



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD
DESDE LA PERSPECTIVA DE LA
RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD
INFORME FINAL

ID: 757-44-L118

Symbolon
División de Planificación Sanitaria (DIPLAS)
Subsecretaría de Salud Pública-MINSAL
Noviembre de 2018



**CHILE LO
HACEMOS
TODOS**

Índice

PRESENTACIÓN	4
INTRODUCCIÓN	8
RESULTADOS	11
3.1 Revisión de literatura	11
3.1.1 “Reflexiones para el Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional y Regional” elaborado por la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Subsecretaría de Salud Pública, del Ministerio de Salud (2017).....	12
3.1.2 “Evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en las Secretarías Regionales de Salud de Chile”. Informe FONIS, Universidad de La Frontera y Universidad de Chile (SA14ID0042), 2016-2017.	14
3.1.3 “Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición.” Instituto de Salud Pública (ISPAB), Universidad Andrés Bello, 2017.	17
3.1.4 “Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud”. Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile (2017).	19
3.1.5 “Evaluación del Sistema de Salud en Chile”. OCDE (2017) ...	22
3.1.6 “Análisis de diseño y estructura organizacional de las Secretarías Regionales Ministeriales como insumo para la definición de estándares de recursos humanos.” MINSAL, DIPLAS, DENS, 2017.....	23
3.1.7 “Planificación de recursos humanos de la salud en Chile: breve tránsito histórico de sus políticas públicas.” Sebastián Villarroel.....	25

3.1.8 “Análisis presupuestario en salud en el contexto de la desigualdad en Chile”. Matías Goyenechea.	28
3.1.9 “Informe de implementación estrategia de Redes integradas de Servicios de Salud en el Sistema Público de Salud 2014-2017”. Subsecretaría de Redes Asistenciales 2018.	30
3.2 CONSOLIDADO DE BRECHAS Y OPORTUNIDADES.....	33
3.2.1 BRECHAS	33
3.2.2 OPORTUNIDADES.....	37
3.3 ANÁLISIS DE INDICADORES ENS TRAZADORES	40
3.3.1 INDICADOR SOBREPESO/OBESIDAD EN NIÑOS/AS MENORES DE 6 AÑOS.....	40
3.2 INDICADOR DIABETES.....	51
3.3 INDICADOR DISCAPACIDAD	66
3.3.4 RECOMENDACIONES A INDICADORES TRAZADORES.....	76
OBESIDAD	76
DIABETES.....	77
DISCAPACIDAD	79
3.3.5 ANÁLISIS INTEGRADO A INDICADORES.....	80
REFLEXIONES FINALES.....	82

PRESENTACIÓN

A continuación, se presenta el Informe Final de la licitación: “Análisis de situación de salud desde la perspectiva de la respuesta del sistema de salud”, del Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS), Ministerio de Salud, 2018.

El objetivo del estudio fue desarrollar un análisis reflexivo de algunos de los cambios del sistema de salud que puedan haber incidido en la implementación de la Estrategia Nacional de Salud (ENS), desde la perspectiva de la respuesta del sistema, en el contexto del desarrollo de la nueva ENS 2021-2030.

Como parte del desarrollo de la nueva Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2021-2030, el Ministerio de Salud ha considerado relevante realizar un proceso de análisis de la situación de salud y la respuesta del sistema a las necesidades que de ella emanan.

La metodología de investigación estuvo compuesta por tres etapas que buscaron aproximarse al objetivo de la licitación: 1) revisión de publicaciones que analizan el sistema de salud chileno (seleccionadas en acuerdo con el DENS); análisis de 3 indicadores (obesidad, diabetes, discapacidad) concordados con DENS como trazadores respecto a resultados ENS y a la respuesta del sistema en, y la integración en forma reflexiva de la revisión y los hallazgos obtenidos.

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD (ENS) 2011-2020

El gobierno de Chile diseñó una Estrategia Nacional de Salud o Metas 2011-2020: Elige Vivir Sano, que define 9 objetivos estratégicos para el periodo, 50 metas sanitarias y 513 indicadores a través de los cuales se va a monitorear el cumplimiento de la Estrategia.

Se parte de la base que Chile requiere de una atención de salud más amplia e integral, en confluencia con otras temáticas que involucren a distintos ministerios y organismos gubernamentales (Salud en Todas las Políticas) y que apunten a mejorar la calidad de vida de los chilenos al mejorar la salud, disminuir las desigualdades sociales en materia de acceso a la salud, aumentar la satisfacción de las personas y asegurar la calidad de las prestaciones de salud.



El componente central de la Estrategia Nacional corresponde al análisis y elaboración de propuestas consensuadas en los diferentes ámbitos relacionados a la salud, agrupados en nueve áreas temáticas. Cada área está constituida por temas específicos seleccionados. Los determinantes sociales de la salud son desarrollados de forma transversal en toda la Estrategia Nacional.

Para su efectiva implementación, la Estrategia Nacional requería al menos tres instancias: 1) Adecuación Regional; b) Abogacía con el intersector; y c) Planificación Operacional. Será interesante evaluar si estas instancias ocurrieron en plenitud y si así no ocurrió, analizar las razones para subsanarlas en el próximo periodo.

La ENS tiene 4 objetivos sanitarios, 9 ejes estratégicos, 50 metas y 513 indicadores.

Objetivos sanitarios

1. Mejorar la salud de la población.
2. Disminuir las inequidades.
3. Aumentar la satisfacción de la población.
4. Asegurar la calidad de las prestaciones de salud.

Ejes estratégicos (propósito/temáticas)

1. Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a mejorar su impacto social y económico.
 - 1.1. Muertes por VIH/SIDA.
 - 1.2. Tuberculosis.
 - 1.3. Muertes por infecciones respiratorias.
 - 1.4. Control y eliminación de enfermedades transmisibles.
 - 1.5. Enfermedades zoonóticas y vectoriales
2. Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismo.
 - 2.1. Enfermedades cardiovasculares
 - 2.2. Cáncer.
 - 2.3. Diabetes Mellitus



- 2.4. Enfermedad renal crónica
- 2.5. Enfermedades respiratorias crónicas
- 2.6. Salud Mental
- 2.7. Discapacidad
- 2.8. Salud Bucal
- 2.9. Accidentes de tránsito
- 2.10. Violencia de género
- 3. Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedades a través de desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables
 - 3.1. Consumo de tabaco.
 - 3.2. Consumo de riesgo de alcohol en jóvenes.
 - 3.3. Consumo de drogas ilícitas.
 - 3.4. Obesidad infantil.
 - 3.5. Factores protectores.
 - 3.6. Actividad física en jóvenes.
 - 3.7. Conducta sexual segura.
- 4. Reducir mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital.
 - 4.1. Mortalidad perinatal.
 - 4.2. Rezago infantil.
 - 4.3. Suicidio adolescente.
 - 4.4. Embarazo adolescente.
 - 4.5. Muertes por accidentes del trabajo.
 - 4.6. Enfermedades profesionales.
 - 4.7. Salud de la mujer climatérica.
 - 4.8. Salud de las personas adultas mayores.

5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud.
 - 5.1. Salud intercultural.
 - 5.2. Equidad de género.
 - 5.3. Salud para inmigrantes.
 - 5.4. Salud para las personas privadas de libertad.
6. Proteger la salud de la población a través de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
 - 6.1. Condiciones ambientales.
 - 6.2. Enfermedades transmitidas por alimentos.
7. Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
 - 7.1. Información en salud.
 - 7.2. Investigación en salud
 - 7.3. Participación social.
 - 7.4. Infraestructura
 - 7.5. Gestión del personal de salud.
 - 7.6. Gestión financiera.
 - 7.7. Redes integradas de servicios de salud.
 - 7.8. Cooperación internacional.
8. Mejorar la calidad de la atención en salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
 - 8.1. Seguridad de la atención.
 - 8.2. Calidad de los medicamentos.
 - 8.3. Satisfacción usuaria.
9. Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias.
 - 9.1. Emergencias, desastres y epidemias

2

INTRODUCCIÓN

Alcanzar el mejor nivel posible de salud para toda la población requiere un sistema de salud, como parte de la seguridad social, que garantice una respuesta adecuada en términos no sólo de los servicios directos (atenciones) que se otorgan en salud, sino también de protección de los entornos que rodean a las personas, teniendo en consideración los determinantes sociales, y los principios de participación ciudadana, equidad y salud en todas las políticas.

Esta ambiciosa meta implica la generación de políticas, estrategias, programas y proyectos, en salud individual y poblacional, bajo la perspectiva de las funciones esenciales de salud pública, que incluyen además de la rectoría y regulación, la promoción, vigilancia, fiscalización y evaluación de dichas políticas, estrategias y programas, en términos de su implementación y resultados, con el fin de mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de nuestra población.

Para cumplir estos fines, el sistema de salud debe contar con la infraestructura, presupuesto y recursos humanos suficientes, y con un plan de acción que conduzca el quehacer en salud, estableciendo valores, objetivos, prioridades, acciones, indicadores y metas, que permitan su monitoreo y perfeccionamiento en el tiempo. En el caso de Chile, este plan es la Estrategia Nacional de Salud (ENS), que debería constituir no sólo una orientación en salud sino para otros sectores, puesto que los objetivos sanitarios de una población, bajo la lógica de los determinantes sociales, no son alcanzables por ningún sector por sí solo, y requieren la concurrencia y sinergia de todos los ámbitos del Estado (salud en todas las políticas).

Para el periodo 2011-2020, la ENS se estructuró en 4 grandes objetivos sanitarios, 9 ejes estratégicos, 50 metas sanitarias y 513 indicadores. Para su efectiva implementación se planteó que debería existir una adecuación regional, abogacía con el intersector y una planificación operacional, concadenándose en resultados inmediatos, resultados esperados y resultados de impacto. (Figuras N°1, N°2, N°3 y N°4).

Esto genera una planificación estratégica que se traduce en los resultados de impacto y los resultados esperados; y una planificación operativa que se refleja en los resultados inmediatos.

