y criterios académicos habituales, incluida la revisión de sus artículos por especialistas internos y externos. El objetivo del Boletín es exponer casos, experiencias, metodologías, conceptos o teorías que ayuden a identificar los ámbitos para mejorar la calidad y la eficiencia en las prestaciones de salud y, por tanto, mejorar el bienestar de los usuarios. En esta medida, se podrán identificar indicadores relevantes en la perspectiva de un barómetro de bienestar que incluya otros sectores, desde luego, la economía y el medio ambiente.

La publicación se distribuye a universidades, institutos de investigación y otras organizaciones, especialmente las relacionadas con la salud, así como a usuarios individuales vinculados al área de la salud de diferentes países.

Las opiniones expresadas en los artículos son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de APROB. Para solicitar los envíos de este o futuros boletines diríjase a contacto@aprobienestar.cl

El Director-editor de la Revista es Rafael Urriola U. y José Leandro Urbina es el encargado editorial.

El texto completo del Boletín puede obtenerse también en la página web de APROB: www.aprobienestar.cl en forma gratuita.

Esta publicación debe citarse como: Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB). Boletín Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo No 2. Santiago, enero de 2024. (La abreviatura de título de esta publicación según las normas del ISSN es "Sist. salud bienestar colet.")- Se autoriza reproducir total o parcialmente esta obra mencionando la fuente respectiva.

Enero de 2024

PRESENTACION

La Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB) tiene entre sus objetivos, definir el concepto de bienestar que podría dar un norte a las acciones de políticas públicas en diversos ámbitos.

La salud, ausencia de enfermedad, es parte sustancial de lo que las personas atribuyen al bienestar. Como tal, es de máxima importancia para la sociedad mejorar el desempeño del sistema de salud (su universalidad, equidad, calidad y eficiencia). Entonces, se debe medir este desempeño a través de indicadores suficientes que permitan identificar resultados.

En sistemas complejos y de actividades múltiples como la salud es difícil estructurar un sistema representativo de indicadores del desempeño sectorial. No obstante, hay países que logran este objetivo con un par de decenas -o menos- de indicadores calificados como trazadores, tal como la esperanza de vida que continúa siendo el indicador insignia de la salud.

Los trabajos que se han incluido en este Boletín tienen por objeto exponer casos, experiencias, metodologías, conceptos, análisis o teorías que ayuden a identificar los ámbitos del mejoramiento de la calidad y la eficiencia del sistema de salud con el objetivo de lograr un mejor bienestar individual y colectivo y que nos permitan identificar indicadores relevantes en la perspectiva de un barómetro de bienestar que incluye otros sectores, desde luego, la economía y el medio ambiente.

Los invitamos e instamos a que nos envíen artículos los cuales podrán ser difundidos por este medio (como es habitual, previa aprobación del equipo editorial).

Infórmese en nuestra página: www.aprobienestar.c

Contáctenos en contacto@aprobienestar.c

UNA MIRADA A LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN CHILE.

Rafael Urriola¹

Antecedentes

En el mundo hay preocupación por conocer los determinantes de la demanda y oferta de recursos humanos en el ámbito de la salud². Como se sabe, la demanda de bienes y servicios de salud en un momento es completamente inelástica, es decir, si no se dispone de los recursos para suplir esa demanda habrá quienes no recibirán atención con consecuencias diversas según el grado de letalidad de la patología que ocasiona la demanda.

En Chile, la saturación de la oferta del sistema público genera inquietantes listas de espera que suelen ser motivo de debates en el ámbito político³ como en el de las autoridades de salud⁴. Nadie ha logrado resolver las listas de espera pero, valga la acotación, este problema hoy se registra con importancia en la mayoría de los países de la OCDE⁵.

Si bien, gran parte de los retardos en la atención en el sector público se deben a la falta de recursos para contratar especialistas, ya empieza a verificarse ciertos “cuellos de botella” en algunas especialidades (anestesiólogos, psiquiatras) que podrían ampliarse a otras y que afectan tanto al sector público como al privado. Es decir, hay algunas especialidades en que, incluso en el sector privado, encuentran limitaciones lo cual, en primer lugar, lleva los precios de estas prestaciones a niveles altamente críticos para el financiamiento del sistema. En algunos países, incluso de América Latina, empiezan a notarse déficits de enfermeros, lo que puede estar vinculado a las diferencias de remuneraciones y a una percepción de que se trata de profesiones muy estresantes en términos de horarios y mal retribuidas en cuanto a salarios medios.

¹ Master en Economía Pública y Planificación. U de Paris. Presidente APROB. salud@aprobienestar.cl

² Ver por ejemplo OMS/OPS. Concept Note Sub-Regional Training. Health Labour Market Analysis Training. Sao Paulo 21-25 noviembre 2023.

³ Por ejemplo, Comisión médica asesora ministerial que se crea por instancia de la Cámara de diputados para revisión de irregularidades en listas de espera (2018) <https://www.minsal.cl/comision-asesora-por-listas-de-espera/>

⁴ Vergara M. Diseño, implementación y evaluación de un modelo de gestión de listas de espera para tratamientos quirúrgicos NO GES en hospitales públicos en Chile. Proyecto FONIS - SA14ID0138. 2018

⁵ Las listas de espera han pasado de 9 a 12 meses en promedio en Canadá. (Pour l'ensemble des spécialités, l'attente pour obtenir un rendez-vous frôlait en moyenne les 9 mois en septembre 2020. Elle dépasse désormais 12 mois). <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1894548/acces-medecin-specialiste-720-000-requetes-attente>

Los estudios de brechas de recursos humanos en el sector salud en Chile son escasos. En la actualidad, luego de la formulación del programa de Garantías Explícitas de Salud (GES) en 2005, es necesario estimar la demanda (incluso geográfica) de los recursos (humanos y físicos) disponibles para aprobar la inclusión de un nuevo problema de salud a la lista ya que, de otro modo, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) se ve obligado a buscar prestadores privados alternativos que resultan más onerosos para el sector público.

Entonces, al menos en los problemas de salud GES esta estimación existe. No obstante, la manera adecuada de evaluar si los recursos humanos disponibles generales son suficientes es definiendo la carga de enfermedad del país y los recursos necesarios para resolver aquello. Este cálculo es posible realizarlo, aunque tiene márgenes de error, entre otras cosas, por las demandas colaterales eventualmente no contempladas en modelos de esta naturaleza⁶.

De otra parte, el carácter altruista y el status social y económico que rodeó históricamente a los trabajadores de la salud se ha ido resquebrajando. Muy probablemente la transformación de la simbología del éxito hacia la obtención de dinero ha reducido la atracción de las profesiones sanitarias, incluso la de los médicos.

Así, el creciente predominio de la feminización de las profesiones sanitarias, en Chile incluso se manifiesta en los niveles directivos del sector. La categoría directivos, gerentes y administradores de servicios de salud mantiene una proporción de 64% para mujeres y 36% para hombres (Casen 2022).

Objetivo y metodología

Este trabajo tiene por objeto hacer una exploración preliminar para describir la situación y distribución según variables significativas de los recursos humanos en salud en Chile en el año 2022 a partir de un análisis de los resultados de la encuesta Casen 2022⁷. Para estos efectos se usó el programa Stata y algunos análisis estadísticos complementarios.

Principales hallazgos

Esta sección examina variables e indicadores basándose en las estadísticas relevantes que destaca la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en sus publicaciones anuales del Health at a Glance (Panorama de la salud) en los capítulos relacionados con recursos humanos.

⁶ The Lancet. Medición de la disponibilidad de recursos humanos para la salud y su relación con la cobertura universal de salud para 204 países y territorios de 1990 a 2019: un análisis sistemático para el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad 2019. 2022. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)

⁷ Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de Caracterización socioeconómica Nacional (Casen) 2022.

i) La feminización del trabajo de la salud

La proporción de trabajadores en la salud con respecto al total de trabajadores en el país es de 4,7%, es decir, alrededor de 450 mil personas se desempeñan en el sector. Esta proporción es inferior a los países de la OCDE que superan el 10% en promedio incluso antes de la pandemia.

Además, como se observa en el cuadro 1, hay una fuerte proporción de mujeres en estas actividades. En la mayoría de los países OCDE (2023⁸) más del 75% de los trabajadores del sector salud y de cuidados sociales⁹ son mujeres. Chile se ubica en ese promedio (cuadro 1).

Cuadro 1. Trabajadores en profesiones de salud con respecto al total de trabajadores. Chile 2022

Hombres	Mujeres	total
2,0%	8,2%	4,7%

Fuente: Casen 2022. Elaboración propia

Asimismo, el cuadro 2 da cuenta de la mayor proporción de mujeres en el sector salud con respecto al total de las actividades.

Cuadro 2. Proporción de hombres y mujeres en profesiones de la salud. Chile 2022

	Hombres	Mujeres
Total trabajadores país	56,1%	43,9%
Trabajadores de la salud	24,1%	75,9%

Fuente: Casen 2022. Elaboración propia

No obstante, la feminización del sector se presenta diferenciadamente según tipo de trabajo como se observa en el cuadro 3 en que se seleccionaron las profesiones que tenían significación muestral. Los hombres son mayoría entre los médicos. Empero, a juzgar por lo que sucede en otros países y por la proporción de estudiantes en las facultades de medicina chilenas esta relación está cambiando y seguirá haciéndolo.

Cuadro 3. Profesiones de salud seleccionadas por sexo

	hombres	mujeres
Médicos generales	50,9%	49,1%
Médicos especialistas	54,3%	45,7%

⁸ OCDE. Health at a glance. 2023.

⁹ En este trabajo para Chile solo se consideran trabajadores de las profesiones de salud (cuadro 3) y no los de cuidados. Por esta razón podrían haber diferencias en las comparaciones Chile-OCDE.

Enfermeros profesionales	16,2%	83,8%
Profesionales de matronería	6,5%	93,5%
Psicólogos	31,1%	68,9%
Dentistas	42,2%	57,8%
Químicos farmacéuticos	42,4%	57,6%
Kinesiólogos	44,7%	55,3%
Dietistas y nutricionistas	3,5%	96,5%
Fonoaudiólogos	10,2%	89,8%
Tecnólogos médicos	36,4%	63,6%
Terapeutas ocupacionales	13,6%	86,4%
Técnicos de laboratorios clínicos y servicios de sangre	14,3%	85,7%
Técnicos y asistentes farmacéuticos	38,9%	61,1%
Técnicos y auxiliares paramédicos de enfermería	15,3%	84,7%
Técnicos y auxiliares paramédicos en odontología	7,9%	92,1%
Técnicos y asistentes fisioterapeutas	14,0%	86,0%
Inspectores de la salud y técnicos en prevención de riesgos	47,9%	52,1%

Fuente: Casen 2022. Elaboración propia

Esta mayoría femenina en el sector exige que la administración considere tal situación de manera especial para proteger el trabajo femenino. Una acción ya tomada es que los establecimientos de salud, probablemente, tienen la mejor cobertura del sector público en cuanto a guarderías.

ii) La distribución de trabajadores por sector público y privado

En el cuadro 4 se observa la distribución de los trabajadores de la salud por categoría ocupacional, lo que da cuenta de la importancia del sector público (50,4%) como empleador del sector. No obstante, los llamados trabajadores por cuenta propia en esta categoría se refieren a profesionales de la salud que ejercen de manera independiente y que alcanzan al

10.2% del total del empleo sectorial. Cabe notar que un 37% de los trabajadores de la salud lo hacen en el sector privado.

Esta asimetría en la relación de trabajadores en el sector público y privado (50/37) es diferente a la población que atienden ambos sectores (82% Fonasa/16% Isapres) lo cual tendrá ciertamente impactos en calidad de la atención, productividad y costos según sector.

Cuadro 4. Trabajadores de la salud según categoría ocupacional

1. Patrón o empleador	2. Trabajador (a) por cuenta propia	3. Empleado (a) u obrero(a) del sector público (1)	4. Empleado (a) u obrero(a) de empresas públicas	5. Empleado (a) u obrero(a) del sector privado	6. Servicio doméstico puertas adentro	7. Servicio doméstico puertas afuera	8. FF.A A. y del Orden	9. Familiar no remunerado	Total
1,5%	10,2%	38,7%	11,7%	36,9%	0,1%	0,4%	0,4%	0,0%	100%

(1) Gobierno Central o Municipal)

Fuente: Casen 2022

iii) Nacionalidad de médicos que atienden en Chile

Existe la impresión de que con las migraciones recientes (últimos 10 o 15 años) han llegado muchos médicos, especialmente de países de América del Sur, a Chile y que éstos se desempeñan preferentemente en la Atención Primaria (APS).

El cuadro 5 confirma que el aporte de médicos con otras nacionalidades es significativo en particular en la APS. En efecto, la mayoría de los médicos con doble nacionalidad han adquirido la chilena (el 22% de los médicos generalistas nacieron en otro país y el 13% de los especialistas, según Casen 2022).

Cuadro 5. Nacionalidad de los médicos que se desempeñan en Chile

	Chile	Doble nacionalidad	Otra nacionalidad
médicos generalistas	76,9%	7,1%	16,0%
médicos especialistas	84,8%	6,6%	8,6%

Fuente: Casen 2022. Elaboración propia

Sin embargo, el aporte de los médicos extranjeros en la atención de especialidades es, también significativo lo que exige análisis más detallados y sugiere, asimismo, la existencia de brechas en esta área. Cabe también notar que la diferencia es significativa en cuanto al empleador, puesto que el 65% de los médicos nacidos en otro país se ubican en el sector público (Casen 2022).

iv) Profesionales de la salud por tramo de edad

Una preocupación que existe en las autoridades europeas es que hay menos interés por las profesiones sanitarias entre los jóvenes, tanto por la atracción de otras profesiones y oficios como por las exigencias que tiene estas profesiones, especialmente en cuanto a turnos y la obligación de atender urgencias en cualquier momento. Esto ha llevado a un notorio envejecimiento en esos países de algunas de las profesiones sanitarias. Para este efecto se construyó el cuadro 6 que muestra la proporción de trabajadores según tramo de edad en Chile.

Cuadro 6. Proporción de trabajadores de salud según tramo de edad

Oficio/ tramo de edad	<25	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +
Médicos generales	0,0%	48,5%	24,9%	10,1%	8,9%	7,7%
Médicos especialistas	0,0%	21,2%	28,5%	17,2%	15,2%	17,9%
Enfermeros profesionales	4,2%	55,6%	23,4%	10,9%	4,2%	1,7%
Profesionales de matronería	3,3%	44,6%	23,9%	14,1%	8,7%	5,4%
psicólogos	5,4%	46,1%	29,3%	12,6%	5,6%	0,9%
Dentistas	0,0%	55,6%	25,9%	8,1%	5,2%	5,2%
Químicos farmacéuticos	3,0%	47,0%	21,2%	15,2%	10,6%	3,0%
Kinesiólogos	1,9%	66,0%	22,8%	4,9%	4,4%	0,0%
Dietistas y nutricionistas	5,2%	64,3%	20,9%	7,0%	2,6%	0,0%
Fonoaudiólogos	3,9%	73,2%	18,9%	1,6%	1,6%	0,8%
Tecnólogos médicos	3,0%	51,5%	20,2%	13,1%	8,1%	4,0%
Terapeutas ocupacionales	4,9%	72,8%	18,5%	1,2%	2,5%	0,0%
Técnicos y asistentes farmacéuticos	8,3%	33,3%	13,9%	27,8%	11,1%	5,6%

Técnicos y auxiliares paramédicos en odontología	20,7%	51,2%	15,2%	7,9%	4,9%	0,0%
Técnicos y asistentes fisioterapeutas	8,0%	26,0%	26,0%	18,0%	18,0%	4,0%
Técnicos y auxiliares paramédicos de alimentación	5,0%	25,0%	45,0%	10,0%	15,0%	0,0%
Inspectores de la salud y técnicos en prevención de riesgos	7,7%	51,3%	25,6%	8,5%	6,0%	0,9%

Fuente: Casen 2022. Elaboración propia

Como puede observarse los médicos generalistas son mayoritariamente jóvenes porque este nivel es un “trampolín” para acceder a la beca de especialidad ya que con tres años en el sector pueden postular a becas en especialidades diferentes a las de APS. De su parte, considerando el tiempo para hacer la especialidad de los médicos especialistas éstos son mayores y un 18% de quienes ejercen tiene más de 65 años.

Un aspecto que llama la atención es que hay profesiones “para jóvenes”, es decir la proporción de personas menores de 35 años es muy alta. Esto permitiría pensar que son profesiones que frustran a los trabajadores porque pueden generar aspectos negativos que impulsan la migración/deserción profesional como: Bajos salarios, horarios y/o turnos muy exigentes, pocos empleos disponibles, nivel de stress en el trato sea con usuarios o superiores.

En el caso de los grupos que la mayoría (50% o más) tiene menos de 35 años se encuentran los enfermeros, dentistas, Kinesiólogos, Dietistas y nutricionistas, Fonoaudiólogos, Tecnólogos médicos, Terapeutas ocupacionales, Técnicos y auxiliares paramédicos en odontología. Al nivel de la lógica económica y del análisis de los mercados de trabajo podría levantarse la hipótesis -a probar- que estas profesiones tienen una sobre oferta y que la experiencia no es siempre importante y, por lo tanto, son los más jóvenes (normalmente peor remunerados) que son contratados para reemplazar a los más experimentados que esperan mejorar sus ingresos en el tiempo¹⁰.

¹⁰ Con los datos de la Casen 2022 se podría investigar sobre las ocupaciones de personas que tiene estas calificaciones y que, pueden estar trabajado en ramas de actividad completamente diferentes pero esto supera al objetivo de este artículo.

v) Ingresos de las profesiones sanitarias

En efecto, las expectativas de ingresos son un factor importante en la elección de profesiones de los jóvenes y es posible suponer que esto influye, finalmente, en la calidad de las prestaciones. Para este efecto se evaluó la distribución de los ingresos por quintiles según profesión (cuadro 7) lo que permite calificar el sistema de remuneraciones de cada profesión en el país.

Cuadro 7. Profesiones sanitarias seleccionadas según quintil de ingresos

	I	II	III	IV	V
Médicos generales	0,6%	0,0%	1,8%	14,2%	83,4%
Médicos especialistas	0,7%	0,7%	2,6%	7,9%	88,1%
Enfermeros profesionales	0,8%	4,4%	11,0%	29,5%	54,3%
Profesionales de matronas	0,0%	2,2%	7,6%	29,3%	60,9%
Psicólogos	1,2%	4,9%	15,0%	31,6%	47,3%
Dentistas	1,5%	4,4%	11,9%	16,3%	65,9%
Químicos farmacéuticos	1,5%	1,5%	7,6%	13,6%	75,8%
Kinesiólogos	1,5%	5,3%	13,1%	32,0%	48,1%
Dietistas y nutricionistas	2,6%	8,7%	10,4%	36,5%	41,7%
Fonoaudiólogos	1,6%	7,1%	11,8%	30,7%	48,8%
Tecnólogos médicos	0,0%	2,0%	10,1%	36,4%	51,5%
Terapeutas ocupacionales	0,0%	9,9%	16,0%	29,6%	44,4%

Fuente: Casen 2022. Elaboración propia

Considerando los rangos de los ingresos, solo médicos y químicos farmacéuticos tienen una esperanza en torno al 70% de situarse en el quintil de ingresos más altos.

Conclusiones y discusión

- El mercado de los recursos humanos en salud podría convertirse en un importante "cuello de botella" para las estrategias de universalización de la cobertura de salud. En efecto, una demanda creciente podría no encontrar suficiente oferta en los diferentes niveles. Por ejemplo, el sistema chileno está sostenido al nivel de médicos en alrededor de un 20% por profesionales extranjeros. Chile aumentó de 21,5 médicos por 10.000 habitantes en 2014 a 25 en 2022.

- La feminización de las trabajadoras de la salud es un hecho relevante y tendrá que abordarse en las políticas sanitarias, sociales y de gestión sectorial.

- El sistema de salud chileno adolece de grandes listas de espera y profesionales que trabajan a tiempos parciales y, paralelamente, quirófanos con alta capacidad ociosa. Un problema generalizado en el sector público es la inflexibilidad administrativa que suele ser fortalecida con el objeto de evitar arbitrariedades, corrupción o malversaciones. No obstante, como

contraparte aumentan las ineficiencias, el mal uso de recursos y los gastos innecesarios. Esto incluye y afecta fundamentalmente a la gestión de los recursos humanos.

- El 50% de los profesionales de la salud tiene como empleador al sector público. Si se considera que el 80% de la población es atendida bajo la responsabilidad del sector público hay una distribución inequitativa lo cual podría exacerbarse si se introducen evaluaciones con respecto a la distribución regional de los recursos, especialmente de especialistas.

- Solo pocas profesiones de la salud son apreciadas en términos de ingresos en relación con los problemas que enfrenta el ejercicio de la profesión. Por ello, las personas buscan alternativas que puedan ser menos exigentes en horarios y estrés laboral, quizás aun dedicándose a tareas diferentes a las de la profesión declarada.

Este artículo es solo una exploración preliminar -e intencionalmente breve- a partir de una encuesta reciente y con representatividad nacional (la Casen 2022) para destacar la necesidad de estudiar con detalle las brechas de personal reales en recursos humanos en el sector público y para instar a un acuerdo explícito entre universidades y el sector público de salud¹¹ a través de la Subsecretaría de Salud Pública para adelantarse a los problemas de estas brechas creando incentivos para profesiones faltantes y redefiniciones cuando corresponda de los planes de estudio, incluyendo cambios en la duración, estructura o especialización de carreras, cuando corresponda.

La importancia de abordar las brechas de la fuerza laboral sectorial se subraya en estudios que vinculan los recursos humanos en salud con los resultados de salud a nivel de la población. Es muy importante que estos estudios establezcan con transparencia las brechas regionales y socioeconómicas que presenta la distribución geográfica de los recursos humanos en el país.

¹¹ Artaza O, Santacruz J, Girard JE, Alvarez D, Barria S, Tetelboin C, et al. Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e83. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.83>

ALGUNAS NOTAS SOBRE EL INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR (IPC) GENERAL, EL DE ALIMENTOS Y EL DE SALUD

Salvador Marconi R¹².

Estas notas tienen por objeto hacer un breve resumen de la inflación en Chile, específicamente de la evolución del IPC general, de los precios de los alimentos y bebidas no alcohólicas, así como de aquellos de la salud que se describen en los datos difundidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), hasta noviembre del 2023.

Adicionalmente, se presentan algunas reflexiones sobre la estructura del consumo de los hogares a partir de la recientemente publicada Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), difundida por el INE (2023) y se compara la estructura del gasto de los hogares que refleja la encuesta del INE 2018 con la del año 2023.

1. El IPC

Durante el mes de noviembre 2023, la inflación mensual fue de 0,7%, en un contexto marcado por una notoria volatilidad del tipo de cambio y del precio de los combustibles en el mercado internacional. El deslizamiento anual (es decir, la comparación entre diciembre 2023 y el mismo mes del año anterior) del Índice de Precios al Consumidor fue de 4,8% (véase cuadro n.1).

Cuadro n.1: Chile, Índice de Precios al Consumidor Cobertura nacional. Año base 2018

Mes	Índice		Variación mensual (%) 1/		Variación acumulada (%) 2/		Variación 12 meses (%) 3/	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
enero	115,8	130,1	1,2	0,8	1,2	0,8	7,7	12,3
febrero	116,1	130,0	0,3	-0,1	1,5	0,7	7,8	11,9
marzo	118,3	131,4	1,9	1,1	3,4	1,8	9,4	11,1
abril	119,9	131,8	1,4	0,3	4,8	2,1	10,5	9,9
mayo	121,4	131,9	1,2	0,1	6,1	2,3	11,5	8,7
junio	122,5	131,7	0,9	-0,2	7,1	2,1	12,5	7,6
julio	124,2	132,2	1,4	0,4	8,5	2,5	13,1	6,5
agosto	125,7	132,4	1,2	0,1	9,9	2,6	14,1	5,3
septiembre	126,8	133,2	0,9	0,7	10,8	3,3	13,7	5,1
octubre	127,4	133,8	0,5	0,4	11,4	3,7	12,8	5,0
noviembre	128,7	134,8	1,0	0,7	12,5	4,5	13,3	4,8
diciembre	129,0		0,3		12,8		12,8	

1/ Es el cambio porcentual del índice del mes actual con respecto al anterior

2/ Es el cambio porcentual del índice del mes actual con respecto a diciembre del año anterior

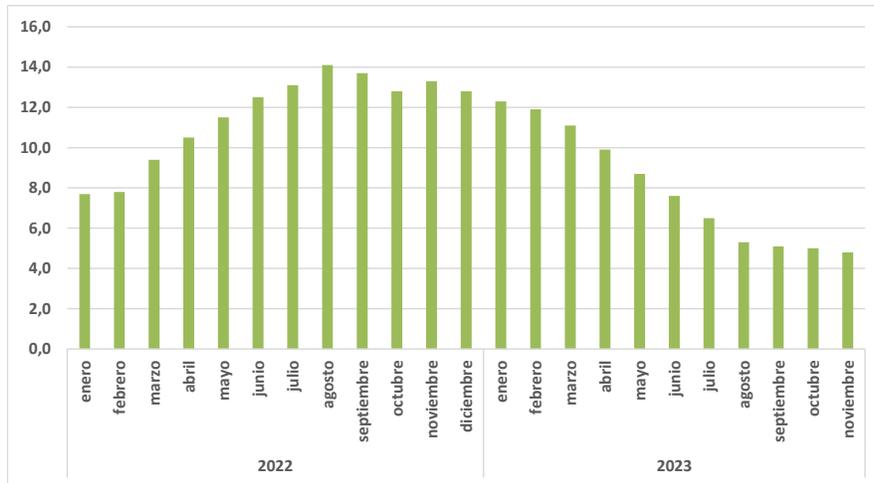
3// Es el cambio porcentual del índice del mes actual con respecto a igual mes del año anterior

Fuente: elaboración propia en base a información difundida por el INE: www.ine.gob.cl

¹² Coordinador del área de Macroeconomía y Bienestar de la Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB) de Chile. El autor desea agradecer las sugerencias y el aporte de Rafael Urriola U. En todo caso, los errores en esta versión son de entera responsabilidad del autor.

El gráfico 1 reporta el deslizamiento anual, mes a mes, de las variaciones interanuales del IPC general. Al observar la serie, se deduce la convergencia de la inflación hacia la meta establecida por las autoridades monetarias y fiscales, es decir, lograr encauzar durante el segundo semestre de 2024 el IPC en la banda del 3,0% anual.

Gráfico n. 1: Chile, variación interanual del IPC general y cobertura nacional.
Año base 2018 = 100.



Fuente: elaboración propia en base a información difundida por INE: www.ine.gob.cl

2. El IPC de alimentos y de salud

De acuerdo a los resultados de la IX Encuesta de Presupuestos Familiares del INE (2023), los hogares de las capitales regionales del país gastan su presupuesto principalmente en Alimentos y bebidas no alcohólicas (21,2%), Vivienda, agua, electricidad, gas y otros combustibles (16,0%) y transporte (15,0%).

Los hogares de Chile tienen un ingreso promedio de \$1.413.349 (excluye el arriendo imputado); la mayor parte de esos ingresos proviene del trabajo dependiente, al que se suman aquellos provenientes de personas que integran el hogar y que trabajan de manera independiente y/o que reciben jubilaciones, además de ingresos financieros.

Es interesante comparar la evolución y la estructura del gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas con lo dedicado a salud entre los años 2018 y 2023. En los cuadros n. 2 y 3, se reporta dicha comparación, tanto en pesos corrientes como en porcentajes sobre el total del gasto.

Cuadro n. 2. Chile: Participación de los gastos en alimentos y bebidas no alcohólicas en el consumo de los hogares, total y por quintil de ingreso

Año	TOTAL DE HOGARES	QUINTILES				
		I	II	III	IV	V
Gasto promedio mensual por hogar expresado en pesos corrientes						
2018	209.983	115.195	167.925	206.788	242.292	317.714
2023	307.947	285.213	299.490	311.738	312.370	330.926
Diferencia	97.964	170.018	131.565	104.950	70.078	13.212
Porcentaje sobre el gasto total de los hogares						
2018	18,7	26,8	25,8	23,6	19,9	13,0
2023	21,2	31,6	28,5	25,0	19,7	13,3
Diferencia	2,5	4,8	2,8	1,4	-0,2	0,3

Fuente: INE, Encuestas de Presupuestos Familiares 2018 y 2023 (cuadro 7b¹³)

Mientras que en el año 2018 los hogares de Chile dedicaron el 18,7% de su gasto a la adquisición de alimentos y bebidas o alcohólicas, ese porcentaje se incrementó hasta el 21,2%, contradiciendo toda lógica y las teorías económicas, principalmente, la denominada Ley de Engel (que indica que la proporción del gasto en consumo de alimentos se reduce al aumentar el ingreso). Obviamente, la pandemia golpeó a los grupos más desprotegidos: éstos tuvieron que incrementar sus gastos en alimentos en 4,8%, al pasar de 26,8% en el año 2018 a 31,6% en el periodo postpandemia.

Algo similar, aunque en menor escala, sucede con el gasto en salud: éste se incrementa (en el total de los hogares) al pasar de 7,6% en 2018 a 7,9% en 2023, pero es interesante preguntarse las razones de la reducción de 0,2% en los sectores más vulnerables de la población.

Una explicación plausible (pues se trata de una comparación en términos nominales o valores a precios corrientes) consiste en que, por lo general, los precios en el sector salud tienden a crecer ligeramente por sobre el IPC general. Estudios de Chile e internacionales así lo confirman: éste promedia en 1% sobre el IPC. El impacto por sobre ese monto en 2023 se debe a un aumento de las prestaciones que ha debido cubrir el sistema, luego de una reducción drástica en 2020 y en 2021 por la pandemia (en ese período se privilegió las enfermedades relacionadas con Covid-19, postergándose las otras). Es decir, mientras que en alimentos y bebidas no alcohólicas el incremento porcentual generalizado se relaciona con la situación

¹³ INE. IX EPF Tabulado Principales Resultados IX encuesta EPF (estimaciones)

<https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/ingresos-y-gastos/encuesta-de-presupuestos-familiares>

mundial de alzas en los precios de estos productos, en el caso de la salud se debe a un aumento de la demanda que impactó en los precios.

Cuadro n. 3. Chile: Participación de los gastos en salud en el consumo de los hogares, total y por quintil de ingreso

Año	TOTAL DE HOGARES	QUINTILES				
		I	II	III	IV	V
Gasto promedio mensual por hogar expresado en pesos corrientes						
2018	84.791	28.026	42.678	60.618	97.002	195.631
2023	115.283	56.750	79.593	101.142	139.417	199.513
Diferencia	30.492	28.724	36.915	40.524	42.415	3.882
Porcentaje sobre el gasto total de los hogares						
2018	7,6	6,5	6,5	6,9	8,0	8,0
2023	7,9	6,3	7,6	8,1	8,8	8,0
Diferencia	0,4	-0,2	1,0	1,2	0,8	0,0

Fuente: INE, ibid

Este desfase temporal abarca a las personas que han acudido en 2022 a los establecimientos de salud con retardo y secuelas de mayor gravedad en sus tratamientos.

De hecho, estudios¹⁴ proyectaron en 2022 y 2023 un mayor gasto para el sistema público chileno de alrededor del 5,1% del presupuesto de salud de 2021. Sumado a lo anterior, los gastos postergados (\$886 mil millones) agregaban un costo futuro equivalente al 8% sobre la misma base.

Esto explica que el impacto sobre los costos de la salud y, por lo tanto, sobre el IPC hayan sido mayores en 2023 como se observa en el cuadro 4.

¹⁴ Aguilera I. y R. Urriola. Impactos fiscales y necesidades de recursos sanitarios de COVID-19 en Chile: políticas de mitigación y desafíos futuros. Boletín Economía y Salud. Minsal, Chile. Volumen 16 N°1. Julio 2022. En <http://desal.minsal.cl/boletines-2022/>

Cuadro n. 4. Impacto de la división (sector) de la salud en el índice general de precios (IPC)

	Ponderación	Variación mensual %	Var 12 meses (%) (1)
IPC Salud	7,7	0,2	6,4
IPC General	100,0	0,4	4,8

(1) Noviembre a noviembre
Fuente: Bolefín INE; IPC noviembre 2023

A mayor abundamiento, desde 2021 CLAPES UC¹⁵ publica mensualmente un índice de precios para consumidor final (IPC Med) de 100 medicamentos de uso frecuente entre chilenos que sufren 10 enfermedades crónicas (excluidas las oncológicas). Entre estas patologías, se encuentran: Artrosis (de rodilla o cadera), Artritis Reumatoide, Epilepsia, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Depresión, Diabetes Mellitus (Tipos I y II), Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión.

El índice de precios de los medicamentos es uno de los indicadores más sensibles para la población porque alrededor de 30% de los gastos que realizan directamente los hogares se producen en medicamentos y, por tanto, generan mayores impactos en los hogares de menores recursos.

Como se observa en el cuadro 5, ya el índice de medicamentos calculado por el INE es mayor que el índice general. Además, en el Cálculo de Clapes UC se evidencia que los precios en las tres grandes cadenas de estos medicamentos esenciales son bastante superiores e incluso los precios en que se supone hay descuentos para los clientes son aún mayores.

Cuadro n. 5. IPC anualizado de medicamentos (nov 2022 – nov 2023)

IPC INE (General)	4,8%
IPC INE (Medicinas)	6,1%
IPC Med (Precios de Lista) (i)	7,9%
IPC Med (Precios con Descuentos) (ii)	10,6%

(i) IPC calculado a partir de cotizar precios de lista de los medicamentos considerados, promediando entre las cotizaciones obtenidas en cada una de las 3 mayores cadenas de farmacias

(ii) IPC equivalente al anterior, pero ahora considerando precios que incluyen descuentos de acceso universal

Fuente: Clapes UC boletín IPC medicamentos noviembre 2023.

Todo lo anterior hace aconsejable que las personas comparen precios, especialmente con las farmacias comunales o populares cuando están disponibles, porque hay evidencia de que los precios en tales establecimientos pueden ser mucho más accesibles.

¹⁵ <https://clapesuc.cl/investigaciones/>

Anexo 1

Considerando la situación actual de las Isapres es necesario tener una evaluación objetiva y técnicamente sólida con respecto a los costos reales de las Isapres. El INE había realizado un minucioso cálculo de diferentes índices de precios al respecto que se ha discontinuado. APROB sugiere se reactualice cuanto antes para mejor debatir -con evidencia empírica- la opinión de técnicos, profesionales y usuarios de estos temas trascendentes.

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) publicó solo por segunda vez (octubre 2013, luego se discontinúa al menos la publicación en www.ine.cl) los Indicadores Referenciales de Costos de las ISAPRE (IRCI). El objetivo de los indicadores (IRCI) es medir la evolución del costo de operación de las ISAPRE: el gasto en prestaciones de salud cubiertas y el gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL), de cargo de dichas instituciones.

Los IRCI son un conjunto de ocho indicadores: el Índice de Valor Unitario Bonificado ISAPRE (IVUBI), mide la evolución del valor bonificado unitario (efecto precio) de las prestaciones; el Índice de Valor Unitario Facturado ISAPRE (IVUFI), mide la evolución del valor facturado unitario (efecto precio) en las prestaciones de salud que obligatoriamente cubren las ISAPRE; el Índice de Cantidad Bonificado ISAPRE (ICBI), mide la evolución de la cantidad (frecuencia de uso) de las prestaciones de salud contenidas en el Plan Complementario, en base a valor bonificado; el Índice de Cantidad ISAPRE (ICI), mide la evolución de las cantidades o frecuencia de uso de dichas prestaciones, de salud contenidas en el Plan Complementario, en base al valor facturado; el Índice de gasto en las Garantías Explícitas de Salud (IGGES), mide la evolución del gasto en la cobertura de las GES; el Índice de gasto en Subsidios ISAPRE (IGSI), mide la evolución del gasto en subsidios por incapacidad laboral (SIL) de cargo de las ISAPRE; el Índice de Gasto en Otras Prestaciones Adicionales Facturado (IGOPAF), mide la evolución del gasto facturado en otras prestaciones de salud contenidas en el Plan Complementario; y, finalmente, el Índice de Gasto en Otras Prestaciones Adicionales Bonificado (IGOPAB), mide la evolución del gasto bonificado en otras prestaciones de salud contenidas en el Plan Complementario.

En el caso de los Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL), se mide directamente la evolución del gasto sin realizar una descomposición de efectos precio y cantidad. Finalmente, lo mismo ocurre para el GES, que mide directamente la evolución del gasto sin realizar descomposiciones de efectos.

Estos indicadores son de gran utilidad para directivos sectoriales, analistas y usuarios por lo que sería altamente necesario que se publicara y actualizara la serie en un futuro cercano.

COMO MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD PÚBLICA: UN EXPERIMENTO CON HERRAMIENTAS DIGITALES EN URUGUAY PARA MEJORAR LA ASISTENCIA A CITAS PARA LAS PRUEBAS DE PAPANICOLAOU.

Sebastián Gallegos¹⁶, Benjamin Roseth¹⁷, Ana Cuesta¹⁸ y Mario Sánchez¹⁹.

Este trabajo es un extracto del documento de Sebastián Gallegos, Benjamin Roseth, Ana Cuesta y Mario Sánchez. "Increasing the take-up of public health services: An at-scale experiment on digital government". Publicado en *Journal of Public Economics* Volume 227, November 2023, 104975

Introducción

La baja utilización de algunas prestaciones sociales es una regularidad empírica desconcertante (Blanco y Vargas, 2013; Muralidharan et al., 2020) y el aumento en su utilización podría beneficiar a miles de millones de personas (Banco Mundial, 2003).

Algunos de los principales obstáculos a la utilización documentados en la literatura especializada son la falta de información y los diferentes costos de transacción involucrados en su uso (Currie, 2004; Finkelstein y Notowidigdo, 2019).

Los recientes avances tecnológicos pueden ayudar a abordar estos obstáculos (Goldfarb y Tucker, 2019). Los gobiernos están desarrollando su capacidad de digitalizar, almacenar y utilizar fuentes de datos administrativas (Figlio et al., 2017). En combinación con el uso generalizado de los teléfonos móviles y el acceso a Internet, los gobiernos podrían estar ahora mejor equipados para informar a los ciudadanos y reducir la burocracia y los costos transaccionales. Sin embargo, más allá del reciente trabajo de Muralidharan et al. sobre la India (2016, 2020), todavía hay poca evidencia empírica sobre el uso de nuevas tecnologías de parte de los gobiernos y su impacto en la distribución de las prestaciones sociales. El presente estudio contribuye a llenar este vacío presentando evidencia de una evaluación experimental a gran escala sobre la capacidad del Estado para promover activamente la

¹⁶ Business School, Universidad Adolfo Ibanez, Chile

¹⁷ Inter-American Development Bank, United States

¹⁸ Inter-American Development Bank, United States

¹⁹ Inter-American Development Bank, United States

utilización de un importante servicio de salud pública: el tamizaje para la detección del cáncer de cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino es una de las causas más comunes de mortalidad entre las mujeres en todo el mundo (OMS, 2020a) y una de las formas de cáncer más curables si se detecta y trata a tiempo (OMS, 2020b). Sin embargo, muchas mujeres no se someten a las pruebas de tamizaje estándar, como la prueba de Papanicolaou (prueba de PAP), incluso cuando el proveedor de servicios de salud se las ofrece gratuitamente. Se trata de un problema crítico, sobre todo en los países en desarrollo, que puede conducir a un aumento de las tasas de mortalidad (Dupas, 2011).

La intervención en Uruguay se implementó en asociación con el Ministerio de Salud Pública y la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC), buscando desarrollar capacidades de gobierno digital, en dos pasos. El primer paso fue consolidar la información que estaba digitalizada pero dispersa, recopilando datos de un registro de usuarias de servicios de salud, la historia clínica electrónica de pacientes y el sistema de citas médicas.

En segundo lugar, se trabajó en el diseño y puesta en marcha de una aplicación que permitiera programar las citas para las pruebas de Papanicolaou en línea. La aplicación, compatible con teléfonos inteligentes y computadoras, permitía a las usuarias programar citas eligiendo entre un conjunto de fechas y horas disponibles en su clínica local. Antes de esta innovación, la mayoría de las mujeres solicitaban sus citas en persona.

A continuación, se realizó un experimento de campo a escala que alentaba aleatoriamente a las mujeres a solicitar una cita médica para la prueba de Papanicolaou.

Se incluyeron alrededor del 80% de las usuarias de servicios públicos de salud de Montevideo, la capital del país (N=47.600). Se distribuyó aleatoriamente a las mujeres incluidas en cuatro grupos de tratamiento y un grupo de control puro. Las mujeres en los grupos de tratamiento recibieron mensajes de texto en los que se las animaba a solicitar las citas como de costumbre, es decir, asistiendo directamente a su centro de salud local o, alternativamente, a programarlas en línea mediante un enlace a la aplicación digital.

Dado que enfocar los mensajes en la pérdida o en la ganancia de salud pueden influir de forma diferente en los comportamientos de quienes los reciben (Rivers et al., 2005), los mensajes de texto se enmarcaron en términos de beneficio o de riesgo, generando así los cuatro grupos de tratamiento. Las mujeres del grupo de control puro no recibieron mensajes ni información adicional.

Se analizaron los efectos de estas intervenciones sobre dos resultados de comportamiento principales, así como sobre una serie de indicadores secundarios. Los principales indicadores de resultados correspondieron a si las mujeres programaron y acudieron a las citas a lo largo de un período de 12 semanas. Se estimaron impactos en la intención de tratar (ITT, por sus siglas en inglés) y dos conjuntos de efectos promedio del tratamiento local (LATE, por sus siglas en inglés), teniendo en cuenta tanto el envío como la recepción satisfactoria de los mensajes SMS.

A partir de los registros administrativos de las autoridades sanitarias nacionales, se observó que la tasa de programación de citas para la prueba de detección entre las mujeres a las que se animó a utilizar la aplicación digital fue el doble que la del grupo al que solamente se le recordó (7,9% frente a 4,0%) y el triple que la del grupo de control puro (7,9% frente a 2,7%). No hubo diferencias significativas entre los mensajes enfocados en los beneficios y en los riesgos.

Estos efectos sobre la programación de citas informan sobre las intenciones de las participantes de seguir los consejos incluidos en los grupos de tratamiento. Como está bien documentado que las intenciones a menudo difieren de las acciones (por ejemplo, Beshears, Milkman y Schwartzstein, 2016), se utilizaron registros administrativos adicionales para complementar el resultado de intención anterior y calcular los efectos sobre las acciones de las mujeres, es decir, si asistieron a sus citas.

Los datos muestran que la intervención con la herramienta digital también triplicó las tasas de asistencia a las citas, con un efecto de 3,2 puntos porcentuales por encima del grupo de control (5,1% frente a 1,9%). En comparación con las mujeres asignadas aleatoriamente al grupo de recordatorios, la aplicación digital aumentó las tasas de asistencia en 1,5 veces (5,1% frente a 3,3%). Al igual que con la programación de citas, se encontró una diferencia precisa de cero entre los mensajes enfocados en los beneficios y en los riesgos.

Estos resultados sobre la asistencia a las citas médicas sugieren que los componentes de la intervención ayudaron a las mujeres a superar algunos obstáculos para hacerse una prueba de Papanicolaou. Para explorar en profundidad cuáles de esos obstáculos se redujeron, se necesitaban datos adicionales sobre los resultados secundarios, que los registros administrativos no tenían. Por ello, se complementaron los datos administrativos con una encuesta realizada a una submuestra de un poco menos de 2.500 mujeres participantes, distribuidas uniformemente entre los cuatro grupos de tratamiento y el grupo de control.

Se recopilaron datos sobre un conjunto de mecanismos posibles a través de los cuales podrían operar los efectos del tratamiento. Estos incluyen el conocimiento de las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou y sus costos, sus creencias sobre la importancia de la prueba y los riesgos de no realizarla, y las preferencias por los servicios públicos, entre otros factores.

Los resultados de la encuesta muestran que las mujeres ya estaban bien informadas sobre la prueba de Papanicolaou y su importancia. Por lo tanto, la hipótesis planteada es que parte de los efectos del tratamiento funcionaron a través de la importancia de los estímulos. Más que proporcionar a las mujeres información nueva, los mensajes parecen haberles hecho recordar la prueba de Papanicolaou. Asimismo, los hallazgos indican que los mayores impactos funcionan efectivamente a través de transacciones de costos reducidos, en particular para las que recibieron el enlace para programar citas en línea. Las mujeres de los grupos de tratamiento expresaron que les resultaba más fácil programar citas y que era menos probable que dijeran que pedirían cita en persona en un centro de salud. El estudio realizado complementa la literatura relacionada con la utilización de los servicios de salud preventiva con conocimientos de comportamiento (por ejemplo, Kremer, Rao y Schilbach, 2019), que ha dado resultados mixtos.

Los efectos obtenidos fueron considerables en comparación con la mayoría de las intervenciones informadas sobre el comportamiento que se han llevado a cabo con éxito en otros países para comportamientos sanitarios similares. Por ejemplo, Milkman et al. (2012) hallaron un aumento de 1,0 punto porcentual con respecto a la media del grupo de control del 6,2% en la fracción de personas que programaban y acudían a sus citas para someterse a pruebas de detección de cáncer de colon en Estados Unidos, donde el grupo de tratamiento recibió materiales por correo que incluían una nota adhesiva que pedía al destinatario que anotara la fecha de la cita y el nombre del médico que realizaba el procedimiento. Con una intervención similar, Milkman et al. (2011) encontraron un aumento de entre 1,5 y 4,0 puntos porcentuales en las tasas de vacunación contra la gripe en Estados Unidos gracias al uso de invitaciones enviadas por mensaje de texto.

Altmann y Traxler (2014) observaron que los mensajes recordatorios (con o sin información adicional sobre los beneficios de la prevención) tenían un efecto significativo y de envergadura en los pacientes que debían programar un examen dental. Huf et al. (2020) hallaron que los recordatorios por SMS aumentaban la participación en los exámenes del cuello uterino en el Reino Unido en 4,0 puntos porcentuales por encima de la media del grupo de control mucho más alta de 34,0%. La investigación de Huf et al. incluyó a mujeres en un rango de edad similar al presente estudio (30-64 años frente a 30-70 años) así como diferentes tipos de mensajes SMS: SMS avalados por el médico de atención primaria, SMS con una norma social total o proporcional, o un SMS con un mensaje enfocado en la ganancia o en la pérdida. Para América Latina, Busso, Cristia y Humpage (2015) encontraron que los recordatorios personalizados aumentaban la demanda de vacunación en 2,2 puntos porcentuales (por encima de la media del grupo de control del 6,0%) en Guatemala, y Beuermann et al. (2020) hallaron que la probabilidad de acudir a los servicios de atención prenatal aumentaba en 9,0 puntos porcentuales (19,6% con respecto a la media del grupo de control) cuando las mujeres embarazadas recibían recordatorios de visitas de cuidado prenatal en Perú.

Otras intervenciones similares recientes no encontraron efecto. Buchmueller y Goldzahl (2018) probaron cuatro intervenciones de comportamiento (que diferenciaban el contenido y la presentación de una carta de invitación) en Francia con un experimento de campo a gran escala y no encontraron efectos en el uso de la mamografía. Bronchetti, Huffman y Magenheimer (2015) informaron de que los “nudges” de menor costo no afectaron a la aceptación general de la vacuna en una muestra de estudiantes universitarios de Filadelfia.

El presente estudio contribuye a la literatura sobre el tema de dos maneras importantes. En primer lugar, presenta evidencias novedosas de experimentación a escala (Muralidharan y Niehaus, 2017), para una región del mundo en desarrollo en la que hay escasa evidencia de intervenciones a escala. Las 47.600 mujeres incluidas en el experimento representan más del 80% de la población de mujeres usuarias del proveedor de salud pública en Montevideo²⁰.

La aleatorización a escala ayudó a abordar i) la incapacidad de detectar efectos en las intervenciones a pequeña escala, como fue el caso de algunos de los estudios citados

²⁰ La población de Montevideo, la capital, representa aproximadamente el 40% de la población del Uruguay, de 3,5 millones

anteriormente, y ii) los retos asociados a la implementación de un programa a una escala organizacional mayor. El presente estudio es más informativo porque se encuestó a una submuestra de mujeres participantes y, por tanto, se obtuvo una estimación de los efectos diferenciales en comparación con la muestra completa. Se hallaron estimaciones más amplias en la submuestra encuestada, lo que es coherente con que las entrevistadas estuvieran más conectadas a los teléfonos móviles y a Internet, y más comprometidas con su salud, entre otras características. Si se hubiera aplicado la intervención solo en esta submuestra, se podría haber esperado erróneamente que los efectos fueran mayores después de ampliar la escala.

En segundo lugar, este estudio contribuye a la literatura sobre el uso de nuevas tecnologías en el sector público. La tecnología digital ha reducido el costo del almacenamiento, procesamiento y la transmisión de datos (Goldfarb y Tucker, 2019), y los gobiernos están desarrollando la capacidad de utilizarla para elaborar e implementar las políticas públicas. Los resultados hallados complementan una reciente ola de estudios que evalúan diferentes formas de utilizar la tecnología para mejorar la capacidad del Estado en los países en desarrollo (Bossuroy, Delavallade y Pons, 2019; Callen et al., 2020; Muralidharan, et al., 2016, 2020).

Los resultados sugieren que la promoción de herramientas digitales del gobierno es importante y probablemente genere los impactos más significativos en la prestación de servicios públicos en comparación con las intervenciones puramente de comportamiento, realizadas a través de información o recordatorios, que en la literatura especializada han demostrado tener resultados mixtos. La perspectiva de invertir en la capacidad digital del Estado podría ser aún más importante en los países en desarrollo, donde la baja aceptación de la prestación de servicios se asocia a menudo con una débil capacidad institucional.

Conclusiones

Una cuestión fundamental en las políticas públicas y la economía del desarrollo es cómo aumentar la adopción de los servicios públicos. En este experimento se abordó este problema con una intervención diseñada para aumentar la demanda de un importante servicio sanitario preventivo: el tamizaje del cáncer de cuello uterino.

En colaboración con el Gobierno de Uruguay, se diseñó y puso en marcha un sistema de citas en línea. A continuación, se llevó a cabo un experimento de campo a escala con 47.600 mujeres participantes, asignadas aleatoriamente a un grupo de control puro y a cuatro grupos de tratamiento. Se animó a las mujeres a programar una cita para una prueba de Papanicolaou utilizando el sistema en línea o a pedirla como de costumbre. Los mensajes también incluían información sobre los beneficios de las pruebas de Papanicolaou o los riesgos de no hacerla.

Los resultados empíricos muestran que las mujeres asignadas aleatoriamente al sistema de citas en línea tenían tres veces más probabilidades de acudir a una cita programada para una prueba de Papanicolaou que el grupo de control puro, dos veces más probabilidades que las mujeres a quienes se les recordó que pidieran una cita como de costumbre. También se encontró una diferencia precisa de cero al comparar los mensajes de beneficio y riesgo.

El hecho de que las mujeres de los grupos de tratamiento programaran y acudieran a las citas en una proporción considerablemente mayor que las del grupo de control puro es relevante porque sugiere que las mujeres se enfrentaban a obstáculos que se redujeron, al menos parcialmente, con los grupos de tratamiento.

Al explorar los mecanismos, se encontraron indicios que sugieren a priori que las mujeres estaban bien informadas sobre la prueba de Papanicolaou y su importancia. Además, las mujeres del grupo de control y de los grupos de tratamiento también sabían que la realización de esta prueba era gratuita y que las tasas de mortalidad asociadas al cáncer de cuello uterino eran elevadas. Por lo tanto, el componente informativo de la intervención no parece haber desempeñado un papel determinante.

Los resultados sugieren que el elemento de estímulo de los mensajes desempeñó el papel principal en el impulso de los efectos del tratamiento. En el caso de las mujeres que recibieron la promoción del statu quo, la hipótesis es que los mensajes les hicieron pensar en la prueba de Papanicolaou, y las animaron a hacérsela. Se interpretó el cambio de comportamiento como el resultado de un efecto de visibilidad, que ha demostrado ser importante en los comportamientos de salud familiar (Fadlon y Nielsen, 2019) y también en otros contextos, como las comunicaciones entre padres y escuelas (Bettinger et al., 2020), el consumo de energía (Allcott y Taubinsky, 2015) y los impuestos (Farhi y Gabaix, 2020).

En el caso de las mujeres a las que se animó a programar citas mediante la herramienta en línea, los efectos de visibilidad se complementaron con los beneficios de la disminución de los costos de transacción. Estos datos constituyen una importante contribución a la literatura especializada porque destacan el potencial de la inversión en el gobierno digital para mejorar la aceptación de los servicios públicos. Esta investigación complementa estudios recientes que evalúan el uso de la tecnología para mejorar la capacidad del Estado en los países en desarrollo (Muralidharan et al., 2016; Callen et al., 2020; Muralidharan et al., 2020a, 2020b).

Las conclusiones de esta investigación tienen implicaciones directas para la política pública. En un contexto de rápidos avances tecnológicos, los gobiernos están desarrollando la capacidad de almacenar y utilizar abundantes datos. Los resultados sugieren que la inversión en herramientas de gobierno digital que proporcionen algo más que información, recordatorios o intervenciones de planificación, podría generar los impactos más significativos en la prestación de servicios públicos.

Bibliografía

Abadie, A., S. Athey, G.W. Imbens y J. Wooldridge. 2017. When Should You Adjust Standard Errors for Clustering? NBER Working Papers 24003. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research (NBER).

Allcott, H., y D. Taubinsky. 2015. Evaluating Behaviorally Motivated Policy: Experimental Evidence from the Lightbulb Market. *American Economic Review*, 105 (8): 2501–38.

Altmann, S., y C. Traxler. 2014. Nudges at the Dentist. *European Economic Review*, 72, 19–38.

American Cancer Society. 2019. Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2019-2020. Atlanta, GA: American Cancer Society.

Banco Mundial. 2003. World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People. Washington, DC: Banco Mundial.

Beshears, J., K.L. Milkman y J. Schwartzstein. 2016. Beyond Beta-Delta: The Emerging Economics of Personal Plans. *American Economic Review*, 106 (5): 430–34.

Beuermann, D.W., P. Garcia, J.P. Lu, R. Anta, A. Maffioli y M.F. Rodrigo. 2020. Information and Communication Technologies, Prenatal Care Services, and Neonatal Health. *Journal of Economics, Race, and Policy*, 3 (1): 41–59.

Blanco, M., y J. Vargas. 2014. Can SMS Technology Improve Low Take-up of Social Benefits? *Peace Economics, Peace Science and Public Policy*, 20 (1): 61–81.
<https://doi.org/10.1515/peps-2013-0060>

Bossuroy, T., C. Delavallade y V. Pons. 2019. Biometric Tracking, Healthcare Provision, and Data Quality: Experimental Evidence from Tuberculosis Control. NBER Working Paper No. 26388. Cambridge, MA: NBER.

Bronchetti, E., D. Huffman y E. Magenheimer. 2015. Attention, Intentions, and Follow-Through in Preventive Health Behavior: Field Experimental Evidence on Flu Vaccination. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 116 (C): 270–91.

Buchmueller, T.C., y L. Goldzahl. 2018. The Effect of Organized Breast Cancer Screening on Mammography Use: Evidence from France. *Health Economics*, 27 (12): 1963–80.
<https://doi.org/10.1002/hec.3813>

Busso, M., J. Cristia y S. Humpage. 2015. Did You Get Your Shots? Experimental Evidence on the Role of Reminders. *Journal of Health Economics*, 44: 226–37.
doi:10.1016/j.jhealeco.2015.08.005. PMID: 26519909.

Callen, M., S. Gulzar, A. Hasanain, M.Y. Khan y A. Rezaee. 2020. Data and Policy Decisions: Experimental Evidence from Pakistan. *Journal of Development Economics*, 146.
Disponibile en: <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2020.102523>.

Currie, J. 2004. The Take Up of Social Benefits. NBER Working Paper 10488. Cambridge, MA: NBER. Available at: <http://www.nber.org/papers/w10488>

Dupas, P. 2011. Health Behavior in Developing Countries. *Annual Review of Economics*, 3: 425–49.

Fadlon, I., y T.H. Nielsen. 2019. Family Health Behaviors. *American Economic Review*, 109 (9): 3162–91.

Farhi, E., y X. Gabaix. 2020. Optimal Taxation with Behavioral Agents. *American Economic Review*, 110 (1): 298–336.

- Figlio, D., K. Karbownik y K. Salvanes. 2017. The Promise of Administrative Data in Education Research. *Education Finance and Policy*, 12 (2): 129–36.
- Finkelstein, A., y M.J. Notowidigdo. 2019. Take-Up and Targeting: Experimental Evidence from SNAP. *The Quarterly Journal of Economics*, 134 (3): 1505–56.
<https://doi.org/10.1093/qje/qjz013>
- Goldfarb, A., y C. Tucker. 2019. Digital Economics. *Journal of Economic Literature*, 57 (1): 3–43. DOI: 10.1257/jel.20171452
- Huf, S., R.S. Kerrison, D. King, T. Chadborn, A. Richmond, D. Cuning et al. 2020. Behavioral Economics Informed Message Content in Text Message Reminders to Improve Cervical Screening Participation: Two Pragmatic Randomized Controlled Trials. *Preventive Medicine*. 139. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106170>
- Kremer, M., G. Rao y F. Schilbach. 2019. Behavioral Development Economics. En B.D. Bernheim, S. DellaVigna y D. Laibson (eds.), *Handbook of Behavioral Economics: Applications and Foundations*, Capítulo 5, Volumen 2, págs. 345–458. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/bs.hesbe.2018.12.002>
- Milkman, K.L., J. Beshears, J.J. Choi, D. Laibson y B.C. Madrian. 2011. Using Implementation Intentions Prompts to Enhance Influenza Vaccination Rates. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108 (26): 10415–10420.
- Milkman, K.L., J. Beshears, J.J. Choi, D. Laibson y B.C. Madrian. 2012. *Following Through on Good Intentions: The Power of Planning Prompts*. Cambridge, MA: NBER.
- Muralidharan, K., P. Niehaus y S. Sukhtankar. 2016. Building State Capacity: Evidence from Biometric Smartcards in India. *American Economic Review*, 106 (10): 2895–929. Disponible en: DOI:10.1257/aer.20141346
- Muralidharan, K., y P. Niehaus. 2017. Experimentation at Scale. *Journal of Economic Perspectives*, 11 (31): 103–24.
- Muralidharan, K., M. Romero y K. Wüthrich. 2020. Factorial Designs, Model Selection, and (Incorrect) Inference in Randomized Experiments. Working Paper 26562. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research (NBER). Disponible en: <https://www.nber.org/papers/w26562>.
- OMS. 2020. *Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
- Rivers, S.E., P. Salovey, D.A. Pizarro, J. Pizarro y T.R. Schneider. 2005. Message Framing and Pap Test Utilization among Women Attending a Community Health Clinic. *Journal of Health Psychology*, 10 (1): 65–77. <https://doi.org/10.1177/1359105305048556>.

COSTOS EVITABLES EN SALUD: ERRORES DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL PROCESAMIENTO DE EXÁMENES DE LABORATORIO (EXPERIENCIA EN UN LABORATORIO CLÍNICO DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO, CHILE)

Arellano Ferrada, Leslye²¹ y Torres Estay, Natalia.²²

RESUMEN

Contexto: En el área de los Laboratorios Clínicos, los rechazos de muestra en general se consideran parte del proceso, sin visibilizar el impacto financiero de esto. **Propósito:** Visibilizar los costos que implican los rechazos de muestras, principalmente los que ocurren en la etapa pre analítica. **Metodología:** Desde el sistema informático utilizado en el Laboratorio, se obtiene el total de muestras rechazadas en el periodo que va desde julio 2022 a junio 2023 (12 meses). Se valorizó cada examen de acuerdo a los insumos utilizados en la toma de muestra. Posteriormente, se agruparon los rechazos por motivos, para luego valorar el gasto asociado a cada uno de ellos. **Resultados:** Se observa que 1.104 (33%) de los rechazos se provocó por errores en la rotulación de la muestra, seguido de 1.061 (32%) rechazos por muestra escasa y 573 (17%) rechazos por muestras coaguladas. Estos 3 principales motivos abarcan el 82% del total de rechazos en el período de 1 año. El 82% de los rechazos de las muestras corresponden principalmente a situaciones evitables y que pueden ser corregidas. **Conclusión:** El trabajo destaca el papel crucial de los gestores de salud para identificar y reducir fugas de recursos derivadas de errores evitables, proponiendo un enfoque integral. Se señalan pérdidas materiales y no materiales susceptibles de corrección mediante estrategias de gestión clínica, enfocándose en la etapa preclínica. Se sugieren acciones como auditorías, mejoras en inducciones, capacitación constante y refuerzo de protocolos. Se destaca la importancia de no solo reducir costos, sino también abordar los efectos de la no calidad, relacionados con la insatisfacción y reclamos de usuarios.

Palabras Claves: Laboratorios Clínicos, rechazos de muestras, etapa pre analítica, costos invisibles, gestión clínica, errores evitables, estrategias de gestión, eficiencia, calidad del servicio, satisfacción del usuario.

²¹ Tecnólogo Médico. Correo electrónico: leslye.arellano.f@gmail.com

²² Trabajadora Social. Correo electrónico: natalia.t.estay@gmail.com

ANTECEDENTES

Los laboratorios clínicos tienen un papel esencial en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. Una adecuada gestión clínica y financiera son esenciales para el funcionamiento eficaz y sostenible de cualquier institución médica.

En los laboratorios clínicos la gestión financiera es de suma importancia, porque ayuda a garantizar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles y maximizar el uso de los recursos de la institución. Cuando no existe un correcto manejo de los servicios prestados (además de problemas de gestión clínica), de forma inherente se incurre en gastos que, en general, se tienden a perpetuar y pueden ocasionar pérdidas significativas e innecesarias, como el desperdicio de materiales, la obsolescencia de equipos, la falta de control en los inventarios, los costos operativos elevados por no tener el personal idóneo en los procesos, entre otros. Si leemos con atención los motivos anteriores, podemos inferir que todos ellos -de alguna u otra forma- podrían ser evitables, y así, no incurrir en gastos no justificados, aplicando estrategias de gestión clínica para abordar estas problemáticas.

La gestión financiera en los laboratorios clínicos implica la ejecución de estrategias que aseguren una óptima administración de los recursos financieros, como por ejemplo, la planificación presupuestaria, la negociación con proveedores, la implementación de sistemas de control de calidad para minimizar errores, la reducción de gastos asociados a muestras o análisis mal realizados, entre otros.

Uno de los motivos de estos costos evitables en los laboratorios, son los rechazos de muestras. Éstos representan pérdidas de recursos, que pueden ser tanto materiales como no materiales, lo que podría generar un impacto negativo en la gestión financiera de los laboratorios clínicos públicos, lo que reduce la eficiencia y calidad en la prestación de servicios médicos.

Con respecto al procesamiento de exámenes, es importante indicar que éste consta de tres etapas: pre analítica, analítica y postanalítica. Es en la etapa pre analítica donde ocurre la mayor cantidad de errores (y por ende, rechazos), es por esto que se considera un nodo crítico ante el cual se vuelve imperante implementar las medidas necesarias para mitigar tales efectos.

El rechazo de muestras tiene causas multifactoriales. A continuación, nos centraremos en la descripción de los nodos más críticos. Además, destacaremos el impacto financiero al identificar no solo los costos visibles, sino también aquellos que permanecen ocultos o son ignorados, pero que deberían ser considerados (1).

Es crucial destacar las causas que impactan significativamente en el rechazo de muestras durante la etapa preanalítica. Entre estas, destacan: la solicitud de exámenes con errores o ilegibles por parte del clínico; indicaciones inadecuadas al paciente sobre el tipo de examen solicitado; punciones incorrectas realizadas por el personal técnico o profesional; o,

condiciones de transporte subóptimas y posibles derrames de las muestras. Identificar y abordar estos factores contribuirá a mejorar la eficiencia y la integridad del proceso de manejo de muestras en los laboratorios clínicos.

Adicionalmente, cabe destacar: la falta de comunicación entre los diversos actores involucrados, la selección de personal poco idóneo o competente, la alta rotación de personal, la escasez de tiempo que impide la revisión y aplicación de protocolos o guías por parte del personal nuevo, la ausencia de capacitaciones para el personal recién incorporado con el objetivo de reducir indicaciones espontáneas y sin conocimientos previos.

Asimismo, la carencia de un mapa de procesos se presenta como una limitación significativa, ya que la visualización del flujo de trabajo resulta fundamental para mejorar la eficiencia y la calidad en el manejo de las muestras

Como se mencionó, el elevado índice de rechazo de muestras surge debido a una variedad de factores, aunque no todos han sido detallados, lo cual complica abordar el problema de manera definitiva. Es crucial identificar los puntos críticos, involucrar a los participantes relevantes para fomentar la responsabilidad compartida, promover la comunicación efectiva y asertiva, y equiparse con herramientas efectivas para ejecutar los procesos adecuadamente, como la aplicación de la gestión clínica.

Además de las causas ya descritas, existen consecuencias adversas sobre los usuarios que impactan por las deficiencias de estos procesos como, retrasos en la entrega de resultados. Además, en el marco interno se destaca: duplicidad de trabajo y, sobre todo, un aumento en los costos, a menudo pasados por alto o subestimados.

En relación con este último punto, es fundamental destacar que hay costos estrechamente ligados al rechazo de muestras, principalmente derivados de errores en la etapa preanalítica o de toma de muestras. Muchas veces, no se reconoce el verdadero impacto financiero que conlleva. Enfatizamos la importancia de optimizar los procesos para reducir los costos y, por ende, mejorar la eficiencia. Los gastos pueden ser inherentes o fijos a los procesos, fácilmente visibles, pero también existen costos indirectos o más "ocultos". Estos últimos a menudo no se consideran al cuantificar los errores. Entre éstos, se encuentran los que incurre el usuario (por ejemplo, movilización), la insatisfacción con respecto al servicio. El impacto en los gastos sobre el sistema puede afectar a: duplicidad de los trabajos, repetición de exámenes, tiempo de personal, entre otros.

Este conjunto de factores impacta directamente en la calidad y confiabilidad de los resultados, afectando el proceso de diagnóstico de manera significativa.

PROPÓSITO

Visibilizar y describir los costos asociados al rechazo de muestras en la etapa preanalítica de un laboratorio clínico de la región de Valparaíso.

METODOLOGÍA: ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS

Para evaluar los costos vinculados al procesamiento de exámenes de laboratorio, se ha usado el desglose del valor de adquisición (neto + IVA) de los insumos empleados en la toma de muestra. Para cada examen, se han identificado los insumos utilizados, que, en líneas generales, abarcan desde el uso de jeringas, agujas, frascos o contenedores, hasta tómulas de algodón, reactivos, parches, entre otros.

INSUMOS UTILIZADOS EN LA ETAPA PRE - ANALÍTICA



La información desagregada se traspasó a una planilla excel y se realizó la sumatoria identificando los insumos que se utilizan por cada examen, obteniendo un valor total neto al cual, posteriormente, se agregó el 19% por concepto de IVA.

En los gastos fijos, es decir, aquellos ya comprometidos y disponibles para el funcionamiento del laboratorio clínico, que no fueron incluidos en el análisis de costos, podemos mencionar:

- 1.- Recurso humano de los distintos establecimientos que participan de la extracción y envío de la muestra hacia el laboratorio.
- 2.- Espacios físicos
- 3.- Aseo y mantención de box de atención
- 4.- Conductor de móvil de traslado y combustible del automóvil
- 5.- Servicios básicos (luz, agua, internet)

EXAMEN	TUBO AMARI	TUBO GRIS	TUBO LILA	TUBO CELESTI	AGUJA	JERINGA	PARCHE CURITA	GLUCOSA	FRASCO ORINA	FRASCO NEGRO	FRASCO PALETA	KIT PARASITOL	GARY BLAIR	STUART	TORULA NASO	PLACA VIDRIO	TUBO SECO	GUANTES	ETIQUETAS	TOTAL		
ACIDO FOLICO/FOLATO	\$103				\$131	\$59	\$19												\$178	\$20	\$510	
ACIDO URICO	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
ANTIGENO PROSTATICO	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
BACILOSCOPIA										\$270										\$178	\$20	\$468
BETA-HCG									\$100											\$178	\$20	\$298
CALCIO	\$103				\$131	\$59	\$19						\$290							\$178	\$20	\$800
CK TOTAL	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
CHAGAS			\$70		\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$477
CLEARANCE DE CREATIN	\$103				\$131	\$59	\$19		\$100											\$178	\$20	\$610
COPROCULTIVO											\$192		\$290							\$178	\$20	\$680
COPROPARASITOLOGICO												\$1.364								\$178	\$20	\$1.562
COLESTEROL TOTAL	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
CREATININA	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
CREATININURIA									\$100											\$178	\$20	\$298
CULTIVO CORRIENTE														\$290						\$178	\$20	\$488
CULTIVO LEVADURA														\$290						\$178	\$20	\$488
CULTIVO STREPTOCOCCUS														\$290						\$178	\$20	\$488
CULTIVO TBC										\$270										\$178	\$20	\$468
ELECTROLITOS	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
FACTOR RAUMATOIDEO	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
FLUJO VAGINAL															\$290					\$178	\$20	\$728
GENEXPERT			\$71		\$131	\$59	\$19			\$270							\$23	\$215		\$178	\$20	\$468
GLUCEMIA BASAL			\$142		\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$478
GLUCEMIA POST PRANDIAL			\$142		\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$548
GRUPO SANGUINEO			\$70		\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$477
LEUCOCITOS FECALES											\$192									\$178	\$20	\$390
PTGO		\$142			\$131	\$59	\$19	\$890												\$178	\$20	\$1.438
HEMOGLOBINA GLUCADA			\$70		\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$477
HEMOGRAMA			\$70		\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$477
HEMORRAGIA OCULTA											\$192									\$178	\$20	\$390
MICROALBUMINURIA									\$100											\$178	\$20	\$298
ORINA COMPLETA									\$100											\$178	\$20	\$298
PANEL RESPIRATORIO RT-PCR															\$180					\$178	\$20	\$378
PERFIL HEMATOLOGICO			\$70		\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$477
PERFIL HEPATICO	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
PERFIL LIPIDICO	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
PROTEINA C REACTIVA	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
RAC									\$100											\$178	\$20	\$298
RECUESTO EOSINOFILOS														\$290						\$178	\$20	\$488
RECUESTO RETICULOCITOS			\$70		\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$477
RPR	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
RT-PCR COVID																\$180				\$178	\$20	\$378
SEDIMENTO									\$100											\$178	\$20	\$298
T3	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
T4 LIBRE	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
T4 TOTAL	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
TEST GRAHAM																	\$69			\$178	\$20	\$267
TEST HELICOBACTER											\$192									\$178	\$20	\$390
TIEMPO PROTROMBINA					\$85	\$131	\$59	\$19												\$178	\$20	\$492
TIEMPO TROMBOPLASTINA					\$85	\$131	\$59	\$19												\$178	\$20	\$492
TSH	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
VDRL	\$103				\$131	\$59	\$19													\$178	\$20	\$510
UROCULTIVO									\$100											\$178	\$20	\$298

Los datos analizados en el laboratorio, contemplan información entre julio de 2022 y junio de 2023. En dichos registros, se observa un total de 5.566 indicaciones de exámenes, equivalentes a un total de 3.355 muestras (en ciertos casos basta con tomar solo una muestra para procesar distintos exámenes). Entre julio y diciembre de 2022 se obtuvo un total de 1.513 muestras rechazadas (2.435 indicaciones de exámenes), mientras que entre enero y junio de 2023 se obtuvo un total de 1.841 rechazos (3.131 indicaciones de exámenes).

Como dato adicional se analizó el período del año (meses) en los que existía mayor cantidad de rechazos y la edad de las personas que se vieron involucradas en rechazos de muestras.

RESULTADOS

Entre julio y diciembre de 2022 se realizaron 129.851 exámenes, de los cuales el 1.9% no pudo ser reportado al usuario/a que requería de apoyo diagnóstico, debido a errores en la etapa pre analítica, lo que generó el rechazo de la muestra.

Entre enero y junio de 2023 se realizaron 128.554 exámenes. El 2.4% de ellos no pudo ser entregado al usuario/a que requería de este apoyo diagnóstico, por el mismo motivo antes mencionado.

Al analizar los motivos de rechazo de las muestras se observa que 1.104 (33%) de los rechazos se provocó por errores en la rotulación de la muestra, seguido de 1.061 (32%) rechazos por escasez de la muestra tomada y 573 (17%) rechazos por muestras coaguladas. Estos 3 principales motivos abarcan el 82% del total de rechazos en el año analizado.

De este análisis podemos indicar que el 82% de los rechazos de las muestras corresponden a situaciones evitables, ya que pueden ser corregidas o reducidas a partir de la implementación de estrategias de gestión clínica.

Motivo de rechazo de muestras	Numero de muestras rechazadas
Muestra mal rotulada	1104
Muestra escasa	1061
Muestra coagulada	573
Muestra hemolizada	383
Muestra derramada	58
Muestra lipémica	56
Muestra sobre nivel	53
Muestra mal tomada	27
Muestra no cumple condición de transporte	20
Muestra sin rotular	8
Muestra sin reactivo para procesar	7
Contenedor sin muestra	2
TOTAL	3352

El total de gastos evitables por rechazos de muestras, entre julio de 2022 y junio de 2023 asciende a \$2.000.073 (IVA incluido), monto que no contempla la valorización de aquellos recursos materiales fijos aportados por cada una de las instituciones involucradas en la etapa preanalítica.

En cuanto al costo asociado al rechazo por errores en la rotulación de la muestra, se observa un costo de \$655.611, el costo total por muestra escasa \$594.943, mientras que el costo total por muestras coaguladas es de \$364.374. Los tres principales motivos de rechazo de muestras significan un valor total de \$1.614.928.

El detalle se puede observar en el siguiente cuadro:

Motivo de rechazo de muestras	Costo asociado (IVA incluido)
Muestra mal rotulada	\$ 655.611
Muestra escasa	\$ 594.943
Muestra coagulada	\$ 364.374
Muestra hemolizada	\$ 238.753
Muestra derramada	\$ 32.870
Muestra lipémica	\$ 34.567
Muestra sobre nivel	\$ 35.129
Muestra mal tomada	\$ 20.310
Muestra no cumple condición de transporte	\$ 12.650
Muestra sin rotular	\$ 5.417
Muestra sin reactivo para procesar	\$ 4.265
Contenedor sin muestra	\$ 1.183
TOTAL	\$ 2.000.072

Adicionalmente, se han analizado los rechazos de muestras de acuerdo al mes en el que se producen, pudiendo observar que el 27% de ellos se provoca en temporada estival, es decir entre los meses de enero y marzo, cuando el personal capacitado está de vacaciones.

También se consideró relevante obtener información sobre las características de las personas que concurren a una toma de muestra y que no lograron obtener el resultado de los exámenes debido a errores durante la etapa preanalítica. Del total de personas afectadas el 39% corresponde a personas mayores.

CONCLUSIÓN

El monitoreo de costos realizado en este laboratorio clínico nos permite visualizar datos empíricos respecto del valor monetario derivado de prácticas clínicas mejorables. Este trabajo de análisis se da en un contexto de micro gestión, pero siembra la interrogante sobre la magnitud que pudiese alcanzar, en términos de costos, un problema o dificultad de gestión clínica si se consideran todos los procedimientos y prácticas que se dan en todo el sector salud.

El sentido de este trabajo, es relevar el papel que tienen los gestores en salud en agudizar el ojo experto para ser capaces de encontrar y reducir aquellas fugas de recursos en tanto derivan de errores evitables si se abordan desde el mejoramiento de la gestión de los equipos de trabajo involucrados en la ejecución de los procesos.(2)

Sin duda, su abordaje debe ser integral y mancomunado, con el fin de recoger todos aquellos factores que pudiesen estar influyendo para proponer mejoras coherentes al contexto.

Lo que se visualiza en los apartados anteriores, dice relación con aquellas pérdidas de recursos, tanto materiales como no materiales y la naturaleza de los motivos indica que son susceptibles de corrección mediante la implementación de estrategias de gestión clínica y administrativa

que propendan a la optimización de los procesos de las distintas etapas, especialmente la etapa preclínica. Entre ellas destacamos las auditorías, mejora en las inducciones en el puesto de trabajo para personal nuevo o suplencias (épocas estivales), capacitación y actualización constante de los profesionales y técnicos involucrados en el proceso, capacidad de selección de personal idóneo.

El reforzamiento de protocolos y mapas de procesos para las tomas de muestras sería otra de las alternativas que proponemos, siendo necesario enfocar esfuerzos en la capacitación y supervisión del personal para reducir errores.

El análisis no debe ir enfocado solo en los costos que se podrían reducir, sino que también y más importante aún, sobre aquellos efectos de la no calidad (3), es decir, aquellos costos que incluyen los recursos financieros necesarios para corregir defectos, lidiar con reclamos de los usuarios y su insatisfacción y cualquier otra actividad que resulte de la entrega de este servicio al no cumplir con estándares de calidad esperados.

El enfoque de este estudio está centrado no solo en realzar la importancia de la eficiencia para hacer más con el mismo presupuesto, o lo mismo con menos, en términos de costos visibles, sino que también visualizar que existen costos invisibles que no pueden ser abordados desde la lógica monetaria ya que tiene que ver con elementos invaluable como garantizar a los usuarios servicios de calidad, que las prestaciones se entreguen de manera oportuna y que la atención de salud ofrecida genere satisfacción y bienestar para el usuario.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Curso de Gestión de la Calidad para Laboratorios Clínicos. 2005/008. Módulo 9: El costo de la calidad. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2005 [visitado el 20 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www3.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/labs-CGC-MOD9.pdf>
- (2) Obieta A, Miguel J. Gestión clínica. ¿Una nueva especialidad médica? Adm Sanit [Internet]. 2009;7(1):113–23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-gestion-clinica-una-nueva-especialidad-13136969>
- (3) Universidad del Valle. (s/f). [Costos de la no calidad en la fase pre-analítica de un Laboratorio Clínico de un Hospital Público de tercer nivel]. Recuperado de <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/server/api/core/bitstreams/a229e6aa-bae7-4ed4-ae70-f6ba17426ce4/content>

ALGUNOS ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA FORMULACIÓN DEL PRESUPUESTO PRAIS DEL SSM SUR PARA EL 2024

Eduardo Toro Leontic²³

Antecedentes

Hay cuatro documentos que describen los aspectos fundamentales del Programa de Reparación Integral de Salud (PRAIS). El primero de ellos data del año 1992 y contiene el diseño básico del Programa: Propósito, Objetivos Generales y Específicos, Estrategias de Acción, Actividades Básicas y Complementarias, Cobertura, Estructura Organizacional y Evaluación²⁴. Los dos siguientes, de 2000 y 2006, contienen las Orientaciones Técnicas, Administrativas y Operacionales del Programa, sus Fundamentos Conceptuales y su Marco Legislativo²⁵. El cuarto documento comprende, por una parte, el Protocolo a seguir en la intervención en salud sobre el trauma psicosocial y, por otra, un texto auxiliar en el que se profundizan “los pasos y conceptos enunciados anteriormente, establece algunas precisiones teórico-metodológicas, ofrece una profundización del marco científico y técnico en que se funda el Protocolo...y, finalmente, aporta a la clarificación de cada uno de los pasos de los algoritmos de acogida y atención²⁶”.

En conjunto, en ellos se reiteran tres ideas centrales:

²³ Economista. Magister en Estudios Sociales de Población (Flacso-Celade). Socio de la Agrupación de Usuarios PRAIS del SSM Sur.

²⁴ “Programa de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Represión Política ejercida por el Estado en el Período 1973-1990”. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Mental. 1992

²⁵ Corresponden al documento “Norma Técnica para la Atención de Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973 – 1990”. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, División de Rectoría y Regulación Sanitarias. Unidad de Salud Mental. 2000, (Resolución Exenta N° 2352) y al documento “Norma Técnica N° 88 para la Atención en Salud de Personas Afectadas por la Represión Política ejercida por el Estado en el Período 1973 -1990”. Gobierno de Chile, Subsecretaría de Salud. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Mental. 2006. (Resolución Exenta N° 437 del MINSAL)

²⁶ “Protocolo para la Atención Integral en Salud a las Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973-1990”. Dr. Carlos Madariaga. Consultor. Chile, 2006. Descargado de <http://www.cintras.org/descriptores.htm#protocolo>

1. El compromiso moral, político²⁷ y jurídico²⁸ de los Gobiernos post-dictadura de reconocer a las personas afectadas por la represión política ejercida por la Dictadura como seres humanos cuyos derechos fundamentales fueron violados.
2. Que es responsabilidad del Estado reparar los daños físicos y mentales causados a las personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el período 1973 - 1990^{29,30} y que dicha reparación debe ser integral, lo que implica aceptar e incluir como principios básicos del Programa que deban ser tratados de manera indivisibles los impactos de la represión y tortura, en sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales³¹.
3. El reconocimiento explícito del carácter diferencial de los problemas de salud mental y física de la población afectada por la represión y su alta vulnerabilidad debido a los eventos vividos y los efectos traumáticos de los daños experimentados, así como al hecho de que, si el trauma psicosocial y su sintomatología no son atendidos y tratados oportunamente,

²⁷ "El sustento político del Programa de Atención Reparatoria en Salud se encuentra en el compromiso de REPARACION asumido por los Gobiernos democráticos con las víctimas de la represión política ejercida por el Estado en el periodo de la dictadura militar, septiembre 1973 a marzo de 1990". "Norma Técnica Nº 88. Op. Cit. Pág. 3

²⁸ "En agosto del año 2003, el Gobierno da a conocer al país la propuesta de Derechos Humanos bajo el título de "No hay Mañana sin Ayer", donde se proponen medidas "tendientes a perfeccionar la reparación social que Chile otorga a las víctimas". Esto dio origen a la promulgación de nuevas leyes de reparación, entre las cuales se cuenta la Ley 19.980 en cuyo artículo séptimo formaliza el Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS), ratifica sus objetivos y establece su población beneficiaria". Norma Técnica 88. Óp. Cit. Pág. 5

²⁹ "El primer y mayor gesto de reparación es el reconocimiento por parte del Estado de la real existencia de las violaciones a los derechos humanos y de su responsabilidad en ellas". Alejandro González Poblete, Secretario Ejecutivo de la Vicaría de la Solidaridad, 18 de octubre de 1990. Carta dirigida a don Raúl Rettig, Presidente de la Comisión "Verdad y Reconciliación"

³⁰ "1.1 Le corresponde al Estado, a través del Ministerio de Salud, hacerse cargo de las necesidades de salud de las personas más severamente afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el periodo comprendido entre el 11 de septiembre de 1973 y el 10 de marzo de 1990, en vista de las consecuencias que dichos actos violatorios provocaron en la salud de los afectados".

1.2. La reparación en salud representa sólo una parte del conjunto de actos que deben expresar el reconocimiento y la responsabilidad que le cabe al Estado en los hechos y circunstancias acaecidos durante la dictadura militar y que deben estar orientados al reconocimiento de los hechos conforme a la verdad, a la dignificación de las víctimas y a la consecución de una mejor calidad de vida para las familias más directamente afectadas.

1.3. La reparación en salud es responsabilidad del Sistema de Salud Público en su conjunto, por lo que todos los funcionarios del sistema deben prestar especial colaboración en la atención de esta población". Norma Técnica 88. Óp. Cit. Pág. 7

³¹ 2.4 El propósito del Programa es contribuir, desde el sector salud, a la reparación biopsicosocial que requieren las personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el período comprendido entre septiembre de 1973 y marzo de 1990...". Norma Técnica 88. Óp. Cit. Pág. 6

estos podrían mantenerse en el tiempo con el riesgo de cronificarse y transmitirse transgeneracionalmente³².

Estas tres ideas centrales mencionadas definen el propósito y las características que deben revestir las prestaciones a entregar por el Programa:

1. En primer lugar, las prestaciones a entregar por el PRAIS son aquellas que contribuyen “a la recuperación biopsicosocial (recuperación integral) de la salud que requieren las personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el período comprendido entre septiembre de 1973 y marzo de 1990, con acciones sustentadas en la doctrina de derechos humanos y coordinadas dentro del sector salud y otros sectores del Estado y del conjunto de la sociedad chilena”³³.
2. Lo anterior, es reforzado con la siguiente definición: “Este Programa ha estado orientado a la atención integral de la salud física y mental, en el ámbito individual, grupal familiar y social-comunitario de las personas afectadas por la represión política ejercida por el estado en el periodo septiembre 1973 – marzo 1990, brindando un espacio de acogida y atención que permita evaluar la magnitud del daño y desarrollar intervenciones psicoterapéuticas, involucrando a los afectados en un rol activo en su rehabilitación, a través de sus organizaciones y la participación en actividades de autoayuda y de reinserción social”³⁴

En consecuencia, la cartera de prestaciones que debe entregar el PRAIS, ya sea directamente por el equipo especializado o, indirectamente, en la Red Pública de Salud, son las que conforman la canasta de prestaciones del sector salud. A éstas deben agregarse aquellas que no estando dentro de la cartera de prestaciones del sector público de salud son requeridas, necesariamente, por los usuarios PRAIS para el logro de su recuperación biopsicosocial integral³⁵.

³² “...la atención reparatoria en salud tiene su base en el reconocimiento del daño y/o el riesgo aumentado de éste en la salud de la población afectada, debido a que la tensión permanente a la que estas personas han estado sometidas, las ha hecho más vulnerables...que este daño y/o mayor riesgo tiene un carácter transversal y transgeneracional, es decir, se manifiesta en el grupo familiar completo y se transmite a las nuevas generaciones y que los problemas de salud física y mental de los afectados y sus familiares, revisten características especiales que los diferencian de los procesos de enfermedad que afectan a la población general” “Norma General Técnica N° 88. Óp. Cit. Págs. 3 y 4

³³ Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Mental. 1992. Pág. 3. Idéntica definición figura también en el Marco Normativo de la “Norma Técnica 88...”, Op. Cit. Pág. 7.

³⁴ Norma Técnica 88. Óp. Cit. Pág. 3.

³⁵ Ese es precisamente el propósito de los recursos asignados al Subtítulo 22 del Presupuesto del PRAIS: adquirir en el extra sistema servicios clínicos y de atención médica, compra de medicamentos que no se encuentran en la canasta de fármacos del sistema, realización de exámenes por ley N° 19.980 y ayudas técnicas por artículo 10 ley N° 19.992. Ver: Subsecretaría de Redes Asistenciales. ORD N° C11/1322. Informe Glosa N° 11 PRAIS a Comisión Mixta de Presupuesto, Congreso Nacional. 30 de abril 2020.

Tal como está diseñado el Programa, el Equipo Especializado³⁶ tiene la exclusiva responsabilidad de acoger³⁷ y brindar atención biopsicosocial (integral) a las personas que presentan problemas complejos de salud mental asociados a secuelas de traumatización extrema, así como de problemas de salud física asociados al trauma psicosocial producido.

En los casos de personas con problemas de salud mental o de salud física no asociados al trauma psicosocial, los protocolos indican que, previa acogida y evaluación por el equipo PRAIS, los primeros deben ser derivados para consulta y atención a los Centros de Atención Primaria, si son de baja complejidad, y a los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, si son de mediana complejidad, y los segundos, es decir, casos de problemas de salud física no asociados al Trauma, deben ser derivados para su atención, dependiendo de su nivel de gravedad, a las consultas médicas de Atención Primaria o a las de Atención Secundaria o Terciaria.³⁸

No obstante lo anterior, dentro de la población beneficiaria PRAIS se han producido cambios que exige que se realicen esfuerzos destinados a modernizar o actualizar las prestaciones o acciones multidisciplinarias que debe entregar el Equipo Especializado para el logro eficaz de los objetivos de Reparación Integral de Salud.

Los datos disponibles muestran que el primer hecho observable tiene relación con la mayor proporción de personas mayores correspondiente a los/las beneficiarios/as PRAIS respecto de la población nacional. En efecto, la población beneficiaria PRAIS localizada en el territorio correspondiente al SSM Sur adscrita a Fonasa ascendió en julio de 2020 a 40.414 personas³⁹. De ellas, 11.021 poseían edades de 60 años y más, es decir, constituían el 27.3% del total. A nivel nacional, en este mismo año dicho porcentaje alcanzaba al 16.2%, es decir, 11 puntos porcentuales menos.

³⁶ "Se denomina Equipo Especializado al equipo interdisciplinario especializado en la atención de problemas de salud mentales asociados a secuelas de traumatización extrema producto de la represión política.

Existirá un Equipo Especializado en cada uno de los 28 Servicios de Salud, con dependencia del Director de Servicio y formando parte de la estructura del Servicio de Salud y de la Red de Atención.

Cada Equipo Especializado estará conformado, al menos, por psiquiatra, psicólogo, médico general, asistente social, y secretaria...el equipo mínimo básico para una población igual o inferior a 2.500 beneficiarios será de 11 horas semanales de psiquiatra, 11 horas semanales de médico general, 22 horas semanales de psicólogo, 22 horas semanales de asistente social y 22 horas semanales de secretaria". Norma Técnica 88. Óp. Cit. Pág. 18

³⁷ Las fuentes de derivación de personas al Equipo PRAIS pueden ser los servicios de urgencia de la red pública de salud, otros dispositivos de la red, por ejemplo, de Atención Primaria: Cesfam, Cecosf, Postas Rurales, SAPU, etc.; organizaciones sociales y comunitarias; otras instancias estatales y demanda espontánea.

³⁸ "Protocolo para la Atención Integral en Salud a las Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973-1990". CINTRAS, 2006. Pág. 10

³⁹ El total de beneficiarios marca PRAIS (FONASA más los registrados en los seguros privados de salud) ascendía a mediados de 2020 a 49.905 personas. Según datos del MINSAL del 30 de abril de 2020, el total de beneficiarios PRAIS del SSM Sur alcanzaba a las 79.592 personas. Se observa una diferencia de casi 20.000 beneficiarios entre ambas fuentes de datos, cifra que requiere ser aclarada.

Según el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, “el deterioro cognitivo y las demencias van aumentando su presencia a medida que aumenta la edad. Se estima que actualmente en Chile el 1,06% de la población total del país presenta algún tipo de demencia. El 7,1% de las personas de 60 años y más (7,7% en mujeres y 5,9% en hombres) presenta deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 años muestra un aumento exponencial, alcanzando 13% en las personas entre 75 y 79 años y 36,2% en los mayores de 85 años. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, el 10,4% de personas mayores de 60 años presenta deterioro cognitivo, sin diferencias significativas por sexo, evidenciando también una importante progresión a mayor edad y una prevalencia que es casi 6 veces mayor en personas con bajo nivel educacional comparadas con aquellas con nivel de educación alto y medio”⁴⁰.

“En relación a los trastornos mentales las personas sobre 64 años tienen una prevalencia de 11,9% en el último año. En ellos predominan los trastornos por uso de sustancias (7,4%), los trastornos de ansiedad (4,4%) y los trastornos afectivos (3,7%). La Encuesta Nacional de Salud por su parte entregó cifras de síntomas depresivos en este rango de edad, de 11,2% en el último año, siendo estos 4 veces más frecuentes en mujeres (16,9%) que en hombres (4,1%). En cuanto al suicidio, “las personas mayores presentan las más altas tasas de suicidio, las que han fluctuado en rangos de 15,1% a 18,5% por 100.000 habitantes entre los años 2000 y 2012, descendiendo posteriormente hasta 15,7% el año 2013. El suicidio es casi 10 veces más frecuente en hombres que en mujeres mayores” (Minsal 2017)⁴¹.

Por otra parte, según el estudio de Jorquera et al⁴², un subconjunto de los beneficiarios PRAIS, específicamente expresos políticos, presentarían esperanzas de vida menores que las de la población en general, debido a los episodios traumáticos vividos como consecuencia de los eventos represivos experimentados durante la dictadura.

En consecuencia, al daño y/o al riesgo aumentado del daño en la salud de la población beneficiaria PRAIS se suman los diversos cambios biológicos (cambios degenerativos del sistema nervioso y disminución de la capacidad de reserva y respuesta homeostática del resto de los sistema), funcionales (motores, intelectuales y cognitivos, sensoriales, comportamentales y pérdida de soporte), sociales (disminución de la participación, jubilación-inactividad, descenso de autoestima, pérdida de rol social) y económicos (pérdida y/o precarización del empleo, disminución de ingresos, aumento de gastos sobre todo en salud), que se producen durante el proceso de envejecimiento. Todos estos cambios pueden favorecer la aparición de procesos psicopatológicos y otorgarles a las personas mayores beneficiarias PRAIS unas características de vulnerabilidad especial, constituyéndolas en un importante grupo de “alto riesgo” que requiere un gran esfuerzo adaptativo del Programa.

De todo lo anterior, es posible concluir que la población beneficiaria PRAIS de 60 años y más enfrenta un doble riesgo en salud: por una parte, el riesgo aumentado de daño en la salud mental y física producto de las experiencias traumáticas vividas durante la Dictadura y, por otro, los riesgos propios derivados de su proceso de envejecimiento, que también repercuten

⁴⁰ MINSAL. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Subsecretaría de Salud Pública, 2017. Pág.17.

⁴¹ Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. op. Cit. Pág. 17

⁴² María José Jorquera, Carlos Madariaga, María Soledad Burrone, Eric Tapia, Lisandro D. Colantonio, y Rubén Alvarado “Estudio descriptivo de mortalidad en sobrevivientes de tortura y prisión política en el período de la dictadura militar en Chile, 1973-1990”. Rev. Med. Chile 2020; 148: 1773-1780

sobre sus estados de salud física y mental. Para enfrentar este doble riesgo, que pueden superponerse y potenciar aún más, los equipos PRAIS no están diseñados ni tienen las capacidades necesarias. No existen geriatras ni terapeutas rehabilitadores, entre otros profesionales, que trabajen con personas mayores con una mirada integral o bio-psico-social. Esta es una falencia que muestra el Equipo PRAIS actual, lo que se suma al déficit en el número de profesionales existentes. Asimismo, existe un notable déficit en el número de equipos PRAIS que debieran existir en el territorio *del* SSMS por cada 2.500 beneficiarios PRAIS, tal como lo establece la Norma Técnica 88.

Hasta ahora, el diagnóstico y el tratamiento del trauma psicosocial ha tenido un abordaje por profesionales más bien con una concepción centrada en lo bio-médico y el uso de fármacos. De partida, en los equipos no hay terapeutas que apoyen procesos de rehabilitación individual, familiar y comunitaria. Hay que recuperar la concepción del abordaje integral, transdisciplinario de los problemas de salud mental, el trauma y sus manifestaciones.

En consecuencia, es imprescindible superar la atención centrada estrictamente en la atención individual con predominio del enfoque biomédico y poner mayor énfasis en las acciones grupales y comunitarias con el propósito de asegurar un envejecimiento saludable. Por tanto, urge avanzar en la elaboración de un Perfil epidemiológico de la Población PRAIS, y en particular de la población de 60 años y más, a partir de los antecedentes disponibles en los dispositivos de la Red pública de salud con el objetivo de establecer prioridades de acciones comunitarias de salud (preventivas, de tratamiento, rehabilitación e inclusión social) hacia este grupo, considerando los riesgos aumentados de morbi-mortalidad que presenta como consecuencia de las acciones represivas directas sufridas durante la dictadura cívico-militar.

Propuestas

Resolver estos déficits es una gran exigencia de parte de los beneficiarios PRAIS para que el Estado garantice y haga efectivo el derecho comprometido a una salud integral reparatoria. Once son, al menos, los puntos que reclaman los beneficiarios:

- a) Es necesaria una revisión y ampliación sustancial de los objetivos y funciones que debiera cumplir el Programa, incorporando al menos geriatras, neurólogos y terapeutas;
- b) Así mismo, los niños, niñas y adolescentes no tienen relevancia en la ejecución del Programa, pese a que en la Norma Técnica 88 se reconoce que el trauma psicosocial se transmite transgeneracionalmente. Es decir, la ejecución de acciones de promoción y prevención en salud mental debe considerar la vulnerabilidad que pueden haber heredado.
- c) Igualmente, se hace necesario implementar actividades de rehabilitación psicosocial y promoción de condiciones de vida saludable, así como gestionar la realización de talleres de Kinesioterapia para usuarios PRAIS con trastornos sote-musculares (artrosis, enfermedades reumáticas, etc.) gestionando la construcción de una amplia red de rehabilitación basada en la comunidad.
- d) Los usuarios PRAIS con enfermedades catastróficas o graves deberían recibir con mayor frecuencia atención de psicólogos y trabajadoras sociales para apoyarlos en sus procesos de recuperación y de restablecimiento de su dignidad.

- e) Es imprescindible el fortalecimiento del Equipo PRAIS del SSM Sur para el logro de diagnósticos integrales, tratamiento y rehabilitación comunitaria del trauma psicosocial. El equipo especializado constaba a diciembre de 2022 de sólo 4 profesionales: un médico familiar, un psicólogo y dos trabajadoras sociales y hace un año no cuenta con psiquiatra. Es un pequeño equipo para la gran cantidad de beneficiarios potencialmente sujetos de atención⁴³ y, además, para las funciones que éste debe cumplir para la inserción del Programa en la Red Pública de Salud, entre las cuales figura particularmente la gestión de las listas de espera de Consultas de Nueva Especialidad, Intervenciones Quirúrgicas e Implantes Dentales.
- f) En comparación con la disponibilidad de profesionales que integran los otros Equipos PRAIS de la Región Metropolitana, como se observa en el cuadro 1, se destaca nítidamente la desmedrada situación en la que se encuentra para cumplir sus objetivos de atención integral de salud o, a la inversa, la enorme carga de trabajo potencial que tienen el médico y el psicólogo y las dos asistentes sociales. No habiendo psiquiatra, en la práctica no se puede hablar de la existencia de un equipo especializado en la atención y tratamiento de trastornos mentales asociados a secuelas de traumatización extrema producto de las acciones represivas experimentadas y esta situación atenta contra el propósito del PRAIS.
- g) Por otra parte, tomando en consideración, por un lado, la cobertura territorial del Programa y, por otro, la localización del Equipo al interior del HBLT en la Comuna de San Miguel, se observa que hay varias comunas, tales como San Bernardo, Buin, Paine, Calera de Tango (todas de la Provincia de Maipo), notoriamente alejadas de donde se ubica físicamente el Equipo, lo que hace muy difícil el acceso, por los tiempos y gastos de transporte involucrados, y, por tanto, la comunicación y la asistencia de los beneficiarios PRAIS de estas comunas a dicho lugar de atención. Es importante destacar que aproximadamente el 38% del total de beneficiarios PRAIS del SSM Sur residen en dichas comunas, las que fueron particularmente afectadas por las acciones represivas llevadas a cabo por agentes del Estado desde los inicios de la Dictadura. La existencia de estas condiciones requiere dar una respuesta acorde a la magnitud del problema y, tal como lo ha resuelto el SSM Occidente, se hace imprescindible tener en cuenta la ruralidad existente y dotar de un Equipo PRAIS localizado en la Provincia de Maipo que pueda brindar una atención oportuna y de calidad a los beneficiarios residentes en ella.

Cuadro 1. Número de Profesionales claves del Equipo PRAIS por SMS. (2020)

Servicio de Salud	Médicos	Psiquiatra	Psicólogo/a	Asistente Social	Totales
Norte	3	0	4	2	9
Occidente	3	3	5	6	17
Oriente	2	0	6	2	10

⁴³ Cabe recordar que existen diferencias sustanciales en el número total de beneficiarios PRAIS informados por FONASA con los que entrega MINSAL.

Central	1	1	1	2	5
Sur	1	0	1	2	4
SurOriente	1	1	3	3	8
Totales	11	6	20	17	54

Fuente: Subsecretario de Redes. ORD. N° C11/ 2344. 30 de Julio 2020. Para SSM Sur: Diciembre 2022

- h. Cumplir con los objetivos del Programa implica necesariamente fortalecer la presencia del PRAIS en la red pública de salud (SSMS/APS), hacer visibles a los usuarios PRAIS en todos los dispositivos de la Red, y contar con un equipo de facilitadores/as motivados y comprometidos con el programa PRAIS, al igual que las Direcciones de Salud Municipales de las 11 comunas que comprende el SSMS.

Actualmente, la Red Pública de Salud del SSM Sur está integrada por un conjunto de dispositivos de salud que forman parte de los tres niveles de atención: Primaria, Secundaria y Terciaria. En el nivel de Atención Primaria existen 98 dispositivos (36 Cefsam, 14 Cecosf, 11 Postas Rurales, 23 SAPU, 3 SUR, 2 SAPUDENT, 6 UAPO y 3 SAR); la Atención Secundaria está conformada por 9 dispositivos (1 CRS, 1 CDT, 1 Centro de Imagenología Mamaria, 5 Cosam-Cesam y 1 Centro de Apoyo Comunitario para personas con demencia); y, por último, en la Atención Terciaria se encuentran 3 Hospitales Autogestionados en Red, 3 de Mediana Complejidad y 1 en convenio.

En total, la Red Pública de Salud del SSM Sur está conformada por 114 establecimientos de salud distribuidos territorialmente en 11 comunas (Buin, Calera de Tango, El Bosque, La Cisterna, una parte de La Granja, Lo Espejo, Paine, Pedro Aguirre Cerda, San Bernardo, San Joaquín y San Miguel), con los cuales debe forzosamente relacionarse el PRAIS, ya que su concurso es fundamental para cumplir con el propósito de brindar Reparación Integral de Salud.

En cada uno de estos establecimientos debiera existir al menos una persona designada en el cargo de Facilitador/a⁴⁴ para desempeñar las funciones señaladas en la Norma Técnica 88: *“Coordinar la atención reparatoria en salud a los beneficiarios de este Programa, en su respectivo establecimiento; Mantener una coordinación permanente con el equipo especializado del Servicio de Salud y Facilitar el acceso y oportunidad de la atención reparatoria en salud a los beneficiarios de este Programa”*, lo que implicaría contar, al

⁴⁴ Facilitador: “rol asignado a uno o varios funcionarios de cada establecimiento de la red asistencial del Servicio de Salud”. “Programa de Atención en Salud...” Op. Cit. Pág. 13. Este punto es importante de resaltar, pues al menos en el caso de los Hospitales es impensable que una sola persona pueda cumplir este rol.

menos, con un total de 114 Facilitadores/as en toda la Red⁴⁵, lo que en la realidad no se cumple⁴⁶.

- i. De acuerdo a la Norma Técnica 88, es el Coordinador del Equipo PRAIS quien tiene, entre otras responsabilidades⁴⁷, el "(a) Establecer los mecanismos y procedimientos mediante los cuales el equipo especializado se relacionará con los establecimientos de la Red y (b) Coordinar, asesorar, controlar y evaluar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas para la atención reparatoria en salud del Ministerio de Salud, en todos los establecimientos de la Red del Servicio".

Si consideramos que uno de los compromisos de gestión estratégica es "*Avanzar en el fortalecimiento del Programa PRAIS en la Red Asistencial Integrada del Servicio de Salud...*"⁴⁸, el Coordinador del Equipo PRAIS del SSMS debería interactuar con al menos 114 facilitadores/as a lo largo de toda la red, tarea que en la práctica, y objetivamente, es absolutamente imposible de cumplir y, más aún, en una Red Pública de salud fragmentada.

Este es un nodo crítico en el establecimiento del Programa y de cuya resolución depende el éxito o el fracaso del PRAIS. Al respecto, la propuesta de la Agrupación de Usuario PRAIS del SSM Sur es la designación dentro del Equipo de una persona dedicada exclusivamente a gestionar el posicionamiento del Programa dentro de la Red Pública de Salud "*...asegurando la integración del Programa en las políticas del Servicio y de la red en su conjunto, con enfoque de continuidad de la atención reparatoria integral, evidenciando los nudos en conflicto y proponiendo soluciones. En concordancia con el Compromiso de*

⁴⁵ Ver: OBSERVACIONES AL PROGRAMA DE REPARACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PRAIS) Y SOBRE VERDAD, JUSTICIA Y REPARACIÓN INTEGRAL (Documento interno Agrupación PRAIS Sur. Agosto 2022)

⁴⁶ En octubre 2022, en la Red Pública de Salud Sur había un total de 72 personas designadas para cumplir las funciones de facilitador/a, un 63% del total requerido. Aparte de no cumplirse el total de designaciones en este cargo, se observó que, en varios casos, las personas designadas para cumplir las funciones asignadas de facilitador/a no estaban sensibilizadas ni capacitadas para ello. Asimismo, también se observó que existía cierta rotación en esta designación, con muy poca duración de las personas en el cargo. Pero, lo más importante, es que prácticamente ningún beneficiario PRAIS conocía de su existencia, cuáles eran sus funciones y como ubicarlas y comunicarse con ellas.

⁴⁷ El resto de funciones, según NT-88, son:

-Asegurar la existencia y desarrollo de un equipo especializado según las normas establecidas por el Ministerio de Salud y garantizar las condiciones necesarias para su funcionamiento

-Dictar las normas de funcionamiento interno para el equipo especializado de su dependencia, conforme a las leyes y reglamentos vigentes y a las directivas ministeriales que se impartan al respecto

-Elaborar un informe anual de la gestión y de los resultados de este Programa en el Servicio

-Coordinación regular y permanente con las organizaciones de beneficiarios de este Programa

⁴⁸ Lineamientos PRAIS 2016. Minsal. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Pág. 13

Gestión GES N° 149⁴⁹. A nivel territorial, lo anterior implica “La visualización del PRAIS en cada instancia de la Red asistencial incluida la APS, (lo que favorece) la recepción de los usuarios en la red y contribuye a hacer realidad que la respuesta reparatoria en salud es responsabilidad del Estado⁵⁰”.

- j. A lo anterior, se suma el déficit que exhibe la infraestructura en la cual funciona el equipo al interior del HBLT, la que posee un mínimo espacio para recepción y entrega de atenciones de parte de los profesionales del equipo a los beneficiarios que acuden en busca de una atención de salud. Este tema se ha planteado hace muchos años sin obtener respuesta alguna.
- k. Desde el punto de vista de su financiamiento, históricamente este equipo también ha sufrido menoscabo pues, por una parte, en los últimos años ha visto disminuir su presupuesto en términos reales a montos inferiores a los que recibía hasta el año 2015 (Ver Cuadro 2) y, por otra, el MINSAL no le ha entregado los recursos económicos necesarios para financiar los sueldos de sus integrantes, debiendo terminar de cancelarlos en el año utilizando los recursos asignados al subtítulo 22, en franco desmedro de los recursos asignados para la adquisición de servicios, medicamentos y otros insumos que no están en la canasta institucional y que debieran financiarse con este ítem (Ver Cuadros Anexos).

Cuadro N° 2 PRESUPUESTO ANUAL PRAIS SSM SUR (NOMINAL Y REAL) miles \$

AÑOS	PRESUPUESTO NOMINAL	IPC ANUAL	PRESUPUESTO REAL \$ 2012	VARIACIÓN base 2012
2012	189.132	100	189.132	100
2013	256.352	103,1	248.644	131,5
2014	264.043	105	251.565	133
2015	271.964	109,9	247.465	130,8
2016	221.452	114,7	193.071	102,1
2017	218.021	119	183.211	96,9
2018	223.458	121,6	183.765	97,2
2019	230.368	124,5	185.035	97,8
2020	231.376	127,8	181.045	95,7
2021	236.719	131,7	179.741	95
2022	241.551	137,6	175.546	92,8

(1) Presupuesto nominal anual ORD C11- MINSAL

(2) IPC ANUAL. <https://www.datosmundial.com/america/chile/inflacion.php>

En el Cuadro anterior se observa la notoria disminución del presupuesto real asignado al Equipo PRAIS del SSM Sur a partir del año 2016 y, peor aún, en montos inferiores al del año 2012 y

⁴⁹ Lineamientos PRAIS 2016. Óp. Cit. Pág. 16. Dentro de las condiciones objetivas para que funcione la relación Equipo Especializado PRAIS-Red Pública de Salud, se da el hecho, ya verificado hasta mediados de 2022, que en casi todos los establecimientos de atención primaria no se podía identificar a un/a beneficiario/a PRAIS pues no existían registros sobre ellos en las bases de datos que manejaban.

⁵⁰ Lineamientos... Óp. Cit. Pág. 16

destacadamente menores a los de los años 2013-2015. En 2022 la caída del presupuesto real (en \$ de 2012) fue de 7.2 puntos porcentuales respecto del presupuesto real de 2012.

Con esta tendencia hacia la disminución del presupuesto asignado al Equipo PRAIS es imposible ejecutar el Programa de acuerdo a la Norma Técnica 88 y a las Orientaciones y Compromisos de Gestión definidos por el MINSAL.

En definitiva, se requiere un incremento de los recursos asignados en los Presupuestos para el Programa que haga factible los aumentos en la composición de los equipos y en el número de equipos existentes. Además, debería contemplarse recursos adicionales para financiar actividades rehabilitadoras de integración social y mantención de capacidades sanas (talleres, centros abiertos, jornadas de encuentros, capacitación, etc.)

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se hace necesario y en forma urgente remover todos los obstáculos y barreras que impiden y desalientan el acceso y la utilización del Programa PRAIS por los beneficiarios PRAIS. Hay que eliminar las prácticas burocráticas y conductas similares, tanto en los funcionarios de los equipos como en los/as facilitadores/as que debieran existir en cada uno de los dispositivos de la red pública de salud. Entre estos obstáculos se encuentran los derivados de la fragmentación de la Red Pública de Salud y la poca comunicación existente entre el Equipo Especializado, el Servicio de Salud y los dispositivos de la APS. A lo anterior se suma la carencia de datos en la APS sobre quiénes de las personas inscritas en cada dispositivo son beneficiarios PRAIS.

Se hace urgente eliminar toda forma de discriminación en la inscripción y posterior atención de los nietos de los afectados directos. Hace años que existe una forma de operar poco clara en el Programa PRAIS respecto a los nietos: en algunos Equipos PRAIS se niega la acreditación y, en otros, a algunos se les acredita y a la mayoría no se les reconoce ese derecho, lo que explicaría el bajo número de niños de 0 a 9 años inscritos en la Región Metropolitana. Diferentes estudios en nuestro país reconocen a los nietos de los afectados directos como portadores de un Trauma transgeneracional, describiendo vivencias en que niños hablan de sus abuelos y del momento que fueron apresados como si ellos hubieran estado allí⁵¹.

⁵¹ “El trauma psicosocial no afecta sólo a la generación que lo vive, sino que se manifiesta por varias generaciones “sobre todo cuando las sociedades no han sido capaces de enfrentar con justicia, verdad y reconocimiento, el terror impuesto por un Estado” “Transgeneracionalidad del Trauma Psicosocial en nietos de ex presos político de la dictadura militar chilena 1973-1990: transmisión y apropiación de la historia de prisión política y tortura”. Tesis doctoral Ximena Faúndez, docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

1. “Una segunda característica es la transgeneracionalidad del daño, las repercusiones del trauma en los hijos y nietos de las víctimas primarias del terrorismo de Estado. Emerge cada vez con más fuerza este nuevo consultante que demanda apoyo psicológico dando cuenta de una herencia traumática de la que no siempre está plenamente consciente”. “Daño transgeneracional en Chile. Apuntes para una conceptualización”. Dr. Carlos Madariaga, psiquiatra CINTRAS Chile.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Históricamente, ha habido dos momentos en que se ha hecho evidente “la necesidad de revisar y actualizar las Orientaciones Técnicas y Administrativas del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos, para adecuarse a las necesidades que en ese momento presentaba la población beneficiaria, de manera de ofrecer una respuesta eficaz y eficiente, en términos de reparación al profundo daño de la salud mental que presentan muchas de las personas afectadas”⁵² El primero fue en el año 2000 y el segundo en 2006, el que culminó con la promulgación de la Norma Técnica 88. Un tercer intento se realizó a partir de septiembre de 2020, pero quedó inconcluso. En consecuencia, han pasado 16 años desde que se actualizó el Programa para adecuarse a las necesidades de la población beneficiaria y hoy se hace imprescindible actualizar otra vez el Programa atendiendo a las nuevas realidades que presenta. Algunas de las propuestas contenidas en esta presentación obedecen a esa razón.

Hay un aspecto que es necesario destacar: según la NT 88, “el equipo mínimo básico para una población igual o inferior a 2.500 beneficiarios será de 11 horas semanales de psiquiatra, 11 horas semanales de médico general, 22 horas semanales de psicólogo, 22 horas semanales de asistente social y 22 horas semanales de secretaria.”

La población beneficiaria PRAIS del territorio del SSM Sur asciende a más de 83.900 personas según el MINSAL⁵³, lo que implicaría, si se cumple lo que dice la Norma Técnica 88, contar con al menos 33 equipos especializados “mínimos básicos”, objetivo que jamás se ha cumplido y, por el contrario, hoy, septiembre de 2023, está muy lejos de cumplirse considerando la actual dotación del equipo del SSM Sur y el total de beneficiarios más arriba señalados. En palabras simples: el Estado no ha cumplido y no está cumpliendo con lo estipulado en el Programa de Reparación Integral de Salud.

⁵² Norma Técnica 88.

⁵³ Informe Glosa N° 11 a la Comisión Mixta de Presupuesto. ORD N° C11/1290. MINSAL. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Abril 2022

EVALUACIÓN FINANCIERA DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR CONCÓN

(ENERO A SEPTIEMBRE DE 2022 Y 2023)

Montserrat Castro Figueroa⁵⁴ y César Simunovic Beltrán⁵⁵

Resumen.

Contexto: El Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) es un apoyo complementario nutricional para las personas mayores beneficiarias y se entrega en la atención primaria de salud. **Propósito:** Este estudio consiste en realizar una evaluación financiera del PACAM en el CESFAM Concón. **Metodología:** Se solicitó desde el portaltransparencia.cl la información estadística y los valores de los productos del programa.. **Resultados:** Se obtiene que el gasto y producción de componentes del programa a nivel nacional en el año 2020 fue menor en comparación al 2021. Se observa que existe una diferencia significativa de los gastos totales, debido a la contingencia del COVID-19. Sin embargo, hay un aumento de gastos innecesarios debido al reporte de mermas, cuyo valor es de \$205.771 en el año 2023, el cual es 2,4 veces más alto que el del año 2022. **Conclusiones:** Se destaca la importancia de capacitar al personal TENS para garantizar su funcionamiento del programa. Además, se sugiere un estudio que determine la vigencia del EMPAM como condicionante del retiro de alimentos, considerando la alta demanda de prestaciones del CESFAM Concón.

Palabras Claves: PACAM, CESFAM, Merma, Bebida Láctea, Crema, Evaluación Financiera, Presupuesto, gasto, DIPRES, Normativa Técnica.

Antecedentes

En Chile, al igual que en el mundo, se detecta un explosivo cambio demográfico disminuyendo la natalidad y aumentando la cantidad de personas mayores. Esto ha impulsado la implementación de políticas públicas que promuevan la buena calidad de vida a través del cuidado de la salud de esta parte de la población. El PACAM es “parte de un conjunto de

⁵⁴ Kinesióloga de la Corporación Municipal de Villa Alemana, Estudiante de Magíster en Salud Pública con Mención en Gestión de Salud de la Universidad de Valparaíso. correo electrónico: monserrat.castrofigueroa@gmail.com

⁵⁵ Terapeuta Ocupacional del Centro de Salud Familiar de Concón, Estudiante de Magíster en Salud Pública con Mención en Gestión de Salud de la Universidad de Valparaíso. correo electrónico: simunovicbeltrancesar@gmail.com

actividades de apoyo complementario nutricional de carácter preventivo y de recuperación que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes a los adultos mayores, en los establecimientos de atención primaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El propósito del PACAM “es contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad del adulto mayor, aminorando brechas nutricionales y económicas, a fin de mejorar su calidad de vida”. (1)

La normativa técnica vigente, define que la población beneficiaria debe pertenecer al Fondo Nacional de Salud (FONASA) o al Programa de Reparación y Atención integral de Salud (PRAIS), aunque estos últimos pueden estar afiliados a un sistema privado de salud. Se consideran las personas en edades entre 60 y 69 años que se encuentren o hayan terminado tratamiento antituberculoso o que pertenezcan a Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM), que pertenezcan o hayan pertenecido al Subsistema Chile Solidario o Seguridades y Oportunidades-Ingreso Ético Familiar. Personas mayores entre los 65 y 69 años que hayan obtenido en la aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) resultado de autovalente con riesgo, riesgo de dependencia o dependencia. El beneficio se entrega a todas las personas mayores desde los 70 años en adelante (1). Además, se consideran 3 requisitos básicos para poder acceder al PACAM que se mencionan a continuación:

1. Estar inscrito en un establecimiento de APS.
2. Tener control de salud al día, según lo establecido en Programa de Salud del Adulto Mayor).
3. Tener sus vacunas al día según esquema y campaña ministerial vigente. Si el beneficiario ha rechazado alguna o todas sus vacunas, se deberá confirmar que haya completado el flujograma establecido en la normativa del Programa Nacional de Inmunizaciones (consejería y rechazo informado correspondiente).

El PACAM considera la entrega mensual por persona de una bebida láctea de un kilogramo que consiste en un producto en polvo con base en leche y cereales, fortificada con vitaminas y minerales, reducida en lactosa, baja en grasa total y en sodio. Por otra parte, además se entrega alimento instantáneo elaborado en base a cereales y leguminosas, fortificado con vitaminas y minerales. (1)

El 22 noviembre de 2022, la Subsecretaría de Salud Pública emitió el oficio N°5478 (2), el cual aprueba la reformulación de los productos alimenticios, en relación a sus ingredientes y marcas e imagen. Esta medida se comenzó a implementar gradualmente desde diciembre de 2022 (2). Las cremas y bebidas lácteas cambian el nombre “Años Dorados” por el de “Nutra Max”. Las principales modificaciones de las cremas son: aumenta en 5 veces el contenido de Vitamina D; y la B12 aumenta 4,2 veces; y, se mejoran los componentes de viscosidad y gelatinización del almidón. En relación a la bebida láctea se eliminan la sacarosa y la glucosa de su fórmula; se aumentó 4,3 veces el contenido de Vitamina D y en 3,5 veces el de B12.

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud Familiar de Concón, que es el único Centro de atención primaria en la comuna. Actualmente el programa PACAM cuenta con un encargado de profesión nutricionista y con un equipo de 4 Técnicos en Enfermería Nivel Superior (TENS) capacitados para la distribución y entrega de los productos. Además, por normativa técnica cuenta con una bodega de almacenamiento exclusiva para el programa PACAM. En la actualidad el centro de salud, tiene asignada una población 2023 total de 32.947 usuarios y se estimó que la población beneficiaria del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor con edad de 70 años en adelante es de 3.930 usuarios (3).

En cuanto al registro y funcionamiento del PACAM en el CESFAM Concón, los encargados del programa realizan tres registros diarios en el registro de hoja diaria, tarjetero y la plataforma digital de Modernización de la Información digital de la autoridad sanitaria (MIDAS). La información de estos tres registros debe coincidir para cerrar el inventario diario y conocer en forma instantánea el stock de los productos almacenados. Además, existen otros registros como: Registro de inasistencia, beneficiarios fallecidos y traslados de Centro de Salud. En cuanto al orden de los tarjeteros deben estar ordenados de forma correlativa por RUN o número de ficha clínica.

Este estudio consiste en realizar una evaluación de la eficiencia en el gasto a partir del presupuesto financiero del Programa PACAM del CESFAM Concón, teniendo como referencia las realidades regional y nacional.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo a través de una solicitud en la página web: portaltransparencia.cl. En primer lugar, se solicitó al Centro de Salud de Salud Familiar de Concón la información de los registros estadísticos mensuales correspondientes a la serie D16 con sus secciones A, B, C y D; la población total inscrita en el centro de salud y también la población total beneficiaria del programa según normativa técnica. Todos los datos fueron solicitados considerando los meses de enero a septiembre 2022 y 2023. En segundo lugar, se envió una solicitud a la Secretaría Regional Ministerial de Salud de Valparaíso para obtener el registro del valor bruto y neto de la bebida láctea y sopa de cremas (precio unitario por envase), nombre de la empresa que elabora el producto y las fechas de inicio y término de los contratos correspondientes. Dichos datos también fueron solicitados para los periodos de enero a septiembre de 2022 y 2023. Además, para realizar el análisis con referencias nacionales o regionales se usó el Informe de Evaluación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor de la Dirección de Presupuestos. (4)

Un concepto importante para evaluar eficiencia dentro del estudio es la Merma, la cual se define como aquellos alimentos que han perdido sus condiciones de aptitud para el consumo humano, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Sanitario de los Alimentos y que, por lo tanto, no pueden ser distribuidos a los beneficiarios. Las causas de las mermas pueden ser múltiples, pero la normativa técnica considera las siguientes:

1. Microbiológica: sospecha o evidencia de contaminación
2. Sensorial: mal sabor, olor o color extraño
3. Presencia de cuerpos extraños: cualquier elemento ajeno a su composición
4. Mal sellado o rotura del envase en cualquier parte de él.
5. Vencimiento del producto.
6. Error o deficiencia en la rotulación del producto: datos ilegibles, incumplimiento del Reglamento Sanitario de los Alimentos, entre otros. Esta es una de las causas más comunes al igual que la rotura del envase.

Dentro de la evaluación de los gastos del PACAM en el CESFAM, se detectó una cantidad de Mermas considerables en el período de enero a septiembre del 2022-2023.

A. Análisis de Datos

Tabla N°1: Gasto y producción de componentes del PACAM Nacional Evaluación DIPRES (M\$ 2022).

Ítem	2020	2021
Ejecución presupuestaria final	100%	100%
Presupuesto Ejecutado	26.533.057	26.613.599
Recursos Extrapresupuestarios	4.366.626	5.078.081
Componentes (Unidad de producción)		
Sopa de Cremas	10.338.315	11.256.336
Bebida Láctea	15064064	15076054
Gastos Administrativos	5.497.334	281.210

***Presupuesto inicial/ final:** el programa tuvo dos modificaciones presupuestarias, primero una reducción por contexto COVID- 19 y, posteriormente un incremento (con cargo al PNAC) con el fin de ejecutar los compromisos presupuestarios propios de la implementación del programa.

***Ejecución presupuestaria:** La ejecución presupuestaria final fue del 106% sobre el presupuesto inicial y de 99.9% sobre el presupuesto final.

***Gastos Administrativos:** El gasto administrativo corresponde a las facturas de la comisión de la CENABAST, institución que, en el marco de un convenio de colaboración, ejecuta las funciones relativas a la compra y gestión de contratos, entre otros.

***Gastos extrapresupuestarios:** Los gastos presupuestarios corresponden a los gastos que incurren los servicios de salud y las corporaciones municipales para la implementación de los

Programas Alimentarios (PP AA), considerando que este programa se ejecuta a nivel de la atención primaria de salud.

Tabla N°2: Precio de los productos en el CESFAM Concón 2023.

Producto	Empresa elaboradora y distribuidora	Contenido del envase	Precio bruto por unidad
Bebida Láctea Nutra MAX	PROLESUR S.A	1 kg	\$4.164
Crema Nutra Max	PROALSA S.A	0,5 kg por unidad	\$2.178

*Importante: Se utilizaron los valores de referencia visualizados en la tabla N°2 para calcular los valores totales de las mermas correspondientes a los años 2022 y 2023, debido a que se intentó solicitar la información por el portal de transparencia a la SEREMI de salud Valparaíso y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, pero no se obtuvo respuesta.

Tabla N°3: Evaluación de gastos en el CESFAM Concón entre los meses de enero a septiembre de 2022 y 2023. (3)

Evaluación de Gastos del PACAM del CESFAM 2022- 2023										
Producto	Promedio de Ingresos totales de Enero a Septiembre (KG)		Despacho total de Enero a Septiembre (Kg)		Promedio de despachos Enero a Septiembre (kg)		Cantidad de mermas Periodo Enero a Septiembre (Kg)		Costo Financiero del periodo	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Bebida Láctea Nutra MAX	620	655.5	5.715	6.908	635	768	17	36	\$70.785	\$149.897
Crema Nutra	622.2	533.3	5.596	6.494	622	722	5	23.5	\$11.888	\$55.874

Max										
Total	621.1	594.4	11.311	13.402	628.5	745	22	59.5	\$82.673	\$205.771

Gráfico 1: Mermas en el CESFAM Concón entre los meses de enero a septiembre de 2022

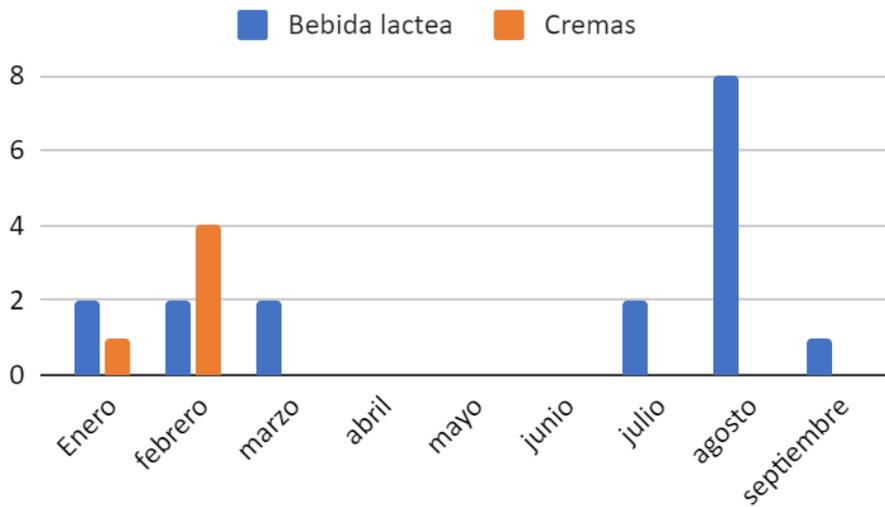
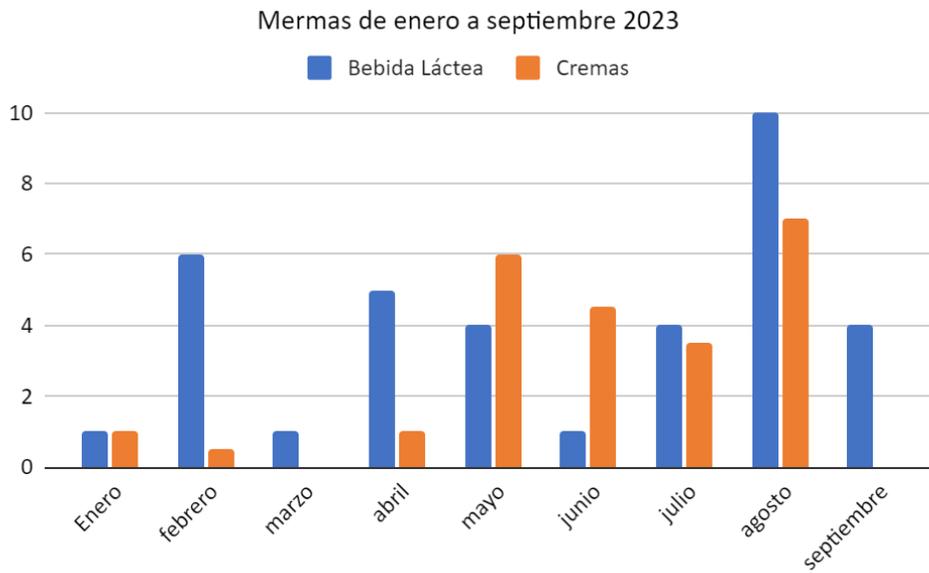


Gráfico 2: Evaluación de Mermas en el CESFAM Concón entre los meses de enero a septiembre de 2023



DISCUSIÓN

Según la tabla N°1, se observa que el gasto y producción de componentes del programa a nivel nacional en el año 2020 fue menor en comparación al 2021. Según la evaluación presupuestaria de la DIPRES, existe una diferencia significativa de los gastos totales, debido a la contingencia del COVID-19, lo que conlleva a dos modificaciones presupuestarias, siendo la primera una reducción del presupuesto y la segunda un incremento, este último con cargo al Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) (3). La pandemia llevó a realizar una gran cantidad de adaptaciones en las prestaciones de salud, especialmente enfocada en la población de riesgo del país, como lo son las personas mayores. Para esto se realizaron estrategias para la entrega de los productos a la población beneficiaria, como, por ejemplo, la entrega de los alimentos a domicilio, esto por supuesto, generó un mayor incremento del gasto en el primer año de la pandemia.

Según la tabla N°3, se puede visualizar que existe un aumento considerable en el despacho promedio mensual, cantidad de mermas y costo financiero, cuyo análisis se considera entre los meses de enero a septiembre entre los años 2022 y 2023. Se destaca un aumento del costo financiero debido al reporte de mermas como se puede visualizar en el gráfico N°1, cuyo valor es de \$205.771 en el año 2023 (Gráfico N°2), el cual es 2,4 veces más alto que el del año 2022 (Gráfico N°1). Al comparar ambos gráficos, se muestra que agosto fue el mes donde aumentaron significativamente la cantidad de mermas del programa en ambos periodos. Este aumento de mermas puede ser por múltiples causas, las que se encuentran definidas en la normativa técnica, siendo estas el almacenamiento inadecuado, caducidad o error en la rotulación de los alimentos, entre otras. Por último, es importante mencionar que la baja cantidad de personal TENS capacitado puede limitar la disponibilidad del equipo para trabajar en la unidad del programa, situación que podría verse afectada cuando existan vacaciones o licencias médicas.

Según resolución se designa a un técnico en enfermería de nivel superior (TENS) o auxiliar de alimentación para desempeñarse en la gestión de los PPAA. De acuerdo al Decreto Supremo 1.707 de 24 de agosto del 1993, artículo 2°, son funciones del auxiliar paramédico de alimentación "En relación a Programas Alimentarios, que tiene como función principal: recepcionar, almacenar, distribuir y efectuar el movimiento de existencia de los alimentos de acuerdo a normas vigentes" (1). Esto podría influir negativamente en el programa, ya que al contar con una baja dotación capacitada, pudo existir un aumento de licencias médicas, feriados legales y/o permisos administrativos del personal capacitado, lo que pudo conllevar a rotaciones del resto del personal inexperto para garantizar la operatividad del programa en el centro de salud, pero aumentando los errores de despacho o registro administrativos, lo que pudo favorecer un aumento de las mermas en el mes de agosto en los 2 periodos analizados.

Como consecuencia del aumento de las mermas mensuales, genera un aumento del presupuesto que financia el programa en el centro de salud, lo que conlleva a un déficit financiero en comparación al presupuesto inicialmente otorgado para la ejecución del programa.

Durante el año 2023, ha aumentado la cantidad de personas beneficiarias que retiran los alimentos en el centro de salud en comparación al año 2022, sin embargo, aún existe una baja adherencia en relación a la población total que es beneficiaria. Actualmente el promedio por Kilogramo mensual de despacho de alimentos es de 766,7, el cual representa solo el 19,5% del total de personas que podrían retirar los productos del programa (3.930). Dentro de las causas a esta situación, se podría atribuir a la exigencia según normativa de tener los controles de salud al día, esto significa que las personas mayores deben acercarse al CESFAM para solicitar las citaciones del EMPAM, tener realizado este examen preventivo es de carácter obligatorio para poder retirar los productos del PACAM. Consideramos que esta situación es una barrera en el acceso para muchos adultos mayores, teniendo en cuenta que los alimentos son una necesidad básica. Hay múltiples factores que inciden en poder realizarse el EMPAM como disponibilidad de agenda de cada profesional y que suelen ser escasas, debido a la alta demanda del único centro de salud de la comuna por su alta población per-cápita, movilidad reducida de los AM, acceso o lejanía desde su domicilio, e incluso escasez de redes de apoyo que faciliten el acceso de las personas mayores a los centros de salud o que puedan retirar los alimentos por ellos. Además, podría existir un desconocimiento del programa y sus beneficios nutricionales en la salud por parte de la población objetivo, lo que puede condicionar la cantidad de personas que retiran mensualmente.

SUGERENCIAS

Dentro del funcionamiento del programa, considerando sus lineamientos normativos y los datos estadísticos obtenidos, se determina que es necesario sugerir la capacitación certificada a todo el personal TENS del centro de salud, de tal manera que, en días de contingencia, se pueda redistribuir funciones, reemplazos y/o rotaciones en caso de ser necesario para garantizar la operatividad del programa. Esta sugerencia no se sostiene claramente del texto

Según los resultados obtenidos, se determina que el CESFAM debe implementar estrategias para aumentar la disponibilidad de citaciones para realizar el EMPAM, debido a que este es un requisito para el retiro de los alimentos del programa.

Por último, se sugiere que el centro de salud fortalezca las actividades de promoción que permitan difundir la existencia y beneficios del programa. Esto puede realizarse a través de actividades del equipo del programa dentro del mismo centro de salud y terreno y /o con cápsulas educativas a través de las plataformas digitales del CESFAM.

Conclusiones

La contingencia del COVID-19 obligó a realizar modificaciones presupuestarias para garantizar su continuidad y satisfacer las necesidades locales de la comuna. La entrega de los productos a domicilio, sin duda favoreció el cuidado de la población de riesgo a través de la prevención de contagios y el consumo de los alimentos del programa.

El PACAM requiere que entregue productos para mejorar la calidad de vida a través de la alimentación complementaria para las personas mayores. El CESFAM tiene solo 4 TENS capacitados, por lo tanto, contar con una cantidad limitada de personal disponible, considerando la alta frecuencia de las licencias médicas y/o vacaciones en salud, pueden requerir al personal de otras unidades y que no tengan experiencia en el programa. Esto conlleva que la cantidad de errores administrativos, funcionamiento y despacho de productos aumenten, lo que se condice con la cantidad de mermas mensuales. Se necesita que todo el equipo de TENS esté capacitado según lo establece la normativa y esté disponible para reemplazar o rotar funciones si existen contingencias en el centro de salud.

La baja cantidad de personas mayores adheridas, demuestra que se requiere fortalecer la promoción del programa para aumentar su cobertura local. La disponibilidad de agenda para realizar el EMPAM es directamente proporcional a la cantidad de personas que pueden retirar mensualmente los productos, por lo tanto, es necesario estudiar en profundidad a través de otro estudio y determinar si actualmente sigue siendo necesario su exigencia como condicionante para ser beneficiaria del programa.

Bibliografía

1. Normativa Técnica de los programas alimentarios. Santiago: Ministerio de Salud, Departamento de Alimentos y Nutrición; 2016.
2. Ord. B34/N° 5478 Informa sobre cambios en la marca y productos del PACAM. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Nutrición y Alimentos; 2022.
3. Ordinario 1687 Antecedentes ingreso municipal N°4439, solicitud de acceso a información pública Ley 20.285. Concón: Municipalidad de Concón, Secretaria Municipal; 28 de Noviembre de 2023.
4. Monitoreo y Seguimiento Oferta Pública, Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública; 2021.
5. Ord. Int. N°546/05- 12 -2023. Ordinario Electrónico. Viña del Mar: Ministerio de Salud, Unidad de Transparencia; 2023.

Agradecimientos: Sr. Rafael Urriola Urbina, Economista y docente Magister de Salud Pública de la Universidad de Valparaíso. Al Sr. Julio Navarro Zamora, Nutricionista Encargado del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor del Centro de Salud Familiar de Concón. Por último, se agradece al Centro de Salud Familiar Concón y a la Secretaría Regional Ministerial de Salud de Valparaíso por entregar la información estadística solicitada a través de la página web: portaltransparencia.cl.

SALUD UN DERECHO, EN TODAS LAS POLÍTICAS Y EN TODOS LOS LUGARES⁵⁶

Comisión de exministras y ministros de Salud: Exministras María Soledad Barría, Helia Molina, Begoña Yarza. Exministros Osvaldo Artaza, Pedro García, Alvaro Erazo, Emilio Santelices, Enrique Paris. 29 de noviembre de 2023

1. **Nota del Comité Editorial.** El documento firmado por ex ministros de los gobiernos post dictadura en noviembre de 2023 convocado por la Comisión de Salud del Senado merece la atención de quienes buscamos mejor salud y bienestar para la población. El comité editorial decidió publicarlo in extenso porque tiene un valor a destacar: los objetivos de la salud pueden lograr consensos importantes. Al parecer las diferencias -que no se explicitan en el documento- están centradas en el mercantilismo extremo versus el estatismo extremo como estrategias de gestión y sus recíprocas desconfianzas. Este boletín rescata los avances en consensos que se expresan y por ello su reproducción completa.

Introducción

La Comisión de Salud del Senado nos convocó, más allá de la coyuntura de la ley corta, a debatir sobre los principales lineamientos para futuras transformaciones en el sistema de salud de nuestro país. Para ello, nuestras opiniones y propuestas de consenso las organizamos en cuatro temas: Salud en un Estado Social y Democrático de Derechos; Rectoría y Gobernanza; Redes Integradas basadas en la Atención Primaria y centradas en las personas y sus comunidades; y, Financiamiento. Lineamientos para las transformaciones en salud

1. Salud en un Estado Social y Democrático de Derechos

Promover el bien común es el fin del Estado. "Salud en un Estado Social y Democrático de Derechos" implica diversos aspectos relacionados con la salud de la personas y sus comunidades y la gobernanza en salud en un país que se rige por un Estado de Derecho y que busca desarrollar un sistema de protección social y extender la democracia más allá de la formalidad de los procesos políticos, otorgando a todos capacidades que superen

⁵⁶ El documento se reproduce sin ninguna revisión editorial

desigualdades evitables, y generando las condiciones para que todos puedan alcanzar su mayor realización integral posible.

La primera reflexión surge del concepto de “derecho en salud”. En 1946, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordaron un principio internacional fundamental, en virtud del cual “...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica o social...” . En la doctrina internacional, aun existiendo discusión acerca de la nomenclatura apropiada para referirse al “derecho a la salud” al “derecho a la protección de la salud”, “derecho al cuidado de salud” o al “derecho al más elevado estándar de salud posible”, hay consenso en torno al derecho, inherente a la dignidad humana a las condiciones universales, sin discriminación alguna, para el logro del mayor nivel de calidad de vida.

Dado a que actualmente prevalece un paradigma biomédico, este derecho no debe ser reducido al campo de las enfermedades, ni de los meros servicios de atención médica, ya que está estrechamente vinculada con las condiciones en que viven las personas. Por tanto, en ello influye más el acceso a alimentación, vivienda y ambiente saludable, a deporte y recreación, a empleos de calidad, a mayor nivel educacional, entre otros muchos factores, conocidos como determinantes sociales de la salud, que a la sola existencia de servicios médicos. Esto explica por qué los indicadores de salud no guardan una estricta correlación solo con el nivel de gasto o las condiciones de acceso a los sistemas sanitarios. Nadie puede exigir ni garantizar que se permanecerá sano, tan solo las circunstancias para que se pueda desarrollar y sostener el potencial de las personas. Por tanto, el derecho a la salud implica que el estado debe garantizar progresivamente condiciones para el logro del mayor nivel de salud en lo físico, lo psíquico, lo social y ambiental posibles. Esto implica de políticas y acciones intersectoriales persistentes y del más alto nivel, que impacten positivamente en las determinantes sociales de la salud y que promuevan cambios culturales para estilos y hábitos saludables. En ello, no podemos olvidar una lección de la pandemia y de la emergencia de nuevos riesgos sanitarios: no hay una frontera, sino una creciente interdependencia entre la salud de las personas y su ambiente.

Junto a lo anterior el Estado –como expresión máxima de la organización político social de un colectivo para el logro del bien común-, debe realizar diseños para una distribución equitativa y solidaria de los recursos para garantizar se provean servicios de atención equitativos y de calidad, universales e integrales, desde la promoción a los cuidados de largo plazo, disponibles oportunamente y sin barreras de acceso ni discriminación alguna, en todo el curso de la vida para todas las personas y comunidades según la necesidad, en la medida de los recursos disponibles. La expresión según los “recursos disponibles” habla de una gradualidad en que los Estados no pueden darse por satisfechos con el reconocimiento de un mínimo del derecho, porque el cumplimiento de los derechos sociales debe ser progresivo. Lo anterior, en el caso de nuestro país, cobra mayor relevancia ante la evidencia de desigualdades evitables en salud que se deben corregir.

Así, los principios de progresividad y de no regresividad obligan a condiciones cada vez más rigurosas de exigibilidad, que obligan a justificar que se está haciendo todo lo materialmente posible (respecto de los recursos) para satisfacer este derecho social.

La implementación del derecho obliga al fortalecimiento permanente de la función de rectoría, deber ineludible del Estado y a una gobernanza que asegure que las personas y sus comunidades tienen un papel activo y protagónico en la toma de decisiones relacionadas con la salud, a través de la participación en la formulación e implementación de las políticas de salud y a través de la fiscalización de políticas y servicios de salud transparentes.

En suma, Salud en un Estado Social y Democrático de Derechos implican construcciones sociales, económicas y políticas desde un enfoque integral, equitativo, y solidario, que permitan garantizar progresivamente que todos los ciudadanos tengan acceso a condiciones para una vida saludable y acceso a servicios de salud de calidad, asumiendo el Estado la responsabilidad de proteger y promover la salud de su población, de acuerdo con los principios la Justicia Social y del Estado de Derecho.

2. Rectoría y gobernanza

Rectoría es una de las funciones esenciales de salud pública y se refiere al ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud y a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para el logro de objetivos sanitarios. Rectoría es una función de competencia característica del gobierno, ejercida mediante la Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud, MINSAL) y su propósito es implementar, dentro del marco jurídico vigente, las decisiones y acciones públicas para garantizar, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales. Así, se reconoce que la rectoría abarca dimensiones, que son responsabilidad indelegable de la autoridad sanitaria tales como la conducción, la regulación, el ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública (FESP), la modulación del financiamiento, la garantía de aseguramiento y la armonización de la provisión de servicios. Dichas dimensiones, se deben ejercer sobre todo el sistema de salud, incluyendo actores tanto públicos como privados.

Por "gobernanza" se entienden a los diseños institucionales de interacción entre el Estado y la sociedad, dentro del marco jurídico de la nación, que regulan a los actores sean estos públicos como privados y los recursos críticos del sistema de salud para ordenar los consensos y garantizar la legitimidad, estabilidad y sostenibilidad de las políticas, que tienen influencia sobre las condiciones de vida de la población (determinantes sociales de la salud) y sobre la cobertura y acceso a los servicios de salud.

Gobernanza, intersectorialidad y políticas públicas

La función de rectoría requiere de una gobernanza intersectorial, que involucre a otros Ministerios sectoriales como Desarrollo Social, Educación, Trabajo y Ambiente con especial énfasis en las condiciones ambientales para niñas, niños y adultos mayores, a objeto impactar en las determinantes sociales de la salud y promover la calidad de la vida, con el debido soporte presupuestario del Estado que son dados a través la DIPRES y su reflejo anual en las

leyes de presupuesto, Para materializar el principio de “Salud en todas las políticas”, se requiere de formalizar mecanismos de coordinación del más alto nivel que no sólo generen coordinación de los ministerios involucrados, sino que también impliquen participación ciudadana, que permitan establecer una gobernanza sistémica y mecanismos de transparencia y cuenta pública. Esto implica una evaluación permanente de los 4 programas de promoción de la salud, de las iniciativas de municipios saludables y del sistema elige vivir sano, sólo por enumerar algunos aspectos. La gobernanza intersectorial, debe expresarse también a nivel regional y municipal, donde deben involucrarse entidades gubernamentales, alcaldes, empresa, sociedad civil, usuarios y trabajadores de la salud.

Especial atención, debe colocarse en la necesaria rectoría del sector salud sobre las instituciones formadoras de profesionales y técnicos a la salud. En este ámbito debe fortalecerse la capacidad del MINSAL para actuar juntamente con Educación y para diagnosticar necesidades y planificar competencias necesarias, cantidad y distribución de técnicos y profesionales, como también la capacidad de generar señales en el mercado laboral a objeto de asegurar una adecuada distribución y retención de ellos. Así mismo deben fortalecerse las capacidades institucionales de asegurar estándares de calidad que den seguridad a la población en relación a las competencias de los profesionales y técnicos de la salud. En el ámbito de las capacidades de técnicos y profesionales de la salud, es esencial que la rectoría promueva en las instituciones formadoras perfiles de egreso y mallas curriculares en sintonía con los desafíos sanitarios del país, con los requerimientos de trabajo interdisciplinar, con las necesidades de fortalecer el primer nivel de atención y el trabajo en los territorios con las personas y sus comunidades, así como en la utilización de las nuevas tecnologías. En la línea del aseguramiento de la calidad, deben optimizarse las capacidades regulatorias a fin de que los campos clínicos estén disponibles con el adecuado balance con la seguridad y los derechos del paciente, asegurando formación adecuada de profesionales y técnicos de la salud.

Gobernanza y materialización del derecho a la protección de la salud

El reconocimiento del derecho a la protección de la salud, e incluso su instrumentación normativa, no siempre significa su plena realización. De hecho, el ejercicio del derecho a la salud se ha visto dificultado por diversos factores entre los que destacan los de orden financiero, cultural, geográfico, y de género, como también los relacionados con la equidad y gestión de los recursos, configurando así una “geografía de la exclusión” de la seguridad social en salud. De hecho, tratar de remediar esta situación ha sido uno de los objetivos declarados de muchas de las agendas de cambio en las últimas décadas. Las reformas en salud no pueden ofrecer “todo para todos y al mismo tiempo”. Es difícil, pero no imposible el evitar la triple trampa a la que los países están expuestos: la del diseño tecnocrático (entre cuatro paredes) de políticas con escasa legitimidad social; la del caer vencido ante la tentación populista de ofrecer todo para todos al mismo tiempo; y por último la de dejar en mano del poder judicial la definición sobre a que se tiene acceso en salud.

La necesidad de priorizar es consustancial a la escasez de recursos. No hay país en el mundo que pueda obviar ese dilema. El desafío es cómo abordar dicha realidad desde la

racionalidad de la evidencia, la ética, la equidad y la óptica de los derechos humanos. Mientras nuestras sociedades sean inequitativas habrá presiones para condiciones de acceso y calidad mejores a la de los demás grupos. Desde la evidencia de las inequidades en salud, es primordial definir un estadio esencial posible de garantizar para todos, que minimice sus consecuencias en la salud de modo coherente con el concepto ético de dignidad humana, y ese estadio debe establecerse como el punto de partida para la universalidad. Ese modelo debe contener lo prioritario para promover y mantener la vida y su calidad sin diferencias evitables, por tanto injustas; debe incorporar progresivamente todo lo costo efectivo que el conocimiento va colocando a disposición de los sistemas sanitarios; debe asegurar que nadie queda afuera, especialmente los más vulnerables. Es indispensable entonces, definir en qué consiste lo esencial, lo ético que puede/debe garantizarse a todos sin exclusión, con el fin de avanzar a derechos sociales en salud que se cumplan, sin condicionar dichos beneficios o posibilidades de acceso a la capacidad de pago. También hay que reconocer la existencia de tendencias en algunos sectores políticos que en sus discursos, con el supuesto legítimo de que el Estado debe financiar todas las necesidades de salud, tienden a ofrecer un universalismo sin los respaldos de recursos que lo haga posible. Todo esto junto a las influencias de los medios de comunicación, genera una creciente explosión de expectativas que se traduce en un problema político real, a la hora de tomar decisiones claves para conseguir una más equitativa y efectiva atención sanitaria con los recursos disponibles. Por su propia naturaleza y dada las expectativas que genera la industria de tecnologías sanitarias, las necesidades en salud son potencialmente infinitas y los recursos para atenderlas no lo son. La escasez resultante se acentúa a medida que la demanda por servicios de salud crece. Además, la explosión tecnológica y la dinámica de la industria de la salud, hace posible ofrecer servicios que pueden no responder a una necesidad: hay innumerables estudios sobre consumo innecesario. Por todo eso, en materia de atención a la salud, siempre existe alguna forma de racionamiento. Toda sociedad, así sea próspera en extremo, enfrenta el problema del uso racional de los servicios de salud. Lo puede hacer en forma implícita, dejando que cada quien se defienda por sí mismo, o en forma explícita, mediante un consenso social transparente y democrático. Para lo anterior es esencial generar una institucionalidad (ETESA), que con autonomía pueda orientar a las políticas públicas desde la evidencia científica sobre que debe ser incluido o excluido en las prestaciones de salud.

Materias regulatorias

La autoridad sanitaria a través de toda su institucionalidad: SEREMI e ISP, deben seguir siendo fortalecidos y ganando capacidades para garantizar a las personas alimentos saludables y accesibles, saneamiento, ambiente libre de contaminación, trabajos seguros y saludables. Las SEREMI, deben aumentar sus capacidades para conocer las necesidades de salud y apoyar a los gobiernos regionales, municipios y APS en la acción intersectorial y en el diseño e implementación de los planes de salud regionales y municipales.

Organización del sistema público

La CENABAST, debe seguir modernizándose y adquiriendo capacidades como empresa pública para la compra de tecnologías sanitarias incluyendo medicamentos de calidad a bajo

costo y para que estos estén. El FONASA, es una institución confiable para la ciudadanía y ese capital debe ser fortalecido en sus tareas de recaudación, mancomunación, asignación de los recursos y conducción financiero-presupuestaria sectorial, con mejoras en su gobernanza, a objeto de involucrar a sus usuarios y dar certezas a todos los sectores de que no será cooptado por interés particular alguno, y que cuenta con todas las herramientas necesarias para resguardar las necesidades sanitarias de las personas en materia de aseguramiento y realizar una debida gestión, control y cuenta pública de los recursos. Así también, debe continuar perfeccionando la modalidad libre elección a fin de mejorar su impacto sanitario, sus coberturas y protección financiera, así como sus mecanismos de pago a prestadores privados incentivando soluciones sanitarias integrales con una adecuada transferencia de riesgo.

A más de una década y media de la última reforma a la salud, es urgente evaluar luces y sombras de los cambios estructurales allí generados. Especial atención debe tener el revisar el aporte de la creación de dos subsecretarías. Siendo la subsecretaría de salud pública el giro central de la función del MINSAL, cabe analizar si no debiera volverse a una sola subsecretaría centrada en el diseño de las políticas, donde el ámbito de la prestación de servicios este solamente centrado en los temas de políticas de modelos de atención, de gestión y de complementariedad público privada y no en el comando control y la gestión cotidiana. Al respecto, hay opiniones que sugieren que la conducción de las redes públicas debieran estar fuera del ministerio a través de una Dirección Nacional y Direcciones Regionales que en base a las políticas del MINSAL administren las redes públicas, teniendo como objetivo que las redes estén centradas en las personas y sus comunidades; que integren efectivamente a distintos actores asegurando la continuidad e integralidad de la atención y de los cuidados; que distribuyan capacidades y empoderen a la atención primaria y a las propias comunidades para resolver las necesidades de salud en sus territorios; que promuevan la calidad, la eficiencia, la transparencia y la cuenta pública; que involucren a los diversos incumbentes; y que profesionalicen la gestión a fin de minimizar el riesgo de captura (aquí cabe seguir perfeccionando el sistema de alta dirección pública). Probablemente estos cambios estructurales no puedan hacerse de un día para otro, por lo que habrá que diseñar transiciones razonables como política de estado.

Finalmente, cabe relevar que una adecuada gobernanza en el sector salud implica adecuadas articulaciones con el poder legislativo, judicial y con entidades públicas tales como la Contraloría General de la República. Una buena gobernanza exige también de crecientes esfuerzos por transparencia y cuenta pública, así como la promoción de una efectiva participación de las personas a todos los niveles a objeto de trasladar capacidades y poder hacia los ciudadanos para involucrar a las personas y sus comunidades tanto en la resolución de las necesidades de salud, así como en el control de las políticas, de las actividades sanitarias y de la prestación de los servicios.

3. Redes Integradas basadas en la Atención Primaria a la Salud y centradas en las personas y sus comunidades

Redes integradas basadas en la atención primaria a la salud (APS) y centrados en personas y comunidades, son aquellas estructuradas y gestionadas desde el paradigma de la estrategia de APS, que articulan su quehacer desde el hábitat y las organizaciones que las personas se dan en los territorios, a través de vinculaciones de cooperación entre diversos actores, de tal manera que las personas reciban acciones de salud sin quiebres en la continuidad entre la acción intersectorial, la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de las enfermedades, rehabilitación, cuidados de largo plazo, actividades socio sanitarias y acciones sobre el ambiente, todo ello de forma coordinada y cooperativa entre diferentes actores, eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y más allá de él (intersector) y con arreglo a las necesidades a lo largo de todo el curso de vida, con mirada de género y de interculturalidad, respeto a la diversidad y a la autonomía y participación de las personas. Este concepto implica que “salud está en todos los lugares” por lo que las personas perciben un accionar sistémico y sinérgico del sector salud en el domicilio, el barrio, el trabajo y el centro de salud, con un enfoque de género, intercultural y ecológico. Centrada en la persona y su comunidad, es la forma de entender y practicar la atención y los cuidados en salud que adopta conscientemente el punto de vista de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes protagónicos de un sistema de salud que no se organiza desde el paradigma hospitalo céntrico, ni en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de las personas y el ambiente. Se trata de transitar desde un paradigma centrado en la atención de salud hacia uno centrado en el cuidado de poblaciones. Esto implica personas informadas, comunidades empoderadas, un primer nivel de atención resolutivo y que el saber técnico y las tecnologías sanitarias estén orientada al servicio de las personas en donde viven y se desarrollan.

Lo señalado anteriormente requiere de un primer nivel de atención confiable y resolutivo, con capacidades tecnológicas y humanas para trabajar intersectorialmente en y con las propias comunidades para; en conjunto a Seremi, municipio y sociedad civil, diagnosticar, planificar y ejecutar acciones de salud de manera oportuna e integral resolviendo la mayoría de los requerimientos de las personas; y, con la capacidad en conjunto a los servicios de salud de articular la continuidad de la atención y de los cuidados a través de la red asistencial.

El tránsito hacia el cuidado de poblaciones requiere de instalar herramientas tecnológicas que permitan la continuidad y trazabilidad del cuidado, como así mismo nuevas formas digitales de entregar atención, internet de las cosas (IOT), monitoreo a distancia, readecuación de roles de los miembros de los equipos de salud, en particular para la administración de pacientes crónicos con un soporte tecnológico sostenible en el tiempo, escalable y adaptable a nuevos requerimientos. Este esfuerzo tecnológico tendrá un correlato en la disponibilidad y fortaleza de la información sanitaria para la mejor toma de decisiones a nivel de las políticas públicas y también a nivel regional y local.

Con relación a la APS, hay que reconocer el papel histórico que ha jugado en Chile y sus invaluable aportes. Los logros sanitarios de nuestro país están profundamente ligados al esfuerzo de los trabajadores de la APS. Ejemplo de ello fue su aporte en tiempos de pandemia. Es notable el esfuerzo que se ha realizado en las últimas décadas, infraestructura digna y ampliaciones de cobertura, ejemplo de esto último son las sala IRA y ERA, los SAPU, COSAM y

SARS. Hay motivos para estar orgullosos, pero también para estar inconformes ya que hay mucho por hacer.

La mejor manera de reconocer su contribución es fortaleciendo sus capacidades. Lo anterior implica que al menos el 30% del gasto en salud se orienta hacia la APS; que gradualmente mejore la disponibilidad de tecnologías sanitarias para la labor territorial y para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud y que las capacidades humanas interdisciplinarias se potencien. En el ámbito del financiamiento hay que seguir aumentando las transferencias y también se deben perfeccionar los ajustadores de pago capitado vigentes mediante la utilización de nuevas herramientas que permitan capturar de manera más representativa las particularidades locales (pobreza, ruralidad, etnicidad, etc.), así como el riesgo asociado a la carga de enfermedad de las poblaciones. En el plano asistencial y en particular en las acciones sanitarias de anticipación al daño, el equipo de atención primaria es quien debe conducir y tener al alcance las herramientas diagnósticas y terapéuticas y los mecanismos financieros que garanticen el acceso a la atención secundaria y terciaria.

En el ámbito de las capacidades humanas, es preciso perfeccionar los estímulos a la retención de técnicos y profesionales, a diversificar las disciplinas del equipo de salud, y a facilitar que se pueda actuar inter y transdisciplinariamente. Para lo anterior, también es importante modificar el Código Sanitario de modo que junto a reconocer y validar a las distintas disciplinas incluidas las de las ciencias sociales y de la salud mental que participan en los equipos de salud, deje amplios espacios a que los roles y funciones no estén rígidamente establecidos como estancos, sino que puedan ajustarse colaborativamente en torno a la mejor resolución de las necesidades de las personas y sus comunidades. También, hay que reorientar la formación de técnicos y profesionales de manera tengan las capacidades para trabajar interdisciplinariamente tanto en la acción territorial como en los procesos asistenciales, como para también aprovechar de manera intensiva las nuevas tecnologías. En ello, las instituciones formadoras tienen una deuda y un desafío pendiente.

El fortalecimiento de la APS requiere además del incremento continuo de la proporción del gasto público, pero también que: las políticas en ese ámbito estén adecuadamente representadas al más alto nivel en el MINSAL; que tanto en los servicios de salud como seremis estén las capacidades para empoderar a la APS; que el papel de alcaldes y municipios este debidamente reflejado en la estructura local de gobierno de las redes; y que los establecimientos que concentran las especialidades estén estructuralmente orientados a dar servicio a la APS.

La pandemia nos puso de relieve el papel protagónico de la APS, por ello, todo esfuerzo para que la APS sea universal debe ser valorado. Todo habitante de nuestro país, independientemente de su condición, debe estar inscrito en la APS, de modo pueda recibir de manera expedita todas las acciones de bien público que allí se efectúan. APS universal, requerirá de un esfuerzo sostenido de financiamiento independiente de sus fuentes. La participación del sector privado en el modelo de atención familiar y comunitario requiere de una mirada territorial y del cumplimiento integral de la función pública. Lo anterior, no es obstáculo a que puedan desarrollarse, en el contexto de redes, iniciativas privadas

complementarias a APS universal, en el ámbito de prestaciones clínicas ambulatorias, que tengan como objeto contribuir a la promoción, el fomento, la prevención, facilitar procesos asistenciales continuos, efectivos y eficientes, así como contribuir a la contención de los costos. Estas últimas modalidades también podrían formar parte de la complementariedad público privada de la misma manera como ocurre a nivel secundario y terciario. Para ello, será esencial facilitar la interoperabilidad de los sistemas clínicos de información.

En el mundo desarrollado, por razones de seguridad, calidad y eficiencia, cada vez se disminuye el número de camas hospitalarias, concentrándolas en los casos, cada vez más restringidos, que requieren de uso intensivo de tecnologías con las personas internadas. Pero en paralelo, cada vez más se aumenta la inversión en centros ambulatorios para diagnóstico, para la cirugía de día, la diálisis, la quimioterapia, etc., así como un fuerte desarrollo de la hospitalización domiciliaria. En Chile, era necesario dignificar y modernizar el espacio hospitalario. En paralelo aumenta la inversión en APS y se logra un número cercano a 3 camas de mayor complejidad por mil habitantes, habrá que concentrar la inversión en centros ambulatorios de alta complejidad tecnológica. El desarrollo de un potente nivel secundario que permita soluciones sin internación es esencial para los problemas de hoy y los desafíos del mañana. Sin duda, que el sector privado prestador debe ser un importante colaborador a las redes públicas en este ámbito.

Las redes integradas requieren de una gobernanza y gobierno a nivel regional que asegure la integralidad del accionar y la continuidad de la atención y los cuidados. En este ámbito es importante involucrar a actores relevantes de la región tales como alcaldes, usuarios y trabajadores de la salud y hay reformas pendientes tanto en la estructura del sistema público como en los mecanismos de complementariedad público privada. Hay que velar por que la participación de los diversos actores resguarde los objetivos superiores de la población, por sobre sus intereses particulares.

Para fortalecer el papel de los municipios, parece interesante explorar agrupaciones de éstos con el apoyo de universidades y de seremias y servicios de salud para mejorar capacidades de conocer necesidades, realizar planeamiento y ejecutar políticas. En el tema de redes no sólo hay temas pendientes de gobierno y gobernanza que aseguren el involucramiento de actores claves (como los alcaldes), sino también de como integrar sistemas de información; de cómo hacer que los objetivos sanitarios y las necesidades regionales se traduzcan en señales de inversión en infraestructura, tecnologías sanitarias y capacidades humanas; y de cómo lograr la mejor complementariedad público privado en torno a objetivos sanitarios y reglas compartidas. En la inversión de infraestructura y equipamiento la escala regional muchas veces es clave para tener un plan maestro eficiente y efectivo.

En la prestación privada, está también el desafío de su inserción a lógicas de redes integradas estructuradas desde la APS, de modo armonizar un modelo de atención compartido, junto a mejoras en regulación de la calidad y a la generación de incentivos y mecanismos de pago, que eviten el sobre consumo de prestaciones innecesarias.

Difícil será lograr redes integradas sin un esfuerzo sostenido como política de estado de transformación hospitalaria. El hospital en Chile sigue concentrando el poder y el

financiamiento. El hospital debe volcarse hacia lo ambulatorio, para lo anterior es esencial: evaluar la autogestión hospitalaria ya que no puede ser que a más de una década de dicha política no exista una revisión seria de ésta para su modificación; continuar con el perfeccionamiento de la profesionalización de la gestión hospitalaria; gestionar casos, agendas y sistemas de referencia y contrarreferencia desde afuera del hospital; financiar al hospital exclusivamente en base a su desempeño salvo gastos fijos estratégicos (lugares alejados u otros); modificar las base legales que rigen la gestión hospitalaria especialmente en la gestión de las personas, de manera que respetando derechos y sin precarizar condiciones laborales, se generen los estímulos a los equipos a responder a las necesidades de la red con eficiencia, calidad y transparencia. En apoyo a este proceso de transformación se deben incorporar métricas de evaluación y rendición de cuentas periódicas, transparentes, y de acceso a toda la comunidad para que esta ejerza un rol de control informado.

Con respecto a redes integradas y las tecnologías sanitarias, éstas deben estar orientadas hacia las personas, especialmente en facilitar el manejo y control de padecimientos crónicos, en acercar los servicios de promoción, atención, rehabilitación y cuidados al hábitat, contribuir a la autovalencia y a la interacción entre usuarios y los equipos de salud. Las tecnologías de la información y comunicación (Tics), están demostrando ser grandes aliadas en la generación de datos para la toma de decisiones en salud pública, en mejorar la eficacia, la eficiencia, calidad y continuidad de los procesos asistenciales y en contribuir a mejorar la eficiencia y transparencia en la gestión, en los mecanismos de pago y el desempeño de los servicios. Es imperativo instalar de manera robusta el concepto de salud digital en las redes y avanzar en el uso de las Tics para contribuir a la continuidad de la atención y de los cuidados, así como para una gestión asistencial de excelencia en la prestación en red de los servicios.

“Salud en todos los lugares”, requiere de una APS resolutive, de redes que funcionan y de un hospital que se transforma. Pero por sobre todo de personas y de comunidades informadas y empoderadas, que no sólo exigen sus derechos, sino que también participan protagónicamente en la construcción de soluciones.

4. Financiamiento

Con respecto al financiamiento, hay dos aspectos esenciales. Primero, que la salud no es un gasto, sino una inversión primordial como condición para el desarrollo de las naciones. Segundo, que la inversión en salud debe progresivamente aumentar a objeto de que las personas y sus comunidades puedan resolver sus necesidades sin estar mediado o condicionado por su capacidad de pago. Tercero, que se debe reconocer los impactos en la salud de las profundas desigualdades estructurales que persisten en nuestro país, por lo que diversos grupos poblacionales requieren de esfuerzos adicionales. Hoy, reconociendo los avances de últimas décadas, persisten fuertes inequidades de acceso y un elevado gasto de bolsillo (30% del gasto). Los necesarios incrementos en el gasto público y su adecuada distribución que se requieren para lograr los objetivos sanitarios deben ir asociados en mejoras en la eficiencia, gestión y calidad de dicho gasto. Eficiencia, efectividad y equidad se deben articular en las políticas de salud.

Los ámbitos que más contribuyen a la eficiencia del financiamiento en los aspectos vinculados al gasto en salud guardan relación con los progresos en las condiciones sociales y ambientales en que viven y se desarrollan las personas; el aumento de la proporción del gasto público en la atención primaria (APS) y su universalización; en la incorporación de tecnologías sanitarias costo efectivas; en las transformaciones para una gestión hospitalaria eficiente; en los cambios en la prestación privada para facilitar su articulación en redes integradas basadas en la estrategia de la APS, y en incorporar mecanismos de control de costos tales como riesgo compartido entre quien financia y presta servicios, mecanismos de pago y de gestión de casos que mejoren costo efectividad, eviten prestaciones innecesarias y presiones inflacionarias; y, en la generación de mecanismos solidarios de financiamiento, en su universalización, y en el diseño de agrupamiento de todos los ingresos y riesgos (pooling), ya que contar con poblaciones agregadas contribuye al uso más eficiente de los recursos. Finalmente en materia de eficiencia del financiamiento, progresivo consenso está generando la necesidad de una reorganización del proceso de licencias médicas. En este ámbito hay importantes áreas de oportunidad para que resguardando el reposo como herramienta sanitaria, este sea utilizado de mejor manera. Hay temas de institucionalidad, de regulación, de incentivos, entre otros que deben ser resueltos.

Internacionalmente las fuentes del financiamiento provienen de impuestos generales o de aportes contributivos asociados al trabajo formal. En Chile los aportes son mixtos y dadas las características de nuestra estructura impositiva es probable que sigan siendo necesarios ambas fuentes. Independiente de ello, todo aporte a salud debe entenderse como parte de la seguridad social en salud y cumplir entonces con sus principios tales como solidaridad, no discriminación, participación y transparencia. En esta materia especial atención debe ponerse al trabajo informal y a la precarización del trabajo que afectan la sostenibilidad de la seguridad social, en desmedro de quienes cumplen con sus obligaciones ante la sociedad, mediante el pago de sus tributos.

El primer desafío es fortalecer APS y posibilitar un financiamiento adecuado para su universalidad, resolutivez y calidad debiendo como mínimo superar el 30% del gasto público en el más breve plazo, lo cual debería quedar establecido en una línea de tiempo consensuada.

A objeto de evitar presiones para introducir tecnologías no probadamente costo efectivas y reducir el riesgo de que sea la vía judicial, en vez de la autoridad sanitaria, quien determine que tecnologías sanitarias se incorporan a las prácticas clínicas, se hace indispensable y urgente el contar con una institucionalidad robusta de evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA), que tenga las capacidades para sugerir a la autoridad sanitaria que tecnologías sanitarias deben ser ofrecidas por el sistema de salud en su conjunto.

Ya existe mucha evidencia de pérdidas de eficiencia y calidad tanto en la prestación pública como privada. En la pública, es momento de cambiar las reglas administrativas que rigen la gestión hospitalaria a objeto de propiciar una gestión de excelencia. El área más sensible para el logro de servicios de calidad con mejores impactos sanitarios y uso eficiente de los recursos guarda relación con la gestión de los trabajadores de la salud. Para ello, es esencial cambiar

las reglas de un obsoleto estatuto administrativo hacia marcos normativos que contribuyan a contextos laborales saludables y por tanto promotores de la calidad y el desempeño. La ética de la responsabilidad pública debe ser una constante que impacte positivamente en los resultados, en la eficacia y eficiencia. Junto a lo anterior, es perentorio continuar perfeccionando el sistema de Alta dirección Pública a objeto promover equipos directivos que puedan sostener y liderar complejos procesos de cambio organizacional orientados a los resultados e impactos en la calidad del servicio.

En la prestación privada, como se ha señalado, está el desafío de su inserción a redes integradas basadas en APS, junto a mejoras en regulación de la calidad y a mecanismos de pago, que eviten el sobre consumo de prestaciones innecesarias. Las asimetrías de información deben promover que se entregue adecuadamente los beneficios y derechos de los pacientes durante todo el ciclo de atención.

La segmentación en salud, por capacidad de pago o condición de salud junto al manejo compartimentado del riesgo de las poblaciones, ha tenido efectos indeseados salud con el resultado de discriminación y exclusiones en coberturas y beneficios. Por lo anterior, existe consenso en que agregar solidariamente el riesgo en salud (pooling) es más eficiente. Para el logro y administración de dicha mancomunación de riesgos en el mundo se utilizan variadas herramientas. En ese punto instrumental de largo plazo, reconocemos entre nosotros una falta de acuerdo ya que coexisten distintas visiones de futuro. Eso sí, señalamos que se debe tener a la vista que la implementación de cualquiera de los sistemas de administración de financiamiento mancomunado, encierra complejidades que requieren resolverse previamente de manera adecuada y gradual, quizás allí, en las etapas previas pueda ser más fácil ir logrando acuerdos en base a evidencias. La actual coyuntura generada por los tribunales de justicia sobre tabla de factores y prima GES, debería ser una oportunidad para que una vez despejada la situación de crisis, mediante la ley corta actualmente en trámite, que dará un espacio de años para el cumplimiento de los fallos, debiera abrirse un período que podemos llamar de transición donde mejoren las capacidades del Fonasa, para perfeccionar la modalidad libre elección y las herramientas para exigir el cumplimiento de sus obligaciones a los prestadores públicos y privados, junto a que el sistema Isapres pueda cumplir con los criterios de la seguridad social en salud de no discriminación y contribuir a la eficiencia a través de nuevos mecanismos de pago.

Palabras finales

Creemos que es necesario comprender que los procesos de Reforma en salud, aunque con sentido de urgencia, se deben desarrollar de manera gradual, teniendo en cuenta la magnitud de los desafíos, la inherente resistencia a los cambios propios de un sector cruzado por intereses diversos, y la ausencia a nivel global de un modelo que de manera categórica exhiba ventajas sobre otros. Chile cuenta con una tradición sanitaria que por décadas ha sido objeto de reconocimiento a nivel mundial, y nuestros indicadores sanitarios de primer orden como mortalidad infantil, cobertura de vacunaciones entre otros, dan cuenta del trabajo realizado por los salubristas que nos antecedieron. Hoy los desafíos del siglo XXI exigen, de todos quienes participamos en la construcción de un mejor sistema de salud, que honremos a nuestros

antecedentes y sepamos contribuir en la construcción de consensos que nos permitan avanzar, de manera sostenida en áreas claves que ya hemos comentado. En ese sentido, exministras y ministros de salud de gobiernos de diverso signo, hemos dialogado respetuosamente y señalado nuestros acuerdos en torno a los grandes principios que deben guiar los cambios en nuestro sistema de salud. Muchos son los ámbitos y oportunidades de mejora, pero sin duda los principales desafíos independiente de las decisiones que democráticamente se tomen en el futuro, serán a nuestro juicio continuar fortaleciendo la estrategia de atención primaria y avanzar en la lógica de la seguridad social en salud a objeto que el derecho a la protección en salud sea percibido como una realidad por todos.

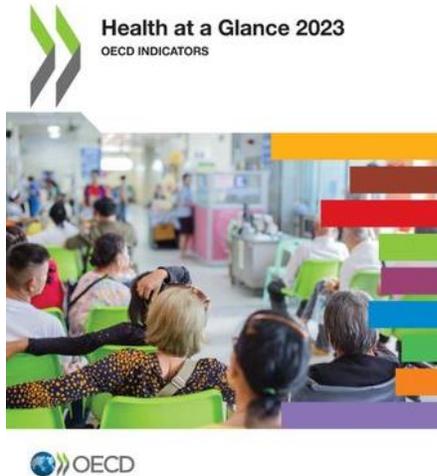
Resumen ejecutivo

Los principales acuerdos pueden ser resumidos en:

1. Rectoría requiere de una gobernanza intersectorial (formalizar mecanismos de coordinación del más alto nivel) con participación, partiendo por evaluación de políticas tales como Promoción y sistema Elige vivir sano;
2. La gobernanza intersectorial debe ser también a nivel regional y municipal;
3. Coordinación permanente de sectores Salud, Trabajo y Educación para diagnosticar necesidades de formación del personal planificar competencias, cantidad y distribución de profesionales y técnicos y exigir mallas concordantes con los desafíos sanitarios, trabajo interdisciplinar y necesidades del primer nivel de atención para el trabajo con territorios y comunidades;
4. ETESA (Evaluación de Tecnologías Sanitarias): necesidad de generar una institucionalidad, que con autonomía pueda orientar a las políticas públicas desde la evidencia científica sobre que debe ser incluido o excluido en las prestaciones de salud;
5. Seguir fortaleciendo capacidades de Superintendencia Salud y Seremías;
6. Seguir modernizando Cenabast;
7. Fonasa: seguir fortaleciendo, involucrar a sus usuarios y dar certezas a todos los sectores, seguir perfeccionando la libre elección: coberturas, protección financiera y soluciones sanitarias integrales;
8. Evaluar el aporte o no de la existencia de 2 subsecretarías de salud;
9. Salud en Todos los lugares: Gestión de Redes integradas basadas en la Atención Primaria a la Salud y centradas en las personas y sus comunidades. Fortalecer la gestión desde el paradigma de la estrategia de APS, articulando su quehacer desde el hábitat y las organizaciones que las personas se dan en los territorios. Se trata que las personas reciban acciones de salud sin quiebres en la continuidad entre la acción intersectorial, la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de las enfermedades, rehabilitación, cuidados de largo plazo, actividades socio sanitarias y acciones sobre el ambiente, todo ello de forma coordinada y cooperativa entre diferentes actores, eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y más allá de él (intersector) y con arreglo a las necesidades a lo largo de todo el curso de vida, con mirada de género y de interculturalidad, respeto a la diversidad y a la autonomía y participación de las personas. Este concepto implica que “salud está en todos los lugares”;

10. Seguir fortaleciendo la Atención Primaria y en particular la Estrategia de Atención Primaria Universal;
11. La inversión en Atención primaria debe ir progresando para alcanzar el 30% del gasto en salud en el más breve plazo como un acuerdo de Estado;
12. Incorporar capacidades tecnológicas y humanas para posibilitar el trabajo participativo y comunitario;
13. Modificar el Código sanitario incorporando capacidades sociales y flexibilizando los márgenes de la acción de los diferentes actores;
14. En atención especializada: concentrar la inversión en centros ambulatorios y camas críticas, reorientando el trabajo hospitalario hacia lo ambulatorio;
15. Fortalecer la participación de municipios a nivel Servicios de Salud y Regiones, posibilitando la Asociación de estos y la inclusión de otros actores claves;
16. Sector privado puede incorporarse a Redes Integradas en las mismas condiciones que los establecimientos públicos (derechos y deberes), gestionadas por los Servicios de Salud, o funcionar al margen de las redes con eventuales convenios y venta de servicios a organizaciones públicas y privadas;
17. "Salud en todos los lugares", requiere de una APS resolutiva, de redes que funcionan y de un hospital que se transforma. Pero por sobre todo de personas y de comunidades informadas y empoderadas, que no sólo exigen sus derechos, sino que también participan protagónicamente en la construcción de soluciones
18. Hoy existen profundas desigualdades en situación de salud de las poblaciones que hacen urgente trabajar intersectorialmente en las determinantes sociales y también desigualdades en los servicios de salud que obligan a un gasto de bolsillo exagerado (30%) que hace obligatorio que como país sigamos aumentando la inversión en salud;
19. Universalizar la APS permite mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto;
20. Reorganizar el sistema de licencias médicas cautelando el objetivo sanitario del reposo médico;
21. Mantener aportes mixtos: aporte fiscal y aporte de trabajadores y todo aporte a salud debe entenderse como parte de la seguridad social en salud y cumplir entonces con sus principios tales como solidaridad, no discriminación, participación y transparencia;
22. Despejar situación actual de Isapre apurando Ley corta de Isapre;
23. Posteriormente abrir espacio para discusión e implementación de reformas, a través del fortalecimiento del Fonasa y de cambios estructurales en el sistema Isapre para terminar con la discriminación

HEALTH AT A GLANCE (PANORAMA DE LA SALUD) 2023. OECD INDICATORS (resumen ejecutivo)



La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico publicó en noviembre 2023 el Panorama de la Salud (Health at a glance) de los países OCDE que incluye Chile. Una publicación de gran interés para los analistas del sector. José Leandro Urbina editor de Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo tradujo la versión en inglés del resumen ejecutivo. El texto completo, solo en inglés, francés o alemán, puede encontrarse en <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

RESUMEN EJECUTIVO

Los sistemas de salud están bajo presión financiera. Esto refleja un clima económico difícil, con prioridades que compiten y restringen los fondos disponibles para salud.

- En 2019, previo a la pandemia, los países de la OECD gastaron en promedio e 8.8% del PBI en atención sanitaria, una cifra relativamente sin cambio desde 2013. Para el 2021, esa proporción había saltado a 9.75%. Sin embargo, el 2022 las estimaciones apuntaban a una significativa caída en el ratio a 9.2%, reflejando la necesidad de reducir el gasto para enfrentar, tanto la pandemia como el impacto de la inflación.
- El gasto en salud por persona estuvo bajo los 5.000 \$US en promedio, oscilando entre 12.555 \$ en los Estados Unidos hasta 1.181 \$US en México (ajustado según diferencias en el poder de compra).
- Mientras la fuerza de trabajo en el área de cuidados sociales y de salud continúa creciendo, la preocupación acerca de su insuficiencia está siendo cada día más aguda. El envejecimiento de la población es una de las razones por las que la demanda por asistencia médica y de trabajadores sociales a largo plazo parece estar superando a la oferta, con un 18% de la población de 65 años de edad y más en promedio en el 2021.
- Recientemente, la alta inflación ha erosionado los salarios del sector salud en varios países, haciendo más difícil atraer y retener a profesionales de la salud. Analizando tendencias a largo plazo, el crecimiento real de los sueldos de los trabajadores de la salud ha variado notablemente, con importantes aumentos en los países de Europa del Este desde el 2011, mientras que en Finlandia, Italia, Portugal, España y el Reino Unido, los sueldos reales se han mantenido estancados o han disminuido.

Los indicadores centrales de salud de la población muestran que las sociedades todavía no se recuperan plenamente de la pandemia. Aun hay mucha gente que persiste con problemas mentales y físicos.

- La expectativa de vida cayó 0.7 años en promedio en los países de la OECD entre el 2019 y el 2021. Mientras que los datos provisionales del 2022 apuntan hacia una recuperación en algunos países, la expectativa de vida sigue bajo los niveles pre-pandemia en 28 países.
- Los ataques cardíacos, infartos y otras enfermedades circulatorias causan más de un cuarto de las muertes; una de cada cinco muertes son ocasionadas por el cáncer; el Covid-19 causó el 7% de todas las muertes en el 2021. Casi un tercio de todas las muertes podrían haber sido evitadas a través de una prevención más efectiva y oportuna o de intervenciones quirúrgicas.
- En promedio, más de un tercio de la gente mayor de 16 años fue reportada viviendo con enfermedades crónicas o con problemas de salud. Las disparidades socio-económicas son amplias: 43% de la gente del quintil de más bajos ingresos reportaron un problema duradero, comparada con el 27% del quintil más rico.
- Los indicadores señalan una leve mejora en la salud mental de la población a medida que nos reponemos de la pandemia, pero las cifras de enfermedad mental siguen siendo elevadas: la parte de la población que declara tener síntomas de depresión en 2022 se mantiene por lo menos un 20% más alto que en la pre-pandemia.

Estilos de vida insalubres y un medio ambiente pobre causa que millones de personas mueran prematuramente. Fumar, ingesta de alcohol dañina, falta de actividad física y obesidad están en el origen de muchas de estas condiciones crónicas.

- La tasa de obesidad continúa creciendo en la mayoría de los países de la OECD con un 54% de adultos con sobrepeso u obesidad (18% de obesidad en promedio). Las dietas saludables y la actividad física son críticas y, aun así, solo un 15% de los adultos consume cinco o más porciones de fruta y vegetales por día. Solo un 40% hace por lo menos 150 minutos de moderada a vigorosa actividad física por semana.
- Mientras las cifras de fumadores continúan bajando en la mayoría de los países de la OCDE, en promedio, el 16% de los jóvenes de 15 años y más, todavía fuma diariamente y el uso regular de los e-cigarrillos (vaping) está en alza. La cifra de fumadores en Francia y Turquía estaban por sobre el 25% así también lo estaban en China, Bulgaria e Indonesia.
- Cerca de uno de cada cinco adultos (19%) informó beber episódicamente de forma desmedida, por lo menos una vez al mes en promedio, con cifras por sobre el 30% en Alemania, Luxemburgo y Dinamarca.
- Las muertes prematuras debidas a la contaminación del aire han declinado en un 31% en promedio entre el año 2000 y el 2019, pero todavía causa unas 29 muertes estimadas por cada 100.000 personas en promedio.

A pesar de la cobertura universal de salud en la mayoría de los países de la OECD persisten Las barreras de acceso. Un renovado foco en el cuidado es una importante forma para mejorar simultáneamente la accesibilidad y la eficiencia.

- Las brechas en la protección financiera hacen que el servicio de salud sea menos asequible. Los gastos directos de los hogares, o gastos de bolsillo, constituyen, en promedio, un poco menos de un quinto del gasto de salud y sobre el 40% en México. Los sectores menos solventes tienen tres veces más probabilidad de retrasar o no alcanzar atención médica que los individuos del quintil de mayores ingresos.
- La atención primaria recibe el 13% del gasto en promedio el 2021, una parte similar a la del 2019. Aun cuando se notaron grandes aumentos de recursos que se gastaron en prevención durante el mismo periodo, gran parte de este aumento puede ser atribuido a un tiempo limitado de medidas de emergencia vinculadas a la administración del Covid-19 en vez de una inversión en la salud de la población planificada a largo plazo.
- Las listas o tiempos de espera, un problema de larga duración en muchos países, se exacerbó durante el Covid-19. Los tiempos de espera para las operaciones de caderas y rodillas, dos cirugías electivas muy comunes, han mejorado en general desde la cima de la pandemia, pero todavía se mantienen más altos que los niveles pre-pandémicos en la mayoría de los países.
- Las teleconsultas pueden mejorar el acceso, particularmente en áreas remotas. Las teleconsultas se han incrementado sustancialmente desde la pandemia y constituyen un promedio del 19% de todas las consultas médicas en 2021.

La calidad de los cuidados está mejorando, en términos de seguridad y efectividad, con una mayor atención en hacer que el sistema de salud esté más centrado en las personas.

- Los indicadores de seguridad del paciente muestran resultados alentadores: por ejemplo, la seguridad de la prescripción en la atención primaria ha mejorado con el tiempo en la mayoría de los países, con reducciones en el término medio del volumen de antibióticos, opiáceos, y prescripciones a largo plazo de anticoagulantes. Sin embargo, en los hospitales, la seguridad del paciente sigue siendo una preocupación con un 57% de los médicos y enfermeras consideran inseguros para los pacientes el poco personal y la sobrecarga de trabajo de éstos.
- En la década pasada, las admisiones evitables de hospitalizaciones han disminuido en la mayoría de los países de la OECD con grandes reducciones detectadas en Lituania, México, Polonia y la República Eslovaca. Esta es una indicación de que la atención primaria está ayudando a mantener a la gente en buen estado de salud y a tratar casos que no sean complicados.
- Los servicios de salud de urgencia continúan mejorando en su tarea fundamental de mantener a la gente viva. En casi todos los países de la OECD, la tasa de mortalidad de 30 días, después de un infarto o un ataque cerebrovascular es más bajo que 10 años atrás. Sin

embargo, esas tasas de mortalidad crecieron levemente, en promedio, entre el 2019 y el 2021 debido a la demora de tratamientos durante la pandemia.

- Una comprensión más profunda de la calidad de los cuidados requiere medir lo que le importa a la gente. Los resultados reportados por los pacientes muestran que, por ejemplo, un promedio de calidad de vida, 6 a 12 meses después de la cirugía de cadera, mejoró en todos los países alcanzando un puntaje equivalente al 80% o más, desde puntajes equivalentes a 35 a 50% pre-cirugía (basado en el Oxford Hip Score).

La salud digital tiene un enorme potencial para transformar los sistemas de salud. Sin embargo, muchos países están mal preparados para una transformación hacia la salud digital.

- La disposición de un país para la transformación digital depende de una sólida gobernanza de su información de salud, aproximaciones coherentes a la seguridad digital y la capacidad para usar responsablemente las herramientas digitales (incluyendo la inteligencia artificial) para beneficio del bien público.
- Mientras que un 90% de los países de la OECD han implementado un portal electrónico de salud, solo el 42% reportó que el público podía tener acceso e interactuar con todos sus datos a través del portal.
- Alrededor un tercio (38%) de los países no tienen normas o certificación para vendedores de sistemas de registro de salud electrónicos, limitando así la interoperabilidad de la información de salud.

PUBLICACIONES Y ACTIVIDADES EN APROB

Este sábado 9 de diciembre 2023 **se reunió el Grupo APROB** para aportar y debatir acerca de los indicadores y conceptos que deberán estar presentes en el Barómetro de Bienestar que se está construyendo.



Desde agosto 2023 se publica mensualmente el **boletín de precios de APROB** dirigido por **Salvador Marconi**, Coordinador del Área Macroeconomía y Bienestar de APROB, que se difunde en nuestras redes sociales y en convenio con CONADECUS.



Asociación para la Promoción del Bienestar www.aprobienestar.cl mail: contacto@aprobienestar.cl

Este mes de diciembre APROB publicó las **Notas sobre el consumo final de los hogares**



Asociación para la Promoción del Bienestar www.aprobienestar.cl mail: contacto@aprobienestar.cl

Asimismo, el Área de Macroeconomía y Bienestar publicó en diciembre el segundo número del **Boletín de Remuneraciones y costo de la mano de obra**



Yésica Sarmiento Bolbarán, kinesióloga y **Loreto Espinoza Tillería** magister en salud pública y socia fundadora de la Asociación APROB, publicaron en septiembre 2023 en *Le Monde Diplomatique* el artículo “El legado de la dictadura: 50 años de inequidades en el modelo de salud chileno”.

Julio Oleas miembro asociado de APROB, Historiador económico publica su artículo “EL DEJA VU DE LA DEUDA EXTERNA” en noviembre de 2023



En septiembre 2023 WHO y OCDE publicaron el documento “*Effect of the payment mix for primary care services on the quality of chronic care in Chile*”. Sus autores son **Rafael Urriola** (presidente APROB) y Nicolás Larraín (Health Division, Organisation for Economic Co-operation and Development, France). <https://iris.who.int/handle/10665/373214>

Estas publicaciones pueden encontrarse en:
www.aprobienestar.cl

El trabajo de difusión y mantenimiento de la pagina web ha estado a cargo de la ing comercial **Gabriela Tello** de la directiva de APROB.