



**INSTITUTO
DE ECONOMÍA,
GESTIÓN Y SALUD**
EQUIDAD, SOLIDARIDAD, INNOVACIÓN

N°05
BOLETÍN

Políticas para la economía gestión y salud

Gobernanza de la Atención Primaria y Sistemas de Salud en Latinoamérica

WWW.IDEGYS.CL

Contenido

1. Editorial. **Pág 3**
2. Consejo Editorial. **Pág 4**
3. Panel Mundial de Expertos Sugiere Importantes Transformaciones en la Gobernanza de los Sistemas de Salud - Área Economía, Gestión y Salud - IDEGYS **Pág 5**
4. Gobernanza y Atención Primaria de Salud: El Presupuesto es Central - Rafael Urriola Urbina **Pág 8**
5. Cambios en Gobernanza: Recuperar la Articulación del Sistema de Salud en Chile - Dr. Rubén Gamboa De Bernardi **Pág 11**
6. Gobernanza después de la Pandemia: ¿Economía o salud? - Fabian Norambuena Contreras **Pág 14**



Editorial

Boletín 5 Idegys: Gobernanza de la Atención Primaria y Sistemas de Salud en Latinoamérica

Los gobiernos, las políticas públicas, las decisiones de como se quiere vivir, como se organiza y articulan los sistemas de salud, dónde se pone el gasto y qué es lo que se debe financiar en salud, no es solo tema de economistas y gestores de la salud, tampoco solo de los políticos en ejercicio, o de quién maneja los recursos.

No parece ser extraño que el informe **COVID-19: Make it the Last Pandemic** encargado por la Organización Mundial de la Salud, OMS, mencione de forma directa y clara que los países que tuvieron éxito en el manejo de la pandemia por el SARS-CoV-2, sean aquellos que tomaron decisiones en conjunto con los trabajadores y trabajadoras de la salud, los usuarios, sus familiares, y las comunidades, devolviendo la orientación de gestión territorial (y poder local) a los sistemas de atención, tan propia de la Atención Primaria de la Salud.

Para que estos procesos de decisiones (gobernanza) conjuntas (coproducción en salud), sean espacios de dialogo que logren materializar las propuestas para un mejorar desempeño de los sistemas de salud, quienes tengan el poder institucional y por ende, los recursos, deben sobre todo asegurar el financiamiento de los programas, proyectos, y políticas públicas. Porque hoy la confianza se recupera con resultados concretos.

Para asegurar la gobernanza, ha de asegurarse la participación en salud, luego, de forma natural llegará la gobernabilidad.



Consejo Editorial

Viviana Garcia Ubillo

Fonoaudióloga.

Profesor Adjunto Universidad de Valparaíso

Formación en Gerontogeriatría; salud y economía y en derechos humanos, políticas públicas y vejez.

Directora Ejecutiva Geropolis UV.

Rafael Urriola Urbina

Economista de la Salud.

Magister en Economía Pública y Planificación. Past President. Asociación de Economía de la Salud de Chile 2017 - 2019. Director del área de Economía y Gestión en Salud. IDEGYS.

Dr. Antonio Orellana Tobar

Neurocirujano.

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, cargo en el cual ha sido reelecto en dos oportunidades (en 2015 y 2019).

Es miembro del Directorio de CONACEM (Corporación Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas).

Fabián Norambuena Contreras

Ingeniero Industrial.

Maestría (c) en Economía y Gestión de la Salud.

Director asociación de Economía de la Salud de Chile 2017 - 2019.

Presidente Instituto de Economía Gestión y Salud. IDEGYS.

Rafael Zamarguilea

Político.

Subsecretario de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

Mariana Leidi

Médica.

Secretaria de Extensión Universitaria de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.





Panel Mundial de Expertos Sugiere Importantes Transformaciones en la Gobernanza de los Sistemas de Salud

Área Economía, Gestión y Salud. IDEGYS

Este 11 de mayo de 2021 se publicó el informe **COVID-19: Make it the Last Pandemic (1)** encargado por la Organización Mundial de la Salud, OMS, a un panel de expertos independientes liderado por la expresidenta liberiana Ellen Johnson Sirleaf y la ex primera ministra neozelandesa Hellen Clark.

El Panel tenía por objeto, según se desprende de su prefacio, “recomendar una transformación fundamental diseñada para asegurar el compromiso al más alto nivel con un nuevo sistema que sea coordinado, conectado, rápido, responsable, justo y equitativo; en otras palabras, un sistema completo de preparación y respuesta ante una pandemia. En el que los ciudadanos pueden confiar para mantenerlos seguros y saludables”.

El informe -que ya había sido presentado en el Consejo OMS en enero- arroja resultados que deberán ser evaluados con atención por las autoridades nacionales e internacionales. Estos resultados apuntan a la necesidad de importantes transformaciones que deberán llevarse a cabo en cuanto a gobernanza y funcionamiento de los sistemas de salud. Ni estos sistemas, ni los trabajadores de la salud, estaban preparados para enfrentar una pandemia, concluye el Report.

El Informe empieza señalando que “a pesar de los mensajes y recomendaciones para tomar medidas para prevenir eventuales pandemias como la covid-19 -desde 2005- estas recomendaciones nunca fueron implementadas por los países”.



El financiamiento precario es uno de los mayores riesgos para el trabajo de liderazgo que le corresponde a la OMS en materia de salud. La preparación para la pandemia no ha recibido prioridad política suficiente, señala el Informe. Se ha limitado en gran medida al sector de la salud. El alcance del riesgo de pandemia no se ha apreciado en la toma de decisiones financieras o en el establecimiento de prioridades organizativas de los gobiernos a nivel nacional, regional o global.

Más adelante señala que “...los países que manejaron con éxito la enfermedad adoptaron enfoques gubernamentales concordados con toda la sociedad, buscaron orientación científica y se comprometieron con los trabajadores comunitarios de salud y los líderes sociales de

las comunidades”.

Las principales recomendaciones que plantea el Panel de expertos son las siguientes, entre otras:

I) Establecer un nuevo sistema de vigilancia, validación y alerta basado en la transparencia total y utilizando herramientas digitales de última generación para conectar centros de información en todo el mundo, incluida la vigilancia de la salud animal y ambiental, con la protección adecuada de los derechos de las personas.

II) Establecer sólidas capacidades financieras regionales para el acceso equitativo y efectivo (fabricación, regulación y adquisición) a vacunas, terapias, diagnósticos, suministros esenciales y para ensayos clínicos: a) basado en planes desarrollados conjuntamente por la OMS, las instituciones regionales y nacionales y el sector privado; b) con compromisos y procesos de transferencia de tecnología, incluso hacia y entre los centros de fabricación más grandes en cada región; y, c) apoyado financieramente por Instituciones Financieras Internacionales y Bancos Regionales de Desarrollo y otras organizaciones financieras públicas y privadas.

III) Crear un mecanismo de financiamiento internacional para las pandemias a fin de recaudar fondos adicionales confiables para la preparación y financiamiento oportuno y rápido para responder en caso de una pandemia. IV) Fortalecer la participación de las comunidades locales como actores clave en la preparación y respuesta ante una pandemia y como promotores activos de la educación ante una pandemia, a través de la capacidad de las personas para identificar, comprender, analizar, interpretar y comunicar sobre los riesgos de estos eventos. Es necesario asegurar que las instituciones de salud pública, nacionales y subnacionales, tengan capacidades multidisciplinarias, alcance multisectorial y logren el compromiso del sector privado y de la sociedad civil con los objetivos generales.

“...los países que manejaron con éxito la enfermedad adoptaron enfoques gubernamentales concordados con toda la sociedad, buscaron orientación científica y se comprometieron con los trabajadores comunitarios de salud y los líderes sociales de las comunidades”.

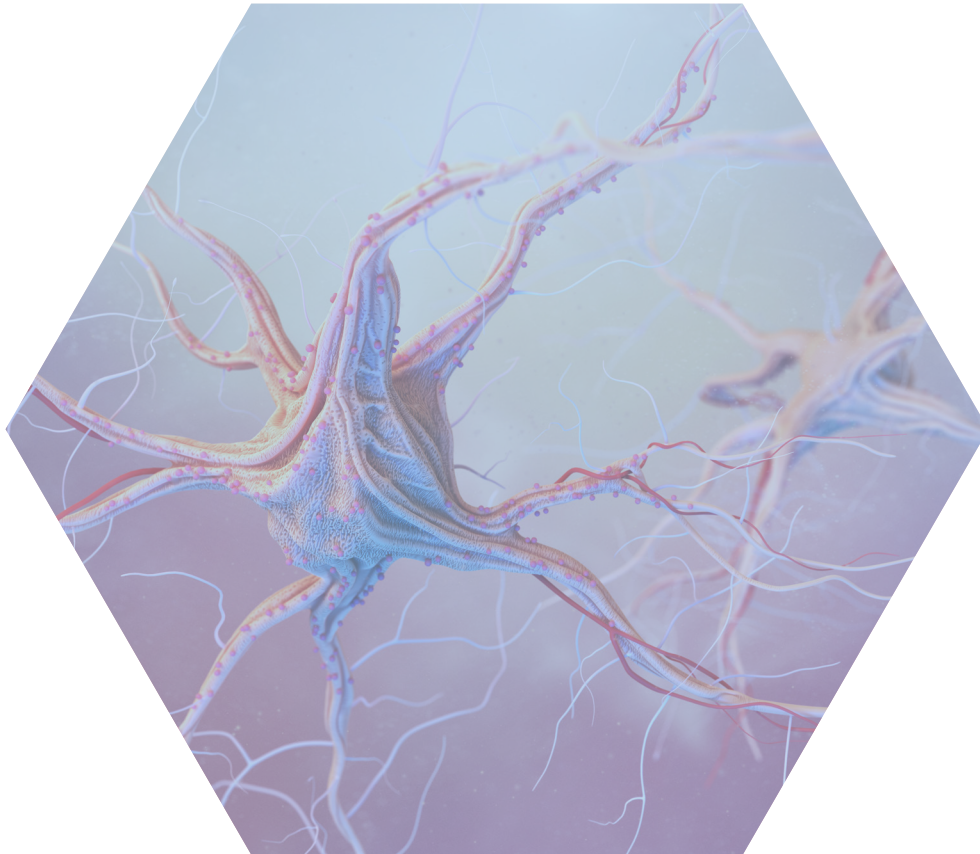


V) Incrementar el umbral de las inversiones nacionales en salud y sociales para construir sistemas de salud y protección social resilientes, basados en servicios de salud primaria y comunitaria de alta calidad, cobertura universal de salud y una fuerza de trabajo de salud fuerte y bien respaldada, incluidos los trabajadores de salud comunitarios.

En esta breve reseña se ha destacado los aspectos del documento emanado por el panel de expertos que apuntan a las transformaciones en la organización del sistema de salud (gobernanza) lo cual implica redefinir prioridades y alcances en el corto y mediano plazo.

Nota al Pie de Página

*Covid 19: que sea la última pandemia.



Gobernanza y Atención Primaria de la Salud: El Presupuesto es Central



Rafael Urriola Urbina
Director área de Economía y
Gestión en Salud IDEGYS.
Docente Universidad de Valparaíso
r.urriola@idegys.cl

La pandemia en Chile no hizo sino confirmar los preceptos de Alma Ata (1974) en que la Atención Primaria de Salud (APS) pública debía ser el eje rector de los sistemas de salud. Esto implica una revisión radical de las formas de autoridad entre el Cesfam (centros de salud familiar que se ocupan de la APS en Chile) y el Hospital. No se trata de invertir “la línea de mando” sino de “horizontalizar” la gestión en aras de potenciar los resultados de salud entre ambas instancias.

En la actualidad, por el envejecimiento poblacional y la prevalencia notoria de las enfermedades no transmisibles y crónicas en todo el mundo (exceptuando la Covid-19, por cierto), la APS recibe sobre sus hombros cada vez más responsabilidades. La población adscrita a Fonasa (82% de la nacional) actualmente tiene una alta percepción de satisfacción por la APS que se le ofrece. Esto tiene que ver con las atenciones de seguimiento de tratamientos y uso de medicamentos; con los medicamentos que se le proporcionan gratuitamente; y, otras atenciones rutinarias. Sin embargo, las demandas de este grupo poblacional se van incrementando día a día.

Desde hace algunos años se está verificando que en los países hay numerosas intervenciones innecesarias y que colapsan el sistema. Entre ellas las atenciones de urgencia que finalmente no lo son así como ciertas hospitalizaciones. En ambos casos esta auto derivación hacia el hospital o la urgencia se produce porque la APS no dispone oportunamente de los recursos para desplegar un control preventivo adecuado.



Un estudio para los países de la OCDE (Espen 2008) establece que entre el 12% y el 56% -según cada país- de los ingresos hospitalarios de emergencia son por afecciones que podrían haber sido igual o mejor tratadas en atención primaria, por cierto, menos costosa. Para evaluar la importancia de este eventual ahorro cabe notar que las hospitalizaciones representan aproximadamente un tercio de los gastos totales de salud de los países de la OCDE.

De su parte, los egresos que podrían haber sido atendidos oportunamente de forma ambulatoria (hospitalizaciones evitables) en Chile en el año 2018 fueron 143.498 (desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/boletín-II_2019.pdf.), esto es el 14% del total de las hospitalizaciones; representan el 17% del total de días cama ocupados; su costo corresponde al 13% del total y se estimó en \$234 mil millones. La mitad de estas hospitalizaciones evitables son: Enfermedades cerebrovasculares (17,1%), Enfermedades respiratorias bajas (12,9%), Diabetes mellitus (11,6%) e Infecciones renales y de vías urinarias (10,2%), concluye el documento. En suma, fortalecer la atención preventiva y de promoción en la APS traerá ahorros importantes en el sistema.

Actualmente, el financiamiento de la APS per cápita es de \$7.200 pesos mensuales (alrededor de 10 dólares), cuando lo necesario -según los alcaldes-, sería un valor cercano a los 10 mil pesos.

Audito Retamal, presidente de la Asociación de Municipios de la Región del Biobío, sostuvo que “...la salud primaria, y los municipios deben destinar recursos propios para poder financiar el sistema, dejando de lado otros proyectos para el desarrollo de las ciudades”. Solo unos pocos municipios en el país dispondrán de recursos para paliar este déficit en el 2021.

Para transformar y mejorar la planificación en la distribución de recursos existe el sistema ACG (ambulatory care groups o grupos de cuidados ambulatorios) que es útil para predecir la carga de atención

ambulatoria, así como la morbilidad posterior. El ACG proporciona una manera de proyectar la combinación de casos en las poblaciones inscritas en un sistema determinado, así como la administración y, consecuentemente, el costo de la atención ambulatoria. Este sistema no se ha desarrollado suficientemente en Chile pese a que es decisivo, porque la APS debiera encargarse de toda la atención ambulatoria del país.

En un estudio de 2014 se indicaba que “la mayor proporción de pacientes que padecen enfermedades crónicas se concentra hacia los quintiles de menores ingresos, por lo tanto, un

Como sea, las decisiones sanitarias que no van acompañadas de respaldos financieros son inútiles.

mecanismo de asignación basado en ajuste de riesgo (ACG) debería entregar un mayor apoyo a este quintil, permitiendo eficiencia en la asignación y una distribución más equitativa”. Estos hallazgos se confirman en la encuesta Nacional de Salud de 2016-2017. Esto debiera implicar una transformación importante en la manera en que se asignan los recursos actualmente.

Asimismo, la pandemia dejó al descubierto la fragilidad -casi inexistencia- de un sistema de protección social para personas dependientes, especialmente adultos mayores. En Chile hay alrededor de 500.000 personas mayores de 60 años con dependencia.; el 80% requieren apoyo de cuidadoras (generalmente mujeres) y la mitad de quienes ejercen esta función son familiares no remunerados que suelen no poder aportar otros ingresos al hogar por



esta actividad (http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/Boletin_1_2020.pdf).

El Estado cuenta con solo 13 Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) con cobertura para poco más de 600 personas y, de otra parte, se le paga estipendio como cuidadoras a solo 25.305 personas cuyo monto máximo mensual es \$28.490. Los ELEAM sin fines de lucro y privados atienden a cerca de 35.000 personas en la actualidad todo lo cual da un déficit enorme en esta actividad (ibid). La APS tendrá que incorporar programas completos de ayuda a la dependencia que complementen las necesidades sanitarias de los adultos mayores. Esto también requiere recursos.

No podría dejar de mencionarse el reconocido déficit en atenciones en salud mental y bucal que también debiesen llevarse a cabo en la APS.

Como sea, las decisiones sanitarias que no van acompañadas de respaldos financieros son inútiles. Los cambios en favor de la APS que se escuchan a través de los medios de comunicación podrán ser hueros sin apoyo financiero real.



Cambios en Gobernanza: Recuperar la Articulación del Sistema de Salud en Chile



Dr. Rubén Gamboa De Bernardi
Ex Director Servicio de Salud Viña del
Mar-Quillota

Uno de los acontecimientos de mayor impacto en la Salud Pública chilena lo constituyó la creación en 1952 del Servicio Nacional de Salud (ley 10.383), en cuya gestación jugó un rol muy importante el Dr Salvador Allende Gossens como médico, senador y Presidente del Colegio Médico. Este Servicio fue presentado innumerables veces como un gran modelo de salud pública a nivel nacional e internacional junto con los modelos similares de Inglaterra y Suecia.

Una de sus principales ventajas era articular en una sola gran red de salud todos los servicios públicos de salud, con una Dirección General (autoridad sanitaria) fuerte, sin perjuicio de dar una gran autonomía descentralizada a los Servicios regionales y locales (Zonas y Áreas de salud). Además, era un modelo de participación, ya que estaba dotado de un Consejo Nacional de Salud a nivel nacional en el cual estaban representados todos los gremios y también la comunidad organizada, modelo que se replicó en las áreas de salud desde 1972.



Su Director general era nombrado por el Presidente de la República con acuerdo del Senado y tenía además un Departamento Técnico muy completo. En su origen y en sus primeros años, se le dio una gran prioridad al componente materno-infantil. Hoy habrá que poner mayor atención a otras necesidades de salud, como es el caso de los adultos mayores.

Luego del Golpe de Estado de 1973 esta estructura se mantuvo con muchas dificultades hasta que en 1982 el régimen dictatorial lo disolvió, siguiendo los ejemplos neoliberales y privatizadores de la salud de Margaret Thatcher en el Reino Unido y de Ronald Reagan en Estados Unidos, creando en su lugar 29 Servicios de Salud totalmente autónomos, a nivel regional o provincial y con una serie de desajustes en cuanto a la distribución del personal y de los presupuestos entre cada Servicio, los que han sido fuente de numerosos conflictos a lo largo de los años y en el cual el patrón principal ha sido un desfinanciamiento crónico y progresivo, en la medida en que la población beneficiaria y las necesidades de salud de la población han ido creciendo.

Además en este “ajuste” de 1982 se pasó la administración de los antiguos Consultorios, hoy Centros de Salud de Atención Primaria o Centros de Salud Familiar a las Municipalidades (CESFAM), quebrando o desarticulando la red de Servicios de Salud, ya que éstos se han manejado de manera autónoma pero muy descoordinados con la atención hospitalaria. En 1986 fueron creadas las Isapres, instituciones de salud privada con fines de lucro que fueron subsidiadas por el

gobierno de turno. Si se considera, las compras de servicios al sector privado y los ingresos de las Isapres este sector capta aproximadamente el 60% del PIB destinado a salud (9%).

En términos de lógica de gobernanza sería imprescindible restablecer la unidad y la articulación de los Servicios y reequilibrar los presupuestos de acuerdo a su población y a sus características epidemiológicas.

Otra distorsión evidente se produjo bajo el Gobierno de Ricardo Lagos en que se hizo una nueva gran Reforma de salud (AUGE-GES) para las enfermedades prevalentes con financiamiento especial. Uno de sus problemas es que dividió aún más a los Servicios de Salud quitándoles todas sus funciones de protección y promoción de la Salud, los cuales fueron traspasados a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, pero sin suficientes presupuestos o mejoras de carácter laboral para el personal traspasado. Nada se hizo en la práctica para al menos crear algunos lazos de unión entre el personal municipalizado y los Servicios de Salud, atomizados en la cantidad y tipo de personal que debía teóricamente supervisar los consultorios municipalizados.

“En suma, la recreación del Servicio Nacional de Salud es urgente. El recrear esta estructura por ley probablemente no signifique un aumento presupuestario en el nivel central, sino que debe readecuarse la organización, los perfiles de puesto y las funciones de los actuales funcionarios del Ministerio de Salud a esta estructura.”

En suma, la recreación del Servicio Nacional de Salud es urgente. El recrear esta estructura por ley probablemente no signifique un aumento presupuestario en el nivel central, sino que debe readecuarse la organización, los perfiles de puesto y las funciones de los actuales funcionarios del Ministerio de Salud a esta estructura. El Instituto de Salud Pública debería reforzar sus funciones de



control de medicamentos, de fiscalización en terreno, formando una red con los Servicios de Salud. Los Servicios de Salud (o Áreas de Salud en la nomenclatura del SNS) pueden continuar funcionando como entidades descentralizadas de servicios de atención de salud recuperando las funciones de promoción y protección de la salud, incluyendo lo que es control y fiscalización ambiental.

Con fraterno afecto, enviamos un mensaje de apoyo a la familia del Dr. Rubén Gamboa de Benardi, por su sensible fallecimiento. Agradecemos la colaboración del Dr. Rubén Gamboa de Benardi, con sus aportes a la salud pública y medio ambiente de Chile, y su arduo trabajo en el Servicio de Salud de Viña del Mar y Quillota, y con su entrega por más de 25 años en docencia universitaria.



Gobernanza después de la Pandemia: ¿Economía o salud?

Fabián Norambuena Contreras
Ingeniero Industrial
Maestría (c) en Economía y
Gestión de la Salud
Presidente Instituto de
Economía Gestión y Salud (IDEGYS)
fabian@idegys.cl



La gobernanza generalmente es vista como un proceso de cambio constante, donde los tomadores de decisiones ponen a disposición planificaciones minuciosas, detalles económicos, operativos, planteamiento de tácticas y estrategias para obtener las condiciones materiales, culturales, políticas y sociales deseadas. Estos elementos son la base para las propuestas de políticas públicas, pero no siempre están diseñados a partir de procesos participativos, lo que impulsa la insatisfacción por parte de la sociedad, para con el trabajo de las instituciones públicas y también privadas.

El estudio de Latinobarómetro , permite determinar que “tres de cada cuatro personas en América Latina y el Caribe (ALC) en 2018,



ya presentaban un juicio negativo de la vida política de las personas”. Cabe recordar, que desde este año, gran parte de la población de Latinoamérica y el Caribe, comienza a sufrir diferentes manifestaciones de descontento con las decisiones de gobierno. Algunas de estas expresiones de descontento, tienen como resultado importantes procesos migratorios por mejores condiciones de vida y acceso a un empleo digno; importantes manifestaciones en las calles de Chile, Bolivia y Ecuador desde el 2019, Colombia el 2021; y, cambios en las fuerzas políticas gobernantes, en casi todos los países de América del Sur. Es importante recalcar que, en Chile, el “Estallido Social” de ese año, empujó a un proceso de cambio en la constitución.

A estos procesos políticos y sociales, se les agrega la pandemia del SARS-CoV-2 desde el final del 2019 a nivel mundial, con mayor presencia en América Latina desde marzo del 2020. En este contexto, la pandemia permitió a los gobiernos del mundo, utilizar herramientas para el control interno de la seguridad territorial y establecer límites en el flujo de personas y mercancías, buscando la protección de las condiciones de salud y vida de las personas. El distanciamiento social, junto con medidas restrictivas de movilización, nuevas formas de trabajo a distancia, el uso de mascarillas (o barbijos) y el lavado de manos fueron las estrategias esenciales.

Con esto la economía cambió. Los trabajos emergentes del siglo XXI, como la informática, las telecomunicaciones, la industria alimentaria con nuevas fórmulas (para celíacos, veganos, y otros), la industria del plástico (que venía en retroceso por medidas de protección al medio ambiente), bancos, medicamentos y otras tecnologías de salud sufrieron una demanda impensada en un breve lapso, siendo beneficiadas con mayores utilidades. En cambio, sectores como el turismo, la entretenimiento, el arte y la cultura, fueron los más afectados. Según la Organización Internacional del Trabajo al 30 de septiembre del 2020, hubo una destrucción de 34 millones

de puestos de trabajo, emparejado con la disminución de horas y calidad del trabajo en ALC.

En perspectiva, las condiciones de descontento previas a la pandemia fueron profundizadas en estos dos últimos años debido a: menor posibilidad de decisiones colectivas con las instituciones, desconfianza en los gobernantes, mayor inestabilidad laboral, precarización del trabajo, y una estructura económica (esencialmente tecnológica) que favorece la concentración de la riqueza con procesos de gobernanza desajustados con las expectativas de las personas. Este es un escenario similar al ciclo de gobernabilidad de 2018 al 2020.

No se debe perder de vista que las secuelas de la pandemia en las personas y los sistemas de salud pueden generar una conflictividad mayor incluso que la falta de empleo. Personas no atendidas, con tratamientos tardíos, salud mental deteriorada, centros de Atención Primaria de la Salud sobrepasados por la demanda de pacientes crónicos descompensados, personal de salud agotados, puede llegar a traducirse en menor capacidad de producción económica, ergo, la gobernanza después de la pandemia deberá centrarse en la recuperación y mejora de las personas y los sistemas de salud, para la generación de empleos dignos y una nueva economía que cuide a las personas y el medio ambiente.

“la gobernanza después de la pandemia deberá centrarse en la recuperación y mejora de las personas y los sistemas de salud, para la generación de empleos dignos y una nueva economía que cuide a las personas y el medio ambiente.”





www.idegys.cl



contacto@idegys.cl



Fanor Velasco 85, piso 2,
Santiago. RM