Figura N°1. Objetivos Sanitarios

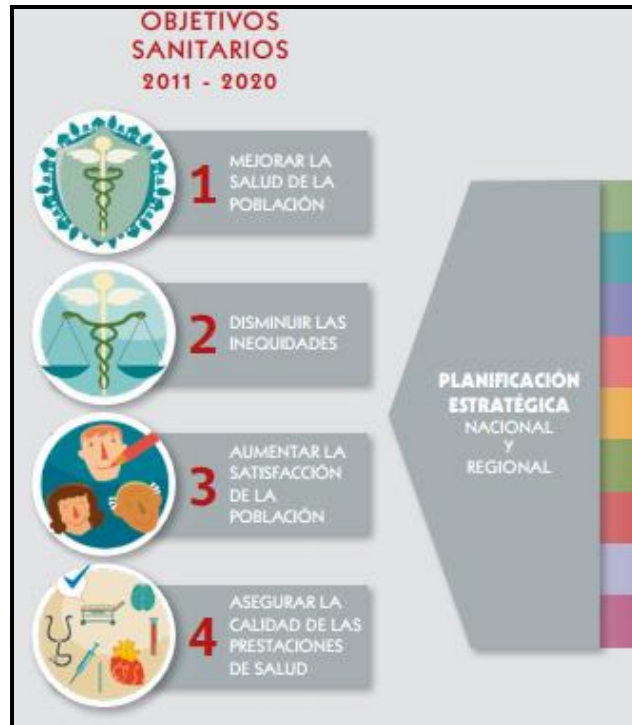


Figura N°2. Ejes Estratégicos

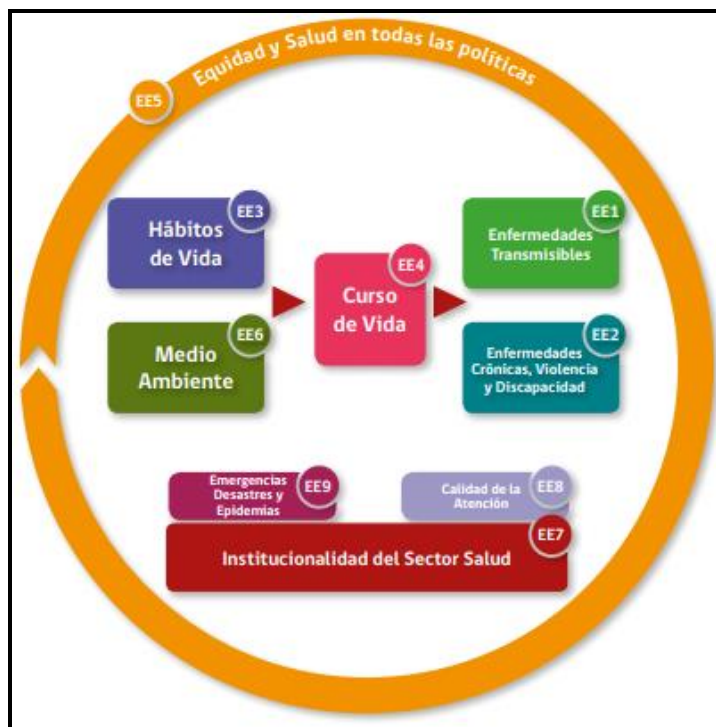


Figura N°3. Cadena de Resultados



Figura N°4. Ejes Estratégicos y Metas Sanitarias

EJES ESTRATÉGICOS	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	- TUBERCULOSIS	- MUJERES POR INFECCIONES RESPIRATORIAS	- ENFERMEDADES ZOONÓTICAS Y VECTORIALES	- CONTROL Y ELIMINACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	- MUJERES POR VIH/SIDA							
	ENFERMEDADES CRÓNICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD	+ SOBREVIVENCIA ANTE NARIÑO Y ARIQUE CARDIOVASCULAR	- MORTALIDAD POR CÁNCER	- MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES	- ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	- MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA	- DISCAPACIDAD ASOCIADA A ENFERMEDAD MENTAL	- DISCAPACIDAD	- CARIES DE NIÑOS	- MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO	- VIOLENCIA DE GÉNERO		
	HÁBITOS DE VIDA	- CONSUMO DE TABACO	- CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	- CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS	- OBESIDAD INFANTIL	+ ACTIVIDAD FÍSICA	+ FRACCIONES PROTECTORAS	+ CONDUCTA SOCIAL SEGURA					
	CURSO DE VIDA	- MORTALIDAD PERINATAL	- ALTERACIONES EN EL DESARROLLO INFANTIL	- SUICIDIO ADOLESCENTE	- EMBARAZO ADOLESCENTE	- MORTALIDAD POR ACCIDENTES DEL TRABAJO	- INCAPACIDAD LABORAL	+ ATENCIÓN DE MUJERES EN EDAD DE CLIMATERIO	- DISCAPACIDAD EN ADULTOS MAYORES				
	EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS	- INSTALAR EL ENFOQUE DE		EQUIDAD EN SALUD COMO RESPONSABILIDAD DE ESTADO BUSCANDO DISMINUIR LAS DESIGUALDADES INJUSTAS									
	MEDIO AMBIENTE	+ CONDICIONES AMBIENTALES	- INTOXICACIONES ALIMENTARIAS										
	INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD	+ INFORMACIÓN EN SALUD	+ INVESTIGACIÓN EN SALUD	+ PARTICIPACIÓN SOCIAL	+ INFRAESTRUCTURA	+ GESTIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	+ GESTIÓN FINANCIERA	+ REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD-RIESGOS	+ COOPERACIÓN INTERNACIONAL				
	CALIDAD DE LA ATENCIÓN	+ SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD	+ CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS	+ SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS									
	EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS	+ RESPUESTA DEL SECTOR SALUD ANTE EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS											

RESULTADOS

3.1 Revisión de literatura

Para aproximarnos a comprender la complejidad de algunos ámbitos del sistema de salud chileno, revisamos un conjunto de documentos recientes que lo analizan desde la perspectiva de la infraestructura, recursos humanos y presupuesto. En este apartado se presenta la revisión realizada, consolidando las brechas y oportunidades en especial aquellas que podrían tener incidencia en la ENS. Documentos revisados:

1. Reflexiones para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional y regional. Subsecretaría de Salud Pública, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (2017).
2. Informe FONIS, Evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en las Secretarías Regionales de Salud de Chile, Universidad de La Frontera y Universidad de Chile (MINSAL, 2017)
3. Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición”, Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello, 2017.
4. Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud. Centro de Estudios Públicos Escuela de Salud Pública Universidad de Chile (2017).
5. Evaluación OCDE Sistema de Salud en Chile. OCDE (2017).
6. Análisis de diseño y estructura organizacional de las Secretarías Regionales Ministeriales como insumo para la definición de estándares de recursos humanos, 2016, versión II (MINSAL).
7. Planificación de recursos humanos de la salud en Chile: breve tránsito histórico de sus políticas públicas. Sebastián Villarroel. Medwave 2016 Nov; 16(10).
8. Análisis presupuestario en salud en el contexto de la desigualdad en Chile. Matías Goyenechea. Medwave. Año XI, No. 11, diciembre 2011.

9. Informe de implementación estrategia de Redes integradas de Servicios de Salud en el Sistema Público de Salud 2014-2017. Subsecretaría de Redes Asistenciales 2018.

En este apartado se presenta la revisión de los documentos realizada en el presente informe, poniendo atención a las brechas y oportunidades asociadas a la ENS.

3.1.1 “Reflexiones para el Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional y Regional” elaborado por la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Subsecretaría de Salud Pública, del Ministerio de Salud (2017).

Propósito: “Comprender el ejercicio de la Autoridad Sanitaria desde una óptica de quienes cumplen un rol en la institucionalidad”.

Objetivo general: “Analizar el ejercicio de las funciones y atribuciones de la Autoridad Sanitaria en virtud de los 10 años de la entrada en vigencia de la Ley 19.937, según lo correspondiente a los niveles centrales y territoriales considerados en la institucionalidad del Ministerio de Salud.

Objetivos específicos: “Caracterizar los principales factores críticos en el ejercicio de las funciones y atribuciones de la Autoridad Sanitaria, tanto a nivel central como el territorial: Evaluar y proponer modificaciones en los factores críticos del ejercicio de las funciones y atribuciones de la Autoridad Sanitaria, tanto a nivel central como territorial.

Metodología: exhaustiva recolección y análisis de opiniones, experiencias y propuestas de los distintos actores que desempeñan funciones relacionadas con la Autoridad Sanitaria, a nivel nacional y regional.

Resumen histórico: Fundación del Servicio Nacional de Salud en 1952, permite contar con redes asistenciales integradas y de amplia cobertura bajo la concepción de la salud como un derecho. En 1979 se genera la descentralización del Servicio Nacional de Salud, dando paso al Sistema Nacional de Servicios de Salud, en el que el Estado asume un rol subsidiario, se considera el derecho a la libre elección en la atención de salud (ISAPRES) y se pierde el concepto de salud colectiva. En la década de los 90 se recurre a asesorías técnicas y financiamiento internacional para fortalecer el Sistema y disminuir los efectos de la municipalización de la atención primaria y su debilitamiento. En este periodo se pasa de una lógica de financiamiento estatal a un esquema de seguro, a través de FONASA como caja pagadora. Las prestaciones de salud se organizan bajo



la forma de “planes” y se preparan listas de patologías prioritarias. Desde el punto de vista de la administración y gestión, se desarrollan los compromisos de gestión y compromisos de desempeño para la entrega de recursos. En el año 2000 tiene lugar la “Reforma a la salud”, cuyos más importantes ejes son la “Ley de Garantías Explícitas en Salud y la “Ley de Autoridad Sanitaria y Mejoramiento de la Gestión de en Salud” que implican una nueva forma de organización funcional con dos Subsecretarías (Salud Pública y Redes Asistenciales) dependientes del Ministro/a de Salud.

Brechas:

- ✓ Liderazgo y relación entre ambas Subsecretarías (Salud Pública y Redes), nivel central y local (Secretarías Regionales y Servicios de Salud).
- ✓ Autoridad Sanitaria en un plano de menor categoría y poder.
- ✓ Mandatos y roles políticos vs mandatos técnicos, pugna, contradicciones, poca claridad.
- ✓ Roles “velar y supervigilar” poco claro su ámbito y poder, esto referido principalmente a la Autoridad Sanitaria y la Red.
- ✓ Los encargados regionales de la ENS no sienten que tengan jerarquía para supervisar las actividades e indicadores de la ENS en los distintos niveles que deben ejecutar dichas actividades, en especial si es en algún nivel de la Red y más aún si es en sectores distintos a salud, por ejemplo, en educación (distintos espacios según el indicador).
- ✓ La Estrategia tiene indicadores que dependen de la acción de otros sectores, sin que Salud tenga poder de intervención en ellos.
- ✓ Competencias y habilidades de los directivos/as.
- ✓ Doble dependencia del Secretario/a Regional de Subsecretaría e Intendencia.
- ✓ Articulación y coordinación entre Secretarías Regionales y Servicios de Salud, tanto niveles directivos como técnicos.
- ✓ Recursos humanos para cumplimiento del rol fiscalizador (profesionales).
- ✓ Infraestructura para cumplimiento rol fiscalizador (laboratorios).
- ✓ Política de recursos humanos: falta definir número de recursos humanos necesarios para cumplir todas las tareas (faltan profesionales en muchas áreas); definir competencias técnicas claras para los cargos; establecer proceso justo de mejora de grados y remuneraciones (arbitrariedades). No se cuenta con un proceso continuo de capacitación.



- ✓ Criterios de inversiones y presupuestos regionales poco claros y definidos en nivel central.
- ✓ Las contingencias y emergencias re-direccionan permanentemente funciones y presupuestos impidiendo la continuidad y cumplimiento cabal de las tareas.

Oportunidades

- ✓ Recursos humanos capacitados.
- ✓ Reglamentos y normativas disponibles.
- ✓ Estudios y análisis del Sistema de Salud realizados.
- ✓ Instancias de coordinación establecidas.
- ✓ Plan de Salud orientador y sus evaluaciones para mejoras.

3.1.2 “Evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública en las Secretarías Regionales de Salud de Chile”. Informe FONIS, Universidad de La Frontera y Universidad de Chile (SA14ID0042), 2016-2017.

Propósito: Adaptar el instrumento OPS de las funciones esenciales de salud pública para evaluar el cumplimiento de dichas funciones a nivel de la Autoridad Sanitaria Regional.

Objetivos: Adaptar el instrumento de medición, validar el instrumento y aplicarlo en dos regiones.

Metodología: Los investigadores revisaron y adaptaron el instrumento y lo aplicaron en un piloto.

Conclusión: El instrumento es capaz de detectar fortalezas y debilidades del sistema y permite priorizar acciones y asignar presupuestos, por lo que podría y debería ser aplicado en todas las Regiones.

Introducción: La evaluación de las funciones esenciales de la salud pública es una forma estandarizada de evaluar el desempeño de las autoridades sanitarias responsables de la salud colectiva. En su calidad de autoridad sanitaria, a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) les corresponde por Ley: 1) Efectuar la fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario, para lo cual cuenta con las atribuciones de vigilancia, inspección y aplicación de sanciones; 2) Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud y adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región; 3) Ejecutar las acciones que correspondan para la protección de la salud de

la población; 4) Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial; 5) Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas; 6) Cumplir las acciones de fiscalización y acreditación que señalen la ley y los reglamentos; 7) Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos; 8) Organizar y apoyar el funcionamiento de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez; 9) Las demás que establezcan las leyes y reglamentos.

Respecto de este Estudio, las brechas y oportunidades se establecerán en base al piloto de aplicación regional (aplicado en las regiones de la Araucanía Maule y Coquimbo). Es relevante acotar que, aunque las regiones coinciden en algunos aspectos, es muy relevante el análisis regional y desagrupado de cada ámbito y de cada uno de sus indicadores, para obtener un diagnóstico más acertado y enfrentar las brechas y oportunidades en forma específica.

En este resumen destacamos los factores más reiterados en todos los grupos, curiosamente el ámbito “Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública”, las 3 regiones evaluadas tengan puntajes bajos en todos sus indicadores, siendo ésta una función muy esencial de la Autoridad Sanitaria Regional.

Es de alto interés contar con un estudio como el ya realizado en 3 regiones, en todas las regiones.

Brechas: Las funciones peor evaluadas fueron:

- ✓ Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud, lo que es muy preocupante por ser una función emblemática de las SEREMIS.
- ✓ Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, probablemente mal evaluada porque las SEREMIS sienten que es tarea de las Redes Asistenciales.
- ✓ Investigación en salud pública es mal evaluado porque las Regiones no manejan presupuesto para definir esto en su nivel.
- ✓ La autoridad sanitaria regional tiene pocas atribuciones para asesorar a los niveles locales de salud. Muchos indicadores relacionados con los servicios de salud, los equipos de la Autoridad Sanitaria, no los sienten suyos.

- ✓ Se requieren más competencias en el análisis de situación de salud, así como sistemas de reconocimiento de desempeño. Se requieren más recursos humanos.
- ✓ El desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública, probablemente porque esto se realiza a nivel central y las regiones se sienten sin injerencia en ello. Este ámbito es el más relacionado con la Estrategia Nacional de Salud por lo que pondremos más foco en estos indicadores y sus resultados:
 - a) Selección de objetivos regionales concordantes con la estrategia nacional de salud y la definición de objetivos regionales de salud adicionales a la estrategia nacional de salud.
 - b) La Autoridad Sanitaria Regional evalúa el logro de los objetivos sanitarios regionales.
 - c) Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública.
 - d) Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles locales para el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública.

El primer indicador aparece satisfactorio, pero el resto muy mal evaluados, lo que es preocupante. Si bien las SEREMIS no tienen función de desarrollo de políticas, sí tienen la responsabilidad de planificar y gestionar la salud pública en el territorio. En ese mismo sentido los gestores regionales no tienen relación con sus representantes políticos, por ejemplo, parlamentarios.

Oportunidades: las funciones mejor evaluadas fueron:

- ✓ Abordaje de los determinantes sociales y promoción de la salud
- ✓ Participación Ciudadana en Salud
- ✓ Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud
- ✓ Función de vigilancia bien evaluada en general, aunque se detecta falta de recursos humanos.
- ✓ Existen guías e instrumentos para medir y evaluar el estado de salud de la población, estas guías tienen oportunidades de mejora incentivando un desarrollado a nivel local.
- ✓ Existe coordinación intersectorial, pero debería fortalecerse.
- ✓ Necesidad de realizar abordajes técnicos compartidos entre las SEREMIS y los Servicios de Salud, a fin de mejorar la gestión territorial de la salud.
- ✓ Excelente disposición de los equipos a ser parte de este tipo de evaluaciones y análisis. Además, contribuyen a darse cuenta de acciones no complejas de implementar.

- ✓ Promover la opinión de los gestores locales (regionales) en la definición de los planes de salud pública.
- ✓ Existen competencias técnicas y liderazgo a nivel regional, la cuestión es delegar desde el nivel central.
- ✓ Fortalecer la participación ciudadana vinculante.
- ✓ A la normativa existente puede dársele pertinencia regional y local.

3.1.3 “Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición.” Instituto de Salud Pública (ISPAB), Universidad Andrés Bello, 2017.

Propósito: realizar un análisis sistemático de las propuestas de Reforma que actualmente forman parte de la discusión pública, utilizando como referencia marcos teóricos que permitirán identificar cuán cerca están de la lógica de un sistema de salud.

Objetivo general: contribuir a un diagnóstico de salud pública en Chile y la definición de un conjunto de desafíos sanitarios, con el fin de encontrar los fundamentos de una nueva estrategia sanitaria.

Objetivos específicos: no define.

Metodología: no se especifica totalmente, pero se hace referencia a la amplia experiencia de ISPAB, para realizar este estudio crítico de las propuestas existentes entre los años 2010 y 2014.

Contenidos principales: El Sistema de Salud chileno ha vivido numerosos procesos de reforma desde principios de la década de los '80 a la fecha: 1) La Reforma de los '80 del gobierno militar reorganiza el SNS y el SERMENA, crea el SNSS, FONASA, el actual MINSAL, municipaliza la APS y crea las ISAPRES; 2) La Reforma financiera de la década de los '90 que culmina en la reforma de FONASA, tiene como eje fundamental la creación de un sólido y moderno seguro público; 3) La Reforma AUGE que incorpora el concepto de garantías explícitas en salud a un conjunto priorizado de problemas de salud.

El antiguo Servicio Nacional de Salud (actual Sistema Nacional de Servicios de Salud) definió un conjunto de objetivos sanitarios, reorganizó el sistema público de salud para impulsar acciones de atención de salud tales como el control del embarazo y la pesquisa de riesgos obstétricos, la atención profesional del parto, el control del niño sano, la vacunación contra enfermedades infectocontagiosas, entre otras, anteponiendo las funciones a la estructura. Por otra parte, estableció un conjunto de alianzas intersectoriales estratégicas para cumplir los objetivos planteados. Esa

lógica se perdió en el tiempo, y la estructura quedó como un fin en sí mismo, perdiéndose el fin funcional y la intersectorialidad.

La Reforma del 2005 logró un importante consenso social y político en torno a la problemática de salud vigente: listas de espera en el sector público y desregulación de planes de salud en el sector privado. Además, logró acuerdos en la forma de enfrentar estos problemas. A través del plan AUGE se reorganiza el sistema público y se realizan ajustes al sistema privado.

El documento incluye una extensa revisión de un marco teórico para proceder a hacer una comparación de distintas propuestas. No abordaremos ni el marco teórico ni las propuestas, por ir más allá del ámbito de la licitación, excepto en lo que tiene relación con la ENS, aunque vale la pena destacar que este documento casi no hace referencia a la ENS, incluso hace énfasis en que Chile no cuenta con objetivos de salud, y es muy crítico de todo lo realizado en salud en los últimos 10 años.

Finalmente, esta revisión sugiere que cualquiera sea la reforma que se plantee, no puede implicar “borrón y cuenta nueva” sobre los avances alcanzados debido a que el sistema de salud chileno ha sido un modelo exitoso, no obstante, perfectible.

Brechas:

- ✓ Carencia de una estrategia de salud que defina objetivos, y que permita un ordenamiento financiero
- ✓ Falta de definición de acciones intersectoriales sostenibles en el tiempo, incluso en escenarios de cambios políticos.
- ✓ El Ministerio de Salud dejó de ser la “autoridad sanitaria”, en el sentido rector.
- ✓ Funcionamiento de 2 subsectores (subsecretarías) que funcionan con lógicas diferentes y dónde uno de ellos no ha contado con incentivos para comprometerse en la implementación de políticas de salud pública.
- ✓ Debilidad de los indicadores ENS, poco exigentes, especialmente en lo relativo a estilos de vida y a sobrepeso/obesidad. Instalado además en un sistema debilitado desde la salud pública y las redes.

Oportunidades

- ✓ Historia del Servicio Nacional de Salud y sus logros en materia de salud materno infantil principalmente.

- ✓ Avances logrados con la introducción del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) en el ámbito de los derechos de las personas al haber introducido el concepto que las personas tienen garantías, y en el cómo éstas se relacionan con los seguros y la oferta de servicios, estableciendo un conjunto de garantías iguales para el sistema público y el sistema privado.

3.1.4 “Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud”. Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile (2017).

Introducción: La red estatal de prestadores de salud no está funcionando satisfactoriamente. Es indispensable repensar su organización y operación. Las personas que desarrollaron este estudio tuvieron presente que era necesario llegar a acuerdos que pudiesen darle sustentabilidad a una reforma y que toda reforma de la prestación estatal de servicios de salud tiene que tener a los ciudadanos y pacientes como foco de sus acciones. Este estudio hace un sinnúmero de propuestas de muy alta relevancia, pero que no apuntan necesariamente a la ENS. Por lo que hemos resumido los hallazgos y conclusiones, pero hemos relevado aquellas relativas a la ENS. En muchos párrafos se transcribieron textualmente las conclusiones del estudio, por respeto a sus autores y para no generar interpretaciones erróneas.

Propósito: Este informe apunta a mejorar la calidad y equidad en la entrega de servicios de salud por parte de los prestadores estatales. La herramienta principal es la entrega de una atención integral coordinada y continua, es decir, donde los diferentes componentes y niveles de atención se articulan para que no se generen desencuentros que perjudiquen al paciente. Este reporte reconoce que la forma en que está organizado el sistema estatal de prestadores de salud no es el más apropiado y que requiere cambios importantes, independientemente de sus disponibilidades presupuestarias, para asegurar la mejor atención posible. Ese fue el foco de esta propuesta.

Metodología: La elaboración se dividió en etapas: a) diagnóstico y lineamientos iniciales; b) trabajo en tres ámbitos: rectoría/gobernanza (organización de las instituciones), financiamiento y modelo de atención; c) propuesta integral.

Diagnóstico/Brechas: El diagnóstico se resume en que aquellos que indican sentirse desprotegidos, señalan como principales causas la calidad del sistema, la atención del personal, largos tiempos de espera para cirugías

y la dificultad para atenderse por especialistas. Por otra parte, la Estrategia Nacional de Salud no está cumpliendo con precisión dicho fin, debido a que se ha traducido en el seguimiento de más de quinientos indicadores sin un propósito definido, aunque hay que reconocer que sus planteamientos centrales siguen siendo una importante guía. A la ENS le falta trazabilidad del paciente a través del sistema, es decir integración de los distintos niveles.

Al revisar los objetivos centrales de dicha estrategia, que se traducen en nueve objetivos estratégicos sanitarios se aprecian ciertos énfasis claros, como la relevancia del cuidado integral del paciente, a través de su ciclo vital, abordando los factores de riesgo y el medio ambiente, así como la calidad y equidad de la salud. Ello requiere poder seguir al paciente en el sistema y en el tiempo (trazabilidad), y realizar un trabajo de planificación e inteligencia sanitaria, para entender sus necesidades y adaptar los servicios a cada grupo objetivo.

Se destacan dos conceptos relevantes: coordinación asistencial y continuidad de la atención. El primero se entiende como la capacidad de los servicios de salud para ofrecer una atención en la cual los diferentes componentes y niveles de atención se articulan para que no se generen desencuentros que perjudiquen al paciente. Ello implica una respuesta de organización de servicios de salud en grados crecientes de capacidad resolutive, para resolver la mayor parte de los problemas de salud de las personas en su entorno más próximo. La continuidad de la atención se entiende como la percepción que se genera en el usuario, a partir de su experiencia acumulada de navegación en los diferentes niveles y establecimientos de la red de salud. Ambos conceptos están imbricados, puesto que una adecuada coordinación, debiera articular apropiadamente a los prestadores de servicios de salud para generar en el usuario la percepción de continuidad de atención.

La evidencia indica que, más que la integración administrativa o institucional, importa la integración clínica y a nivel de servicios, que se enfoca en cómo el cuidado puede ser mejor provisto alrededor de las necesidades de los individuos, especialmente cuando está siendo entregado por diferentes profesionales y organizaciones. Más aún, se concluye que la integración no es necesaria para todos los servicios o formas de cuidado, sino que debe ser enfocada en aquellos que se benefician más de ésta. Por tanto, para identificar las áreas donde la integración es necesaria se debe analizar dónde la falta de coordinación en el cuidado lleva a un impacto adverso en los resultados y experiencias de cuidado de una persona.



Propuestas de mejora por ámbito/Oportunidades:

Rectoría y gobernanza: Se aspira a que el foco esté en los usuarios; se propone la creación de una Dirección Nacional de Salud independiente del Ministerio de Salud (MINSAL), organización técnica cuyo director debe ser elegido por sistema de alta dirección pública, que monitoree el desempeño de los prestadores estatales. Además, se propone crear unas Organizaciones Locales de Salud (OLS), entidades coordinadoras de la red estatal de prestadores de salud. Se propone que los establecimientos que hoy están en manos del MINSAL y aquellos de envergadura y capacidad suficiente que pertenecen a los Servicios de Salud, transiten hacia su conversión en corporaciones/empresas públicas, aunque sigan perteneciendo a la red y reciban financiamiento acorde con ello. Por último, también se plantea la necesidad de fortalecer el rol de Fonasa como asegurador que vela porque sus beneficiarios reciban atención oportuna y de la mejor calidad posible.

Financiamiento: Se propone Fonasa como único financiador de prestaciones (unificar las vías de recepción de recursos). Asimismo, se propone que Fonasa financie un paquete de servicios para toda la población a cargo de una determinada OLS, mediante pagos por persona a dichas entidades. Las decisiones relativas a la inversión en nueva infraestructura, se sugiere que estén alojadas en la Dirección Nacional de Salud. Para la atención primaria se sugiere un pago per cápita ajustado por riesgo con datos individuales y que incluya índices de morbilidad. En cuanto a la atención hospitalaria, se propone un mayor uso de pago por Grupos Relacionados de Diagnóstico en atención hospitalaria, de alrededor de un 70-80% del total del presupuesto hospitalario, requiriéndose mantener una porción de presupuesto basal, para efectos de financiar investigación y docencia.

Modelo de atención: Se plantean 3 aspectos, la alfabetización funcional en salud de los usuarios (consejería y material educativo), los sistemas de información (digitalización de la información y compartir información en red) y el rediseño y reorganización de las funciones y roles en el centro de salud (delegación de tareas en base a competencias para la atención primaria de salud, generación de un mayor grado de competencias específicas, por ejemplo tareas médicas delegadas a un profesional de la salud con un grado educativo y entrenamiento).

3.1.5 “Evaluación del Sistema de Salud en Chile”. OCDE (2017)

Propósito: realizar un informe de síntesis de aspectos relativos a la salud pública en Chile y elaborar recomendaciones para mejorarla.

Objetivo general: Describir los principales problemas de la salud pública en Chile.

Objetivos específicos: los objetivos específicos del informe están alineados con las principales temáticas abordadas, a saber: obesidad y cáncer.

Metodología: Análisis teórico de los principales lineamientos y necesidades de la salud pública en Chile, integrando el diálogo con los estándares de países OCDE. Desarrollo de propuestas de intervención y lineamientos acordes a las necesidades del país y de los estándares internacionales.

Contenidos principales: el informe abarca una descripción general del Sistema de Salud Pública en Chile, pasando por los principales indicadores que forman parte de la evaluación y posteriores recomendaciones (alcohol, tabaco, obesidad, esperanza de vida y carga de enfermedades no transmisibles). Se aprecia que Chile tiene un sistema de salud pública robusto, pero que debería dar debida atención a todos los riesgos de salud, considerando los ambiciosos esfuerzos en esta área, principalmente en lo que obesidad compromete. Además, indican la necesidad de un compromiso entre la sociedad civil y el sector privado, ya que en la actualidad es débil. Como tema emergente se introducen aspectos de medicina genética. Finalmente se expresan las necesidades de evaluar con mayor eficacia las políticas públicas, y medir los logros en ciertas esferas, por ejemplo, obesidad.

Brechas:

- ✓ Dificultades en acceso a ensayos de detección y diagnósticos en atención primaria.
- ✓ Barreras en la comunicación y promoción de iniciativas.
- ✓ Enfoques poco sistemáticos y personalizados.
- ✓ Falta de coherencia e integración de la Estrategia Nacional de Salud.
- ✓ Carencia de rigurosidad en la rentabilidad de ciertas prácticas clínicas.
- ✓ Calidad y estándares mínimos.
- ✓ Alfabetización de salud entre profesionales de la salud y el público.
- ✓ Tensión en el sistema de salud a partir de ciertos indicadores: tasa de fumadores, consumo de alcohol, mortalidad por cáncer y obesidad.

- ✓ Vigilancia epidemiológica y rigurosidad en la evaluación.
- ✓ Estrategias de costos y gobernanza de la información.
- ✓ Liderazgo del Gobierno y Ministerio de Salud.
- ✓ Integración de otros actores al contexto de la salud pública, principalmente actores privados.
- ✓ Compromiso entre sociedad civil y sector privado.

Oportunidades:

- ✓ Apuntar a las generaciones más jóvenes.
- ✓ Comprometer a instituciones privadas para alinearse con objetivos de salud pública.
- ✓ Mejoras comparables a las de otros países OCDE, a nivel de salud de la población.
- ✓ Sistema de salud y arquitectura de la salud pública en buen funcionamiento, organizado y gobernado de forma efectiva.
- ✓ Integrar las ambiciosas propuestas en torno a obesidad.
- ✓ Prestar atención a detalles en la implementación de políticas de salud pública.

3.1.6 “Análisis de diseño y estructura organizacional de las Secretarías Regionales Ministeriales como insumo para la definición de estándares de recursos humanos.” MINSAL, DIPLAS, DENS, 2017

Propósito: Realizar un informe que dé cuenta de los principales hallazgos del proceso de identificación y caracterización de los recursos humanos (RRHH) presentes en las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIs), con el fin de estandarizar un nivel de capacidades que permita cumplir con su rol.

Objetivo general: Determinar la estructura y el diseño organizacional de las SEREMIs en el marco de sus funciones como Autoridad Sanitaria.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la dotación actual de RRHH de las SEREMIs en el marco de sus funciones como Autoridad Sanitaria.
2. Describir la distribución de calificación y competencias en la dotación de RRHH de las SEREMIs en el marco de sus funciones como Autoridad Sanitaria.
3. Identificar los componentes comunes y no comunes de la estructura organizacional de las SEREMIs.

Metodología: Estudio descriptivo de diseño transversal, con fecha de corte 30 de junio de 2017. A partir de una matriz (planilla) se obtuvo información de las 15 SEREMIs del país, cuyas variables de análisis fueron extraídas del Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH), siendo las siguientes: SEREMI, Oficina o Delegación Provincial, Departamento, Subdepartamento, Unidad, Función Principal, Programa, Ocupación y Posgrado.

Contenidos principales: El informe es parte de la segunda fase de un plan de trabajo de la Subsecretaría de Salud Pública, liderado por la División de Planificación Sanitaria, con el fin de mitigar las asimetrías en dotación y capacidades entre las SEREMIs del país. Comprende un análisis a la estructura organizacional de éstas, con el fin de establecer diferencias y similitudes en su estructura funcional, con miras a su estandarización.

Se define el contexto de origen y desarrollo de las SEREMIs, así como sus criterios de implementación, orientados a desconcentrar territorialmente al Ministerio de Salud, teniendo una dependencia técnica y administrativa de éste, más trabajando directamente con el Intendente, aun cuando su superior jerárquico es el Subsecretario de Salud Pública. Establece las brechas en dotación y competencias entre las SEREMIs, explicadas por su conformación desigual e inequitativa. Adicionalmente, observa las notables diferencias en resultados de salud entre regiones obtenidos gracias a los datos reportados en los Diagnósticos Regionales con enfoque de Determinantes Sociales de Salud, aproximación que se espera posea la Autoridad Sanitaria como ejecutor de las Funciones Esenciales de Salud Pública en la región. Desde una perspectiva organizacional, se establece que las SEREMIs son organizaciones tipo Burocracia Mecánica, estructura altamente especializada con tareas y procedimientos administrativos altamente formalizados, donde el mecanismo coordinador es la estandarización y normalización de los procesos de trabajo y control.

Brechas:

- ✓ Bajos niveles de formación de posgrado (4,2%) para aquellos funcionarios que ejercían labores en Salud Pública
- ✓ Asimetrías en focalización de dotaciones, más orientadas a labores de fiscalización y evaluación (Acción Sanitaria, 37,1%; COMPIN, 20,2%), y Administración y Finanzas (12,4%), que a Salud Pública y Planificación Sanitaria (12%) y Promoción de Salud (0,5%).
- ✓ Diferencias en las dinámicas operacionales de las SEREMIs desde la perspectiva de la ubicación de ciertos Departamentos, encontrando algunos dispuestos mayoritariamente a nivel provincial (Acción Sanitaria y Salud Pública y Planificación

Sanitaria), y otros a nivel regional (Laboratorio Ambiental y Asesoría Jurídica).

- ✓ Variabilidad en la nomenclatura y dependencia de distintos Departamentos, Subdepartamentos y Unidades (especialmente en Biobío y Araucanía).
- ✓ Los departamentos de Auditoría, Emergencia y Desastres, Jurídico, Planificación Estratégica, Gestión e Inversiones, y Planificación y Control no cuentan con la función Profesional Asesor o Analista y/o Administrativo.
- ✓ Variabilidad en el número de programas que poseen las SEREMIs, desde el caso de Biobío (N=43) a Los Lagos (N=12).

Oportunidades:

- ✓ Se encontraron Unidades únicas, solo reportadas por una SEREMI, dando más eficiencia a procesos intermedios asociados a determinantes sociales y ambientales particulares a cada territorio, sin por ello minar su capacidad para dar cumplimiento a su Rol de Autoridad Sanitaria y ejercer así una labor de Rectoría en el desempeño de las FESP.
- ✓ Estudiar la priorización de funcionarios en las SEREMIs con el fin de observar si responde a las Determinantes Sociales de la Salud descritas en los Diagnósticos Regionales, y así responder a macrozonas, y no a un estándar nacional.
- ✓ Estudiar cualitativamente la heterogeneidad de la estructura funcional de estos organismos con el fin caracterizar y comprender sus causas, a fin de optimizar la distribución de sus recursos humanos.
- ✓ Fundamenta la generación de insumos para construir el Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Chile.

3.1.7 “Planificación de recursos humanos de la salud en Chile: breve tránsito histórico de sus políticas públicas.” Sebastián Villarroel¹.

Propósito: Describir el tránsito histórico de la planificación de recursos humanos en salud de Chile en el contexto latinoamericano.

Metodología: Se realizó un análisis desde sus orígenes hasta la actualidad, enfatizando el relato de hechos y procesos que vinculan el desarrollo de la institucionalidad chilena con otros países y organizaciones supranacionales.

Contenidos: La organización de los sistemas sanitarios descansa en gran medida en los trabajadores de salud y sus capacidades. Pese a la enorme

¹ Medwave 2016 Nov; 16(10). doi: 10.5867/medwave.2016.10.66011

cantidad de documentos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud, los términos trabajadores de la salud, personal sanitario o recursos humanos en salud se usan indistintamente. Actualmente, la figura más comúnmente utilizada es recursos humanos en salud. Desde 1967 empieza a posicionarse la planificación de recursos humanos en salud, que se podía entender en términos simples como el diagnóstico de la cantidad, calidad y desarrollo de los recursos humanos. En Chile, el primer esfuerzo planificador de recursos humanos en salud fue la creación de la figura del Médico General de Zona, hecho pionero enmarcado como política de salud rural.

Luego del retorno a la democracia en Chile, el sector público de salud presentaba déficit de profesionales, falencias en capacitación y bajas remuneraciones por lo que se hicieron necesarias nuevas políticas de recursos humanos, sin embargo su consideración efectiva en las reformas sanitarias iniciadas sería secundaria por lo que se perpetuó un problema que hasta el día de hoy se arrastra e impacta en especial el rol de la Autoridad Sanitaria Regional.

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 propone seis grandes lineamientos para lograr los objetivos establecidos en recursos humanos en salud: 1) elaborar políticas públicas; 2) establecer una dotación adecuada; 3) generar las competencias adecuadas; 4) establecer condiciones laborales adecuadas, 5) fortalecer la formación médica; y 6) consolidar sistemas de información. Si bien esta declaración es útil, la traducción efectiva en cumplimiento de objetivos avanza en forma variable.

En Chile, la planificación de recursos humanos en salud muestra una consistencia irregular con los cambios institucionales del sector salud y no ha logrado traducirse en una herramienta efectiva dentro de las políticas públicas sanitarias del país a pesar de las nuevas herramientas tecnológicas de información y de gestión.

La concepción más instrumental y pragmática de la planificación de recursos humanos en salud como insumos parece ser útil para formar los "recursos humanos en salud que el país necesita". Sin embargo, tal declaración se aísla con frecuencia de la realidad institucional de Chile, ya que no sólo supone que los recursos humanos en salud necesarios puedan conocerse con anticipación, sino que además las diferentes condicionantes sociales, institucionales y personales se pondrían de acuerdo para ello.

Brechas

- ✓ Ha faltado una política sostenida y basada en necesidades de la cantidad y calificación de los recursos humanos que se requieren en el sistema (redes y autoridad sanitaria), a pesar de algunos esfuerzos realizados en tal sentido.
- ✓ Esto se refleja en la constante falta de recursos humanos en cantidad y calificación necesaria.
- ✓ Para la ENS esto tiene implicancias tanto por la gestión, que probablemente es compartida con otras funciones, como por la operatividad de las acciones que propone para el cumplimiento de sus metas en todos los niveles de atención. Esto afecta especialmente aquellas metas que requieren un sistema en red más eficiente, como las vinculadas a diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, etc.

Oportunidades

- ✓ Hoy existen herramientas tecnológicas que nos permiten levantar información cuantitativa al menos.
- ✓ Además, existen informes de distintos organismos internacionales que permiten definir mejor las necesidades y competencias de recursos humanos en los distintos niveles del sistema.
- ✓ En términos de la ENS, se cuenta con un eje estratégico de Institucionalidad del Sector Salud que incluye la Gestión del Personal de Salud y que aborda la dotación, las competencias y las condiciones laborales, por lo que, en la consecución del cumplimiento de este eje, existe una oportunidad de mejora progresiva y así ha sido, por ejemplo, en términos de pasar contratos a honorarios a formas más estables de trabajo, de definir funciones, de establecer brechas, de generar competencias, y otros.

3.1.8 “Análisis presupuestario en salud en el contexto de la desigualdad en Chile”. Matías Goyenechea².

Propósito: análisis y reflexión global de la situación presupuestaria en salud.

Metodología: revisión de datos FONASA y del presupuesto de la Nación, publicaciones previas y entrevistas.

Contenidos: La salud en Chile se financia por las cotizaciones obligatorias que realizan los trabajadores (7% del ingreso imponible), el gasto de bolsillo que realizan las personas (medicamentos y copagos) y el aporte fiscal (presupuesto país). La estimación de estos aportes ha mostrado que el aporte fiscal es de aprox. un 25% y el gasto de bolsillo corresponde a un 40% (Cid C. Financiamiento agregado de la Salud en Chile. Cuad Méd Soc 2011) lo que genere evidentes inequidades puesto que el gasto propio define los servicios que se reciben.

Por otra parte se analiza el presupuesto de salud en porcentaje del PIB; en Chile se destina un 3,41% del PIB para cubrir la salud de más de 13 millones de personas que se atienden en la red pública; las cotizaciones de los trabajadores alcanzan al 1,36%, mientras que el aporte fiscal es de un 2,05%. Esta misma situación mirada en la red privada muestra que en porcentaje del PIB es de un 4,4% para atender a una población de 2,8 millones de personas. Estas cifras son evidencian nuevamente un grave problema de desigualdad en nuestro sistema de salud.

La atención primaria de salud es el pilar de la salud pública en Chile; se financia por un monto fijo per cápita (por usuario inscrito) que claramente no cubre todas las necesidades de esa población y mantiene constantes brechas.

La atención hospitalaria por su parte se financia por el programa de prestaciones institucionales, que corresponde a montos históricos reajustables; y por el programa de prestaciones valoradas (incluye GES) que se paga por actos acordados. No es claro el mecanismo de intercambio entre ambos.

En Salud frecuentemente existe disparidad entre lo entregado por el presupuesto de la Nación y lo ejecutado, generando deudas muy difíciles de cerrar ya que esta situación se perpetúa año a año.

² Medwave. Año XI, No. 11, diciembre 2011. Open Access, Creative Commons. doi: 10.5867/medwave.2011.12.5271



El sistema público traspasa recursos al sector privado también, a través de en términos de la modalidad de libre elección y de convenios de provisión de prestaciones médicas. Los montos de traspaso por estas vías no son despreciables e implican un escape de recursos públicos evitable.

Brechas

- ✓ Presupuesto público de salud no se condice con las necesidades.
- ✓ No es posible pensar en acciones exitosas y cumplimiento de indicadores frente a presupuestos precarios.

Oportunidades

- ✓ Teniendo claras las necesidades se puede conseguir reajustes presupuestarios.
- ✓ Optimizando la gestión en salud e integrando mejor los niveles del sistema, se puede hacer un gasto más eficiente.
- ✓ Hay que pensar en acciones de salud más de índole poblacional y menos costosas, para abordar problemas masivos, y dejar las acciones individuales altamente costosas, para los grupos de muy alto riesgo. No se puede pretender aplicar la lógica de la salud materno infantil con 200.000 nacimientos, a problemas como el sobrepeso y la obesidad que afecta a casi 10.000.000.
- ✓ Así también hay que buscar formas de corregir las desigualdades profundas e injustas que se generan entre la salud privada y pública, a veces hasta financiadas por el mismo sector público para “corregir” sus déficits y que contribuyen a profundizarlas.

3.1.9 “Informe de implementación estrategia de Redes integradas de Servicios de Salud en el Sistema Público de Salud 2014-2017”. Subsecretaría de Redes Asistenciales 2018.

Propósito: presentar los elementos conceptuales y metodológicos del modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud y dar cuenta de las diversas estrategias implementadas desde el año 2014 al 2018 para avanzar en su integración.

Metodología: descripción del diseño, planificación y ejecución del Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud. Realizado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Contenidos: este documento aborda la fragmentación de la Red Asistencial, que conlleva ineficiencia y frustración para usuarios y funcionarios, y compromete los resultados sanitarios; y analiza el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud basado en un enfoque de derechos, en el modelo de salud familiar y en los determinantes sociales de la salud.

La propuesta de Redes Integradas se basa en el siguiente modelo OPS-OMS:



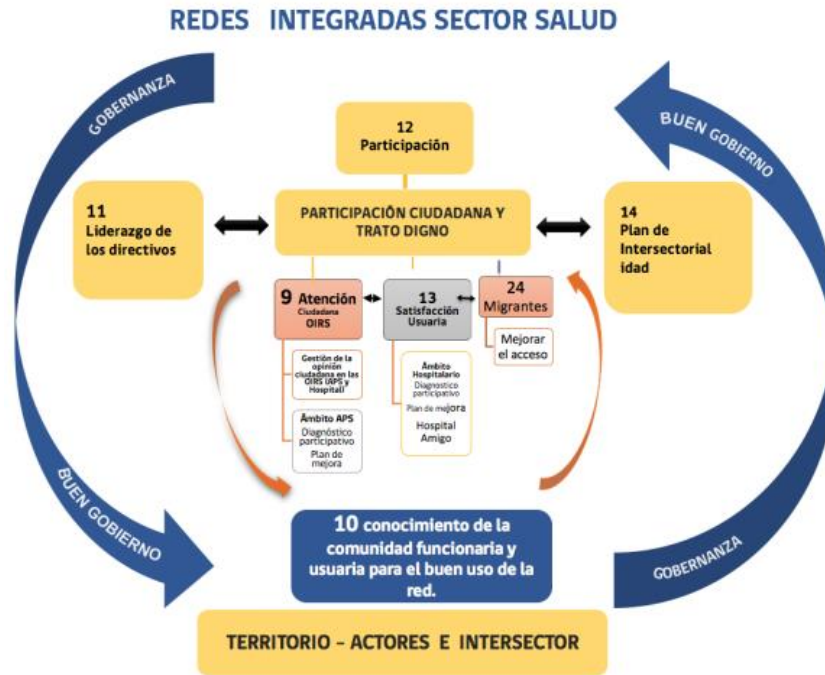
El desafío de este modelo de integración se relaciona con la continuidad de la atención y de los cuidados en salud, desde los programas de prevención y protección hasta aquellos de rehabilitación y reinserción en la vida cotidiana de las personas, con el nivel primario de atención al centro de la coordinación de su funcionamiento.

El Modelo se trabajó a través de la definición de objetivos, de la negociación de compromisos de gestión y de la conformación de mesas de seguimiento de estos compromisos.

Los objetivos concordados fueron: optimizar y garantizar el acceso a los servicios; mejorar la calidad técnica en la prestación de servicios; propiciar el uso racional y eficiente de los recursos disponibles y mejorar la baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios de salud recibidos.

Se realizaron jornadas de coordinación, planes de formación, convenios estratégicos de colaboración (con OPS por ej) y se desarrolló un Plan Institucional Anual que contiene las principales líneas de acción con sus objetivos, indicadores y metas.

El siguiente modelo conceptual refleja la aspiración del planteamiento que va desde el individuo al territorio y en el que salud aparece como un articulador del modelo, y un ejecutor en algunos de sus ámbitos:



El documento da cuenta de la evaluación del modelo y muestra la consolidación y validación del modelo integrado, por parte de los equipos de salud de los distintos niveles de atención, pero también las profundas brechas existentes.

Brechas

- ✓ Un modelo así necesariamente requiere una intensa gestión territorial de los actores de salud, salir del centro de salud, lo que hasta ahora ha sido muy difícil porque existir arraigados paradigmas y porque es un cambio profundo en la planificación de los tiempos asignados a la atención individual por intervenciones comunitarias.
- ✓ La matriz aplicada de calificación de desarrollo del modelo muestra brechas importantes en los ámbitos de: gobernanza y sistemas de información. Así también brechas moderadas en los ámbitos de recursos humanos y en el efectivo trabajo territorial y de coordinación multinivel.

El siguiente cuadro refleja las brechas que persisten:

AMBITO		ATRIBUTO	CALIFICACION	CALIFICACION MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO
1	MODELO ASISTENCIAL	1 Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que <u>determinan la oferta de servicios de salud.</u>	6	12	50,0%
		2 Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y <u>los servicios de salud pública.</u>	8	16	50,0%
		3 Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor <u>parte de las necesidades de salud de la población.</u>	6	12	50,0%
		4 Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	10	16	62,5%
		5 Mecanismos de coordinación asistencial	14	28	50,0%
		6 Tipo de cuidado centrado en la persona, la familia y la comunidad	4	12	33,3%
		TOTAL AMBITO 1		48	96
AMBITO		ATRIBUTO	CALIFICACION	CALIFICACION MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO
2	GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	7 Un sistema de gobernanza único para toda la red.	1	4	25,0%
		8 Participación social amplia	1	4	25,0%
		9 Atención intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud.	1	4	25,0%
		TOTAL AMBITO 2	3	12	25,0%
AMBITO		ATRIBUTO	CALIFICACION	CALIFICACION MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO
3	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	10 Gestión integrada	10	16	62,5%
		11 Recursos humanos suficientes y competentes	2	4	50,0%
		12 Sistema de Información	1	4	25,0%
		13 Gestión Basada en Resultados	2	4	50,0%
		TOTAL AMBITO 3	15	28	53,6%
AMBITO		ATRIBUTO	CALIFICACION	CALIFICACION MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO
4	ASIGNACIÓN E INCENTIVOS	14 Asignación de recursos financieros	8	12	66,7%
		15 Incentivos alineados con objetivos explícitos	7	8	87,5%
		TOTAL AMBITO 4	15	20	75,0%

Oportunidades

- ✓ Existe un ambicioso modelo de trabajo que establece un plan con acciones y metas desarrolladas participativamente con los equipos de salud de los distintos niveles y que permiten la posibilidad de mejora continua.
- ✓ La evaluación realizada muestra detalladamente las áreas que presentan brechas, lo que permite fortalecer el modelo en forma estratégica, y corregir los ámbitos que no han podido ser aplicados, lo que igualmente representa un desafío enorme puesto que estos ámbitos reflejan el arraigo a modelos antiguos, así como las brechas de recursos humanos (cantidad y competencias) y financieros.
- ✓ Este modelo bien instalado con seguridad permitiría la ejecución más cabal de la ENS y el cumplimiento de sus metas.

3.2 CONSOLIDADO DE BRECHAS Y OPORTUNIDADES

3.2.1 BRECHAS

Gestión, liderazgo e integración del sistema

- ✓ Insuficiente liderazgo y relacionamiento entre ambas Subsecretarías (Salud Pública y Redes), nivel central y local (Secretarías Regionales y Servicios de Salud).
- ✓ Autoridad Sanitaria en un plano de menor categoría y poder, versus Redes Asistenciales.
- ✓ Mandatos y roles políticos vs mandatos técnicos, pugnas y contradicciones, generan confusión y poca claridad en todos los niveles. Doble dependencia del Secretario/a Regional de Subsecretaría e Intendencia.
- ✓ Roles “velar y supervigilar” poco claro su ámbito y poder, esto referido principalmente a la Autoridad Sanitaria y la Red, quién es el responsable y qué poder de acción poseen en todos los niveles.
- ✓ Los encargados regionales de la ENS no sienten que tengan jerarquía para supervisar las actividades e indicadores de la ENS en los distintos niveles que deben ejecutar dichas actividades, en especial si es en algún nivel de la Red y más aún si es en sectores distintos a salud, por ejemplo, en educación.
- ✓ Articulación y coordinación entre Secretarías Regionales y Servicios de Salud, tanto niveles directivos como técnicos.
- ✓ La autoridad sanitaria regional tiene pocas atribuciones para asesorar a los niveles locales de salud.
- ✓ Falta desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública.
- ✓ Si bien las SEREMIs no tienen función de desarrollo de políticas, sí tienen la responsabilidad de planificar y gestionar la salud pública en el territorio. En ese mismo sentido los gestores regionales no tienen relación con sus representantes políticos, por ejemplo, parlamentarios.
- ✓ Funcionamiento de 2 subsectores (subsecretarías) que funcionan con lógicas diferentes y dónde uno de ellos no ha contado con incentivos para comprometerse en la implementación de políticas de salud pública.
- ✓ Falta coordinación asistencial y continuidad de la atención. El primero se entiende como la capacidad de los servicios de salud para ofrecer una atención en la cual los diferentes componentes y niveles de atención se articulan para que no se generen desencuentros que perjudiquen al paciente. Ello implica una

respuesta de organización de servicios de salud en grados crecientes de capacidad resolutive, para resolver la mayor parte de los problemas de salud de las personas en su entorno más próximo. La continuidad de la atención se entiende como la percepción que se genera en el usuario, a partir de su experiencia acumulada de navegación en los diferentes niveles y establecimientos de la red de salud. No existe una adecuada coordinación y articulación para generar en el usuario la percepción de continuidad de atención.

- ✓ La evidencia indica que, más que la integración administrativa o institucional, importa la integración clínica y a nivel de servicios, que se enfoca en cómo el cuidado puede ser mejor provisto alrededor de las necesidades de los individuos, especialmente cuando está siendo entregado por diferentes profesionales y organizaciones. Más aún, se concluye que la integración no es necesaria para todos los servicios o formas de cuidado, sino que debe ser enfocada en aquellos que se benefician más de ésta. Por tanto, para identificar las áreas donde la integración es necesaria se debe analizar dónde la falta de coordinación en el cuidado lleva a un impacto adverso en los resultados y experiencias de cuidado de una persona.
- ✓ Un modelo como el de la ENS necesariamente requiere una intensa gestión territorial de los actores de salud, salir del centro de salud, lo que hasta ahora ha sido difícil, porque subsisten paradigmas arraigados que alejan al sistema de salud de su entorno social adyacente, y porque es un cambio profundo en la planificación de los tiempos asignados a la atención individual por intervenciones comunitarias.
- ✓ La matriz aplicada de calificación de desarrollo del modelo muestra brechas importantes en los ámbitos de: gobernanza y sistemas de información. Así también brechas moderadas en los ámbitos de recursos humanos y en el efectivo trabajo territorial y de coordinación multinivel.

Recursos Humanos e Infraestructura

- ✓ Competencias y habilidades de los directivos/as.
- ✓ Faltan recursos humanos para cumplimiento del rol fiscalizador.
- ✓ Política de recursos humanos: falta definir número de recursos humanos necesarios para cumplir todas las tareas (faltan profesionales en muchas áreas); definir competencias técnicas claras para los cargos; establecer proceso justo de mejora de grados

y remuneraciones (arbitrariedades). No se cuenta con un proceso continuo de capacitación.

- ✓ Se requieren más competencias en el análisis de situación de salud, así como sistemas de reconocimiento al desempeño, El cuál debe ser coordinado desde el nivel central y realizado con cierta periodicidad.
- ✓ Bajos niveles de formación de posgrado (4,2%) para aquellos funcionarios que ejercían labores en Salud Pública.
- ✓ Asimetrías en focalización de dotaciones, más orientadas a labores de fiscalización y evaluación (Acción Sanitaria, 37,1%; COMPIN, 20,2%), y Administración y Finanzas (12,4%), que a Salud Pública y Planificación Sanitaria (12%) y Promoción de Salud (0,5%).
- ✓ Diferencias en las dinámicas operacionales de las SEREMIS desde la perspectiva de la ubicación de ciertos Departamentos, encontrando algunos dispuestos mayoritariamente a nivel provincial (Acción Sanitaria y Salud Pública y Planificación Sanitaria), y otros a nivel regional (Laboratorio Ambiental y Asesoría Jurídica).
- ✓ Variabilidad en la nomenclatura y dependencia de distintos Departamentos, Subdepartamentos y Unidades (especialmente en Biobío y Araucanía).
- ✓ Los departamentos de Auditoría, Emergencia y Desastres, Jurídico, Planificación Estratégica, Gestión e Inversiones, y Planificación y Control no cuentan con la función Profesional Asesor o Analista y/o Administrativo.
- ✓ Variabilidad en el número de programas que poseen las SEREMIs, desde el caso de Biobío (N=43) a Los Lagos (N=12).
- ✓ Ha faltado una política sostenida y basada en necesidades de la cantidad y calificación de los recursos humanos que se requieren en el sistema (redes y autoridad sanitaria), a pesar de algunos esfuerzos realizados en tal sentido. Esto se refleja en la constante falta de recursos humanos en cantidad y calificación necesaria.
- ✓ Para la ENS esto tiene implicancias tanto por la gestión, que probablemente es compartida con otras funciones, como por la operatividad de las acciones que propone para el cumplimiento de sus metas en todos los niveles de atención. Esto afecta especialmente aquellas metas que requieren un sistema en red más eficiente, como las vinculadas a diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, entre otras.
- ✓ Infraestructura para cumplimiento rol fiscalizador (laboratorios, insumos, tecnologías).

- ✓ Criterios de inversiones y presupuestos regionales poco claros y definidos en nivel central.

Aspectos específicos de la ENS

- ✓ La Estrategia tiene indicadores que dependen de la acción de otros sectores, sin que Salud tenga poder de intervención en ellos y sin que esos sectores hayan establecido su participación en el diseño ni en sus propios planes de acción.
- ✓ Las contingencias y emergencias redireccionan permanentemente funciones y presupuestos, impidiendo la continuidad y cumplimiento cabal de las tareas.
- ✓ Bajo nivel de monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud, preocupante en tanto es una función emblemática de las SEREMIs.
- ✓ Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, probablemente mal evaluada porque las SEREMIs sienten que es tarea de las Redes Asistenciales.
- ✓ Investigación en salud pública es mal evaluada, porque las Regiones no manejan presupuesto para definir esto en su nivel.
- ✓ Gran cantidad de indicadores relacionados con los servicios de salud, los equipos de la Autoridad Sanitaria no los adscriben, sintiéndolos “ajenos”.
- ✓ Selección de objetivos regionales concordantes con la Estrategia Nacional de Salud y la definición de objetivos regionales de salud adicionales a la Estrategia Nacional de Salud.
- ✓ La Autoridad Sanitaria Regional evalúa el logro de los objetivos sanitarios regionales, pero no participa en su diseño.
- ✓ Asesoramiento y apoyo técnico a los niveles locales para el desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública con pertinencia local.
- ✓ Falta de coherencia entre estrategia de salud y presupuesto financiero.
- ✓ Falta de definición de acciones intersectoriales sostenibles en el tiempo, especialmente en escenarios de cambio político.
- ✓ Debilidad de los indicadores ENS, poco exigentes, especialmente en lo relativo a estilos de vida y a sobrepeso/obesidad.
- ✓ La Estrategia Nacional de Salud se ha traducido en el seguimiento de más de quinientos indicadores sin un propósito definido, aunque hay que reconocer que sus planteamientos centrales siguen siendo una importante guía.

- ✓ A la ENS le falta trazabilidad del paciente a través del sistema, es decir integración de los distintos niveles, poder seguir al paciente en el tiempo, y realizar un trabajo de planificación e inteligencia sanitaria, para entender sus necesidades y adaptar los servicios a cada grupo objetivo.
- ✓ Dificultades en acceso a ensayos de detección y diagnósticos en atención primaria vinculados a ejes estratégicos de la ENS.
- ✓ Barreras en la comunicación y promoción de iniciativas para incorporar a la ENS.
- ✓ Falta de coherencia e integración de la Estrategia Nacional de Salud.
- ✓ Tensión en el sistema de salud a partir de ciertos indicadores: tasa de fumadores, consumo de alcohol, mortalidad por cáncer y obesidad que dependen más de los entornos y de otros sectores, que de acciones de salud directamente.
- ✓ Presupuesto público de salud no se condice con las necesidades. No es posible pensar en acciones exitosas y cumplimiento de indicadores frente a presupuestos precarios.

3.2.2 OPORTUNIDADES

Gestión, liderazgo, integración del sistema:

- ✓ Reglamentos y normativas disponibles. Existen guías e instrumentos para medir y evaluar el estado de salud de la población, estas guías tienen oportunidades de mejora incentivando un desarrollado a nivel local.
- ✓ Estudios y análisis del Sistema de Salud realizados.
- ✓ Instancias de coordinación interna establecidas.
- ✓ Existe coordinación intersectorial por lo que hay oportunidad de fortalecimiento sobre una base común.
- ✓ Se realizan ciertos abordajes técnicos compartidos entre las SEREMIs y los Servicios de Salud, si esto se expande se podría mejorar la gestión territorial de salud.
- ✓ Existen visiones de los gestores locales (regionales) respecto de los planes de salud pública, si se crean instancias de participación activa se podrá contar con una respuesta satisfactoria.
- ✓ Optimizando la gestión en salud e integrando mejor los niveles del sistema, se puede hacer un gasto más eficiente.

Recursos Humanos e Infraestructura

- ✓ Recursos humanos capacitados.
- ✓ Excelente disposición de los equipos.
- ✓ Existen competencias técnicas y liderazgo a nivel regional en ciertas áreas, la cuestión es delegar desde el nivel central.
- ✓ Sistema de salud y arquitectura de la salud pública en buen funcionamiento, organizado y gobernado de forma efectiva.
- ✓ Se encuentran unidades técnicas de dedicación exclusiva a ENS por lo que está demostrado que es posible, dando mayor consolidación al tema.
- ✓ Existen estudios cualitativos y cuantitativos respecto a la heterogeneidad de la estructura funcional de las SEREMIs, con lo que se puede optimizar la distribución de sus recursos humanos.
- ✓ Innovación en herramientas tecnológicas que permiten levantar información para hacer mejor las cosas, por ejemplo, basadas en la Ciencia de Datos, tales como el *Big Data*, Minería de Datos.
- ✓ Además, existen informes de distintos organismos internacionales que permiten definir mejor las necesidades y competencias de recursos humanos en los distintos niveles del sistema.
- ✓ Se tienen claras las necesidades, por lo que es posible conseguir reajustes presupuestarios para cubrir los ámbitos humanos y de infraestructura.
- ✓ En términos de la ENS, se cuenta con un eje estratégico de Institucionalidad del Sector Salud que incluye la Gestión del Personal de Salud y que aborda la dotación, las competencias y las condiciones laborales. Por ello, en la consecución del cumplimiento de este eje, existe una oportunidad de mejora progresiva, tal como se ha observado, por ejemplo, en términos de pasar personal en contratos a honorarios a formas más estables de trabajo, de definir funciones, de establecer brechas, de generar competencias, y otros.

Aspectos específicos de la ENS:

- ✓ Chile cuenta con un Plan de Salud orientador y sus evaluaciones para direccionar las mejoras.
- ✓ El modelo actual de salud se percibe en general, como bien instalado, ya que permite la ejecución de la ENS, aun cuando hay brechas en el cumplimiento de sus metas.
- ✓ Incluye aspectos estructurales como la equidad, los determinantes sociales, Salud en todas las políticas (HiAP) y la participación ciudadana.
- ✓ Se ha logrado reducir el impacto de las emergencias y desastres en salud.



- ✓ El Plan actual permitiría darle mayor pertinencia regional y local.
- ✓ La ENS tiene alcance hasta las actividades, por lo que hay una oportunidad de prestar más atención a detalles en la implementación, lo que permitiría mejorar los resultados si se analizan todas sus etapas.
- ✓ En la ENS hay espacio para incluir más acciones de salud de índole poblacional y menos costosas, para abordar problemas masivos, y dejar las acciones individuales altamente costosas, para los grupos de muy alto riesgo. No es posible ni deseable aplicar la lógica de la salud materno infantil con 200.000 nacimientos, a problemas como el sobrepeso y la obesidad que afecta a más de 10.000.000 de chilenos/as.

3.3 ANÁLISIS DE INDICADORES ENS TRAZADORES

3.3.1 INDICADOR SOBREPESO/OBESIDAD EN NIÑOS/AS MENORES DE 6 AÑOS

Descripción del indicador/meta

Disminuir o mantener el porcentaje de obesidad en niños/as pertenecientes a establecimientos del sistema público de salud, a partir del valor inicial de 9,6% = (número de niños y niñas con diagnóstico nutricional integrado de obesidad/ número de niños y niñas bajo control en el sistema público de salud) x100.

Introducción

Este indicador es parte del objetivo sanitario “mejorar la salud de la población” y del eje estratégico “hábitos de vida”. Este indicador además se relaciona con otros ejes estratégicos como el de enfermedades no transmisibles, ya que la obesidad constituye un importante factor de riesgo para cáncer, infarto y diabetes; así también interactúa con otros estilos de vida como sedentarismo, exacerbando su impacto, y mirado en su condición inversa (estado nutricional normal) constituye un factor protector. Así, por ejemplo, sabemos que una reducción de un 5% del peso ya constituye un resultado positivo individual.

Sin duda el eje estratégico de equidad y salud en todas las políticas tiene profunda relación con obesidad, puesto que esta condición es significativamente más frecuente en mujeres y en el nivel socioeconómico y cultural más bajo, aunque esta diferencia se empieza a notar en la adolescencia. Sabemos que la obesidad se instala precozmente en la infancia y se perpetúa en adolescencia y adultez (ciclo vital) casi irremediablemente, por lo que este indicador es un excelente trazador de resultados en esta línea de hábitos de vida, puesto que además es el resultado de dos hábitos de vida, una mala alimentación y la falta de práctica de actividad física (sedentarismo).

Es por otra parte un indicador indirecto de los entornos, puesto que aquello que más incide en la conducta alimentaria y de actividad física es el ambiente que rodea a las personas, y con esto se relaciona al eje de salud en todas las políticas, puesto que claramente para incidir en los entornos se requiere la concurrencia de políticas y programas de distintos sectores como educación, agricultura, pesca, producción y comercio, vivienda, obras públicas y desarrollo social por nombrar algunos; y obviamente la participación ciudadana como gestor del cambio del entorno comunitario.

Por último, si observamos el problema desde lo individual, sin duda que es necesario fortalecer el sistema de salud para dar una buena atención a aquellos que siendo obesos requieren y quieren una intervención para corregir el problema o para prevenir sus complicaciones. Aunque el indicador está focalizado en los niños más pequeños, donde primero se espera que incidan las políticas públicas en curso, todos los otros ejes contribuirán indirectamente al cumplimiento de éste.

Acciones que contribuyen al cumplimiento del indicador

El cumplimiento de la meta de este indicador se logra a través de:

- La promoción de 2 factores protectores:
 - lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida (meta 50% o más)
 - porcentaje de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal (meta 64% o más);
- La prevención de 2 factores de riesgo:
 - prevalencia de malnutrición por exceso entre los 12 meses y 24 meses de edad (bajar al menos un punto porcentual)
 - peso de nacimiento menor a 4000 gr (9% o más de los recién nacidos).

Detrás de estas metas están todas las acciones estructurales e individuales que contribuyen a su cumplimiento, tales como controles de salud de gestantes y niños/as menores de 6 años, consulta nutricional de 5to mes, de 3 años y medio, y de gestantes y niños/as con malnutrición por exceso, consejería en estilos de vida, Programa Vida Sana, Ley de Alimentos (etiquetado de advertencia, restricciones de publicidad, protección entorno escolar), Ley de Publicidad (más restricciones a publicidad, incluyendo sucedáneos de leche materna), Reforma Tributaria (impuesto bebidas azucaradas), Estrategia Municipios Saludables (entorno comunitario), Elige Vivir Sano (intersectorialidad, campañas comunicacionales), y Chile Crece Contigo (cuidados de los primeros 1000 días críticos de la vida), entre las más importantes.

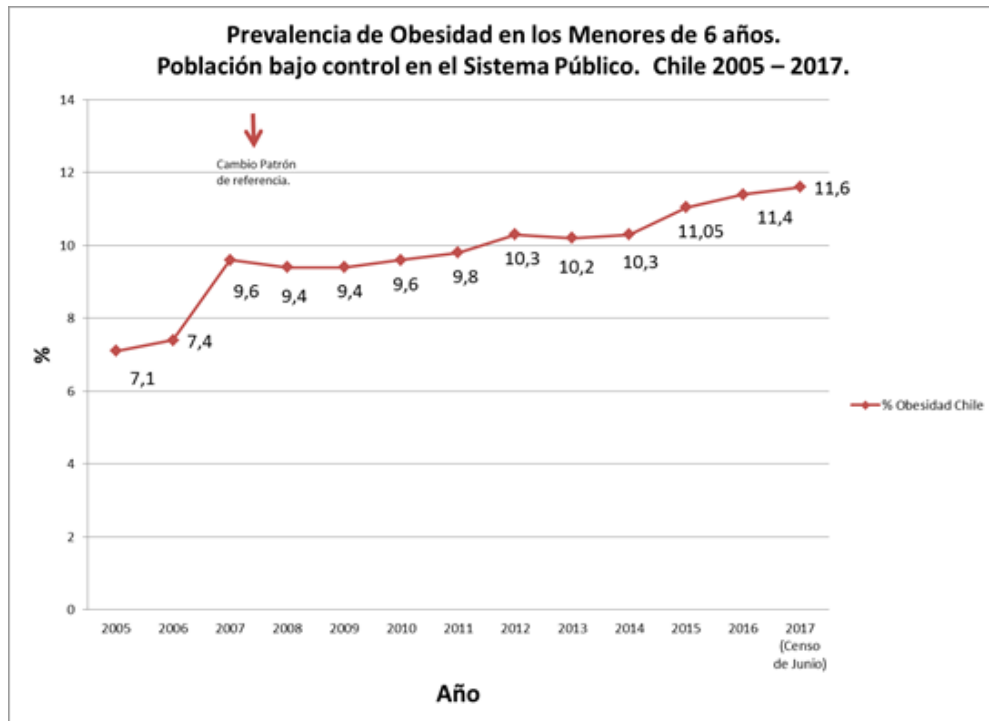
Seguimiento de la serie de resultados del indicador

Este indicador se construye en base a los datos de peso, talla, edad, sexo y diagnósticos nutricionales (Normas de Evaluación Nutricional Ministerio de Salud) de los niños y niñas menores de 6 años controlados en el Sistema Público de Salud (Atención Primaria de Salud). Estos datos se recogen dos veces al año (junio y diciembre) y se publican una vez revisados por la

SEREMI de Salud correspondiente, eventualmente el Servicio de Salud correspondiente, y el nivel central (Dpto. de Estadísticas y Dpto. de Alimentos y Nutrición). Las últimas cifras compartidas son las de junio de 2017 (diciembre 2017 aún no ha sido publicado).

En el análisis de la serie 2005-2017 (Figura N°1), se destaca que en 2007 se realizó una adecuación del patrón de comparación (“estándar de oro”) por recomendación de la OMS a todos los países y eso provocó un aumento más marcado que la tendencia que traíamos como país. Igualmente, se hizo el análisis sin el cambio de patrón y el valor que se obtenía era el mismo del año anterior (2006) por lo que no representa un aumento verdadero.

Figura N°1. Serie 2005-2017. Prevalencia de obesidad niños/niñas menores de 6 años controlados en el Sistema Público de Salud



Se observa que la tendencia ha sido lenta pero sostenida al aumento, sin embargo, el aumento entre dic 2016 y junio 2017 (informe meta H DIPRES junio 2017) corresponde a 0,07% mostrando una leve reducción en esta tendencia que previamente fue de 0,87% entre 2014 y 2015 y de 0,31% entre 2015 y 2016. Esta reducción de la velocidad de aumento debe

ser corroborada con los datos de diciembre 2017 y los datos 2018 para hablar de un freno real.

El informe de vigilancia completo con los datos del año 2016³ muestra que la obesidad infantil presentó un alza desde un 10,05% en el año 2015 a un 11,40% en el año 2016. Por otra parte, mostró que un 34,67% de los niños y niñas menores de 6 años bajo control en el sistema público de salud presentan malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso), cifra levemente superior al año anterior (34,2%). A nivel territorial, la prevalencia de obesidad es mayor en la zona sur del país observándose la mayor prevalencia en la región de Aysén (15,26%), Los Lagos (14,98%) y Los Ríos (13,95%). El Servicio de Salud que mayor aumento presentó fue Chiloé con casi 3 puntos porcentuales de diferencia. Desde el punto de vista de diferencias por edad, la obesidad va aumentando con la edad, así el grupo por ejemplo entre 18 meses y 23 meses tiene una prevalencia de obesidad de 9,9% y el de 60 meses a 71 meses de 15,65% (Figura N°2). No se encuentran diferencias por sexo en este grupo etario. En adultos en cambio las diferencias son marcadas, siendo mucho mayor en mujeres.

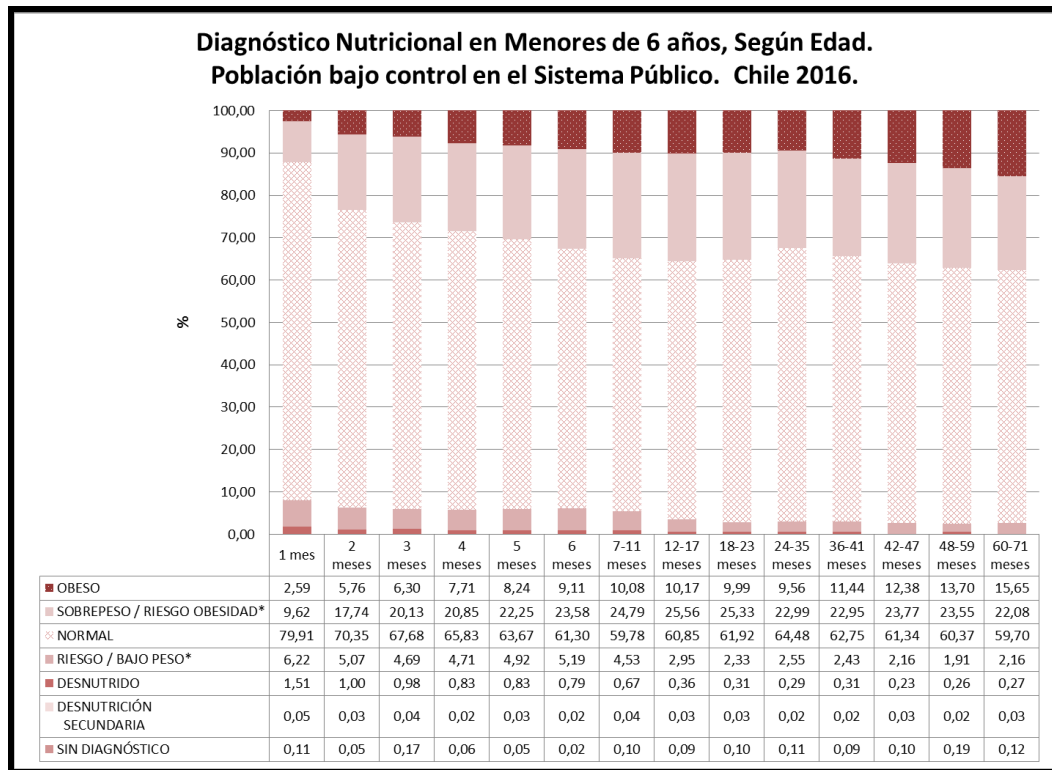
Estas diferencias geográficas y etarias son relevantes para las decisiones de desarrollo de estrategias más focalizadas, o con mayor pertinencia regional, por ejemplo, así como para seleccionar indicadores que permitan monitorear resultados de políticas y programas, porque se pueden establecer grupos de riesgo, o grupos donde primero se esperarían resultados, por ejemplo, probablemente algunos grupos etarios podrían ser más sensibles a los cambios: ¿Los más pequeños? Así también sería de interés al evaluar resultados conocer qué está pasando con las actividades y programas a nivel regional (implementación), porque puede haber diferencias relevantes de las cuales aprender (buenas prácticas) o a quienes se necesite apoyar o estudiar por qué los resultados no son satisfactorios, ahondando en las causas de ello. En el nivel regional pueden estar ocurriendo hechos que quedan escondidos tras los indicadores y que es interesante conocer.

Las diferencias geográficas también nos indican diferencias de entornos, por ejemplo, de disponibilidad y acceso a alimentos saludables, distintas culturas alimentarias, facilidades para la práctica de actividad física, zonas

³ Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/vigilancia-del-estado-nutricional-de-la-poblacion-bajo-control-y-de-la-lactancia-materna-en-el-sistema-publico-de-salud-de-chile/>

más seguras, mejor clima, más áreas verdes o zonas para la práctica de actividad física, zonas con regulaciones propias, entre otras.

Figura N°2. Diagnóstico nutricional niños/niñas menores de 6 años controlados en el Sistema Público de Salud, dividido por grupo etario, 2016.



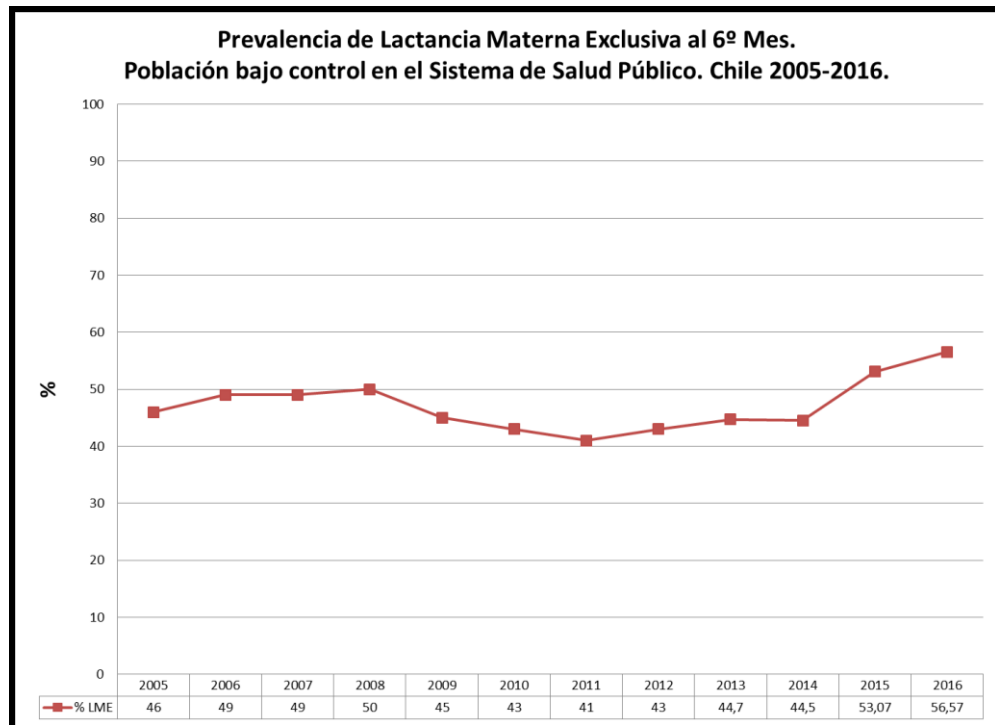
El informe de la ENS a mitad de periodo demostró que la prevalencia de obesidad de una cifra de 9,6% en el 2010, aumentó a 11,1% el 2015, estableciéndose un retroceso importante.

Entre los indicadores que tributan al indicador de obesidad, vale la pena destacar:

- Prevalencia de lactancia materna exclusiva al 6to mes: 56,57% y como se observa en la Figura N°3, este indicador ha continuado subiendo en la serie 2005-2016. Esto es atribuible a muchos años de una política sostenida de promoción de lactancia materna aplicada en todos los niveles de atención, así como al Sistema Chile Crece Contigo que protege especialmente a gestantes y niños pequeños, y a la implementación del postnatal extendido hasta casi

los 6 meses. Esto se espera sea reforzado por la entrada en vigencia de la Ley de Publicidad de Alimentos (20.869) y su reglamento, que prohíbe toda forma de publicidad de productos sucedáneos de leche materna. Esto además ha estimulado al cumplimiento del código OMS de comercialización de estos productos, que contiene una serie de recomendaciones para la protección de la lactancia materna, sólo algunas de las cuales quedaron recogidas en la citada Ley. Este indicador presenta diferencias entre los distintos Servicios de Salud, lo que muy probablemente se deba al distinto énfasis que cada equipo le entrega. Vale la pena destacar que este indicador está asociado a incentivos monetarios, por lo que los equipos realizan bastante esfuerzo para su cumplimiento.

Figura N°3. Prevalencia Lactancia Materna Exclusiva al 6to mes en niños y niñas controlados en el Sistema Público de Salud. 2005-2016.



- Porcentaje de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal en 2016 fue de un 62,09% y el año anterior 2015 fue de un 62,58%, es decir sin avances (meta 64% o más).

- Prevalencia de malnutrición por exceso entre los 12 meses y 24 meses de edad no presentó cambios significativos entre 2015 y 2016, sin conseguir aún la esperada disminución indicada en la meta (bajar al menos un punto porcentual).
- Peso de nacimiento menor a 4000 g: “Lograr que el 9% de los recién nacidos tengan peso menor a 4.000 g al nacer” (copiado textual del documento “Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020” de 2016⁴).

El origen de este indicador se relaciona con la evidencia que, tanto el bajo peso de nacimiento, como el niño/a grande para la edad gestacional, son factores de riesgo de obesidad infantil. El indicador en positivo sería: porcentaje de niños(as) con peso al nacer mayor o igual a 2500 gr y menor a 4000 gr (esto equivale a los niños y niñas con peso de nacimiento normal).

Por lo tanto, así como aparece enunciado textualmente está incorrecto puesto que aparece como alcanzar un valor de 9% de niños/as con peso menor a 4000 g al nacer y eso sería muy bajo, ya que los niños con peso menor a 4000 g al nacer en Chile son más del 90%.

Probablemente lo que se quiso decir es:

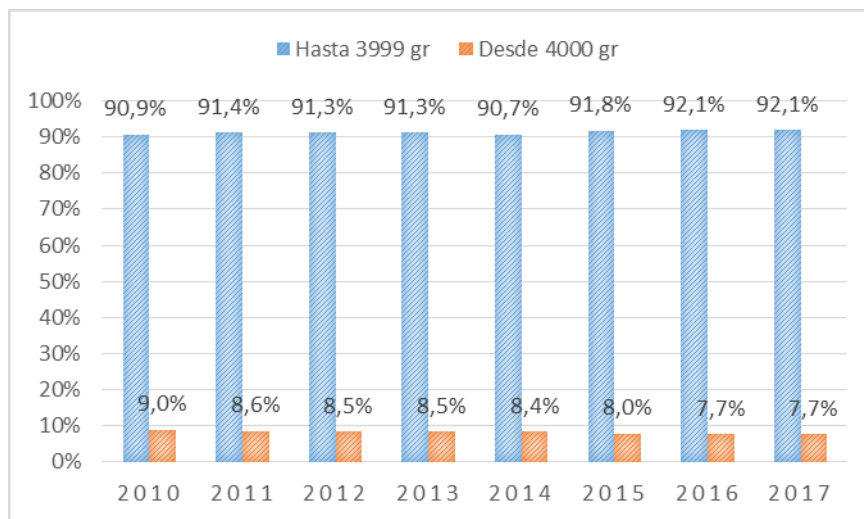
Porcentaje de recién nacidos con peso ≥ 4000 g a nivel nacional no mayor a 9,0% (menor o igual a 9%), ya que la línea de base en el año 2010 se estableció en 9,6%. Así enunciado sería un factor protector y su menor frecuencia sería deseable.

Este indicador puede mantenerse ya que es un referente del estado nutricional del niño/a al nacer, así como también de la madre y del control de la gestación. Mirado así este indicador ha tenido avances ya que como se ve en el siguiente gráfico (Figura N°4) el valor actual es de un 7,7%. Las actividades asociadas a este indicador que podrían haber incidido en su avance se relacionan al control de la gestación, Chile tiene tradición en ello. La Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital ha puesto mucho énfasis también en la vigilancia del incremento de peso en las

⁴ Disponible en: https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/08/37273_Plan-Nacional-de-Salud_3003-1.pdf.

gestantes ya sea tanto para evitar el bajo peso de las embarazadas (en adolescentes, por ejemplo) como para evitar el excesivo incremento; estas acciones de atención primaria son relevantes a la hora de mirar el peso de nacimiento. Por otro lado, Políticas como el Sistema de Protección de Social Chile Crece Contigo que se enfoca fuertemente en gestantes y niños pequeños han fortalecido el quehacer de salud, de las maternidades y de la atención primaria, en esas etapas y sin duda también suman a este logro.

Figura N°4. Distribución Porcentual de los Recién Nacidos del Sistema Público de Salud según su Peso de Nacimiento (mayor o menor a 4000 g). DEIS-MINSAL 2010-2017



Análisis de los resultados y sus implicancias para la ENS y la salud pública: Reflexiones

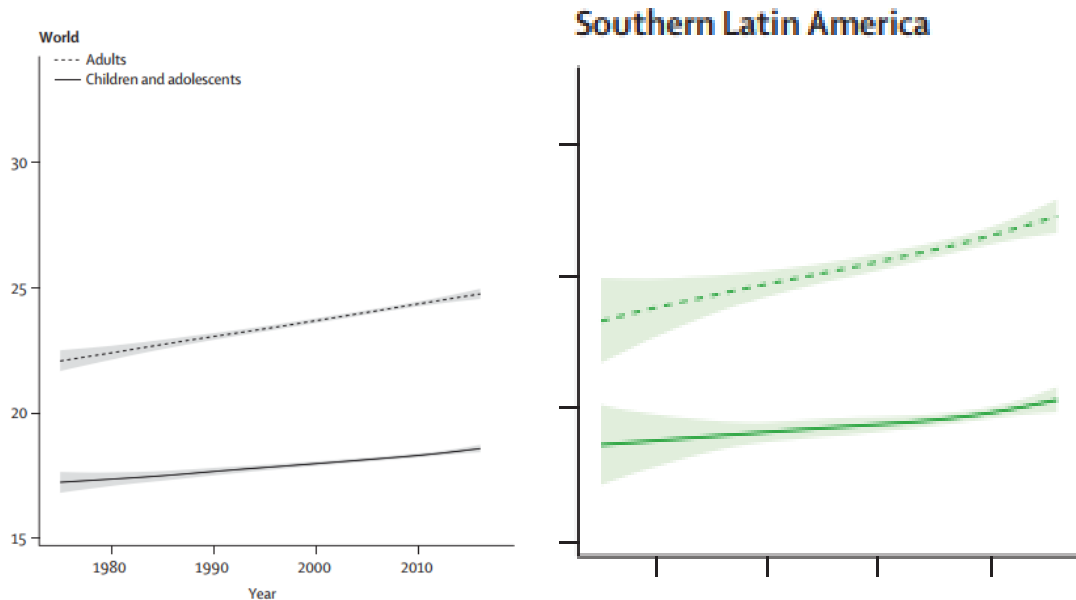
Los resultados de obesidad no han sido buenos, la evaluación de su indicador muestra un incremento lento desde 2005, pero sostenido, aunque como se dijo, podría ser promisoría la disminución de la velocidad de aumento.

En el pasado el indicador estaba vinculado a un incentivo monetario, sin embargo, aun así, no tuvo avances. Sigue siendo en todo caso un indicador relevante de la ENS y es también una Meta H (con el

Ministerio de Hacienda), lo que le da importancia en el quehacer de los equipos de salud de la Atención Primaria de Salud (APS).

Ningún país del mundo hasta ahora ha logrado frenar su aumento, aunque por supuesto hay países como Japón y algunos europeos que tienen cifras mucho menores que Chile, y han logrado estabilizar su progreso. Chile, México y Estados Unidos son los países con mayor prevalencia de obesidad en el mundo. Como se observa en la Figura N°5 la tendencia mundial, así como de América del Sur es al aumento tanto en niños como en adultos.

Figura N° 5. Tendencia mundial de la obesidad⁵



Para evaluar qué está pasando con la obesidad, es necesario mirar las causas de esta condición; la evidencia científica muestra que la mala alimentación y el sedentarismo son causa de obesidad, pero también demuestra que para abordar el cambio conductual hay pocas estrategias que resultan costo efectivas y ninguna de ellas es de rápidos resultados:

- 1) etiquetado nutricional frontal de advertencia de fácil y rápida comprensión;
- 2) regulación de la publicidad de alimentos dirigida a niños;
- 3) protección del entorno escolar y laboral;
- 4) consejería en vida sana (la única estrategia individual);
- 5) medidas fiscales (impuestos y subvenciones);

⁵ Lancet 2017; 390: 2627–42. Publicado en línea octubre 10, 2017.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)

y 6) modificaciones del entorno que promuevan la actividad física (“*Healthy Choices*”, OCDE 2010). Podemos decir que Chile está aplicando estas 5 estrategias con distinto nivel de profundización; lo relativo a etiquetado, publicidad y escuelas, está avanzando muy bien debido a la implementación de la Ley correspondiente (20.606); sin embargo, en lo laboral el avance es muy lento (no es Ley sino solo una estrategia de promoción voluntaria). Respecto a la consejería, está indicada, pero en los equipos de APS hay pocas competencias y tiempo para su aplicación. En términos de entornos que promuevan la actividad física, se avanza, aunque lento, el currículum escolar ha mejorado para aumentar las horas obligatorias y de libre disposición de educación física, así también la oferta de talleres extra-programáticos. Sin duda estos espacios, así como la disponibilidad de ciclovías y áreas verdes son aún muy insuficientes, especialmente en zonas de menor nivel socioeconómico.

Recomendaciones

- ✓ Mantener el indicador de obesidad en niños/as menores de 6 años, así como los relativos a lactancia materna, normalidad nutricional, obesidad en los más pequeños y peso de nacimiento (sólo corregir la dirección de este indicador).
- ✓ El Plan Estratégico y el Plan Operativo, así como los resultados esperados e inmediatos deberían dar cuenta de las acciones que la evidencia científica ha demostrado que tienen impacto:
 - Fortalecer la fiscalización de la Ley 20.606 sobre la Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad, y de la Ley 20.869 sobre Publicidad de los Alimentos. Esto aborda 3 aspectos, información clara para la decisión de compra (etiquetado frontal de advertencia), restricciones de publicidad de alimentos “alto en”, y protección del entorno escolar. Tarea SEREMIs de Salud.
 - Avanzar a la 3^{ra} etapa pendiente de la Ley 20.606. Tarea Nivel Central.
 - Proteger el espacio laboral mediante una Ley permita la alimentación saludable y la práctica de actividad física. Tarea Nivel Central.
 - Incorporar impuestos a alimentos sólidos “alto en” (hay un informe de expertos al respecto). Tarea Nivel Central.
 - Rebajar los precios de los alimentos más saludables (pescados, frutas, verduras) a través de subvenciones y de incorporación en minutas JUNAEB para asegurar el

cumplimiento de las guías alimentarias poblacionales chilenas. Tarea Nivel Central.

- Campañas de alimentación saludable que respalden las medidas tomadas, las campañas sin medidas de respaldo no se justifican. Tarea Nivel Central.
- Implementar la consejería en alimentación saludable y práctica de actividad física en todos los encuentros del equipo de salud de atención primaria (APS) con la población, no sólo en aquellas de la especialidad. Esto implica definir bien el concepto, establecer el estado conductual de la persona (disposición al cambio) para aplicar intervenciones pertinentes, capacitar a los equipos, proteger el tiempo de contacto para poder aplicar la consejería a cabalidad. Tarea Nivel Central incluirlo en las orientaciones programáticas y en las orientaciones de capacitación, eventualmente contratar capacitación nivel nacional. Tarea de SEREMIs de Salud y Servicios de Salud supervisar que ocurra en APS, y organizar las capacitaciones locales. Esta actividad pone a prueba el sistema en red y la coordinación de todos los niveles de atención.
- Mantener las acciones de promoción de la lactancia materna, tales como: hospitales y consultorios amigos de la madre y del niño/a; clínicas de lactancia; consejería en lactancia materna.
- Evaluar la ampliación de postnatal a 6 meses efectivos para facilitar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, manteniendo ingresos.
- Evaluar las medidas en cuanto a su implementación y resultados; contar con presupuesto y alianzas estratégicas con la academia, que aseguren la evaluación y monitoreo de las acciones para su reformulación y sustentabilidad.
- Fomentar la evaluación rigurosa de los programas incluido un análisis de toda la cadena de resultados y que incorpore el nivel regional.
- Considerar para el proceso de formulación de los próximos objetivos sanitarios el establecimiento de metas e indicadores que reflejen la pertinencia regional.

3.2 INDICADOR DIABETES

Descripción del indicador

Resultado de impacto: mantener en 15,9 por 100 mil habitantes la mortalidad por diabetes.

Resultados esperados:

- Reducción de las complicaciones en personas con diabetes: Lograr que se reduzcan en 10% los egresos hospitalarios por amputaciones relacionadas a diabetes mellitus (pie diabético).
- Compensación de personas con diabetes mellitus que se atienden en el sector público: Lograr que el 41% de las personas con diabetes mellitus se encuentren compensadas.

Introducción

Este indicador es parte del eje estratégico de enfermedades crónicas, violencia y discapacidad. El indicador hace referencia a la mortalidad prematura por diabetes, es decir muertes evitables. Para su logro se pretende mejorar el control de los casos y aminorar sus consecuencias y complicaciones, aunque también reducir los factores de riesgo de diabetes entre los cuales los más importantes son el exceso de peso (3,8% en personas sin obesidad vs 17,5% en personas con obesidad) y el sedentarismo; casi 80% de las personas diabéticas en Chile son atribuibles a obesidad y sedentarismo, por lo que su control es clave en todo el resto de la cadena (presentación de la enfermedad, compensación, complicaciones, hospitalizaciones, amputación, muerte precoz).

Los principales riesgos de la diabetes son la enfermedad cardiovascular y las complicaciones de vasos pequeños (retinopatía y ceguera, pie diabético y amputación) y la insuficiencia renal crónica (diálisis). La presentación de estas complicaciones es el reflejo del fracaso de la intervención del sistema de salud, porque o no detecta la enfermedad a tiempo (diabetes no da síntomas precoces, por lo que el examen de salud preventivo es clave para su detección precoz), o su capacidad es insuficiente para mantener al paciente compensado (adhesión a los controles y tratamiento en términos de estructura y funcionamiento del sistema, coordinación entre los distintos niveles, recursos humanos capacitados entre otros. El desafío es grande porque las personas adultas en Chile necesitan trabajar y eso las aleja del sistema de salud, los horarios no les permiten acceder, los equipos suelen castigarlos por sus ausencias e incumplimientos: no se sienten

acogidos por un sistema que les hace muchas exigencias y no comprende sus problemas.

Profundizando un poco más, que una persona presente diabetes, representa el fracaso de políticas públicas que promuevan la alimentación saludable y la práctica de actividad física. Cuestión que es el reflejo de la falta de intersectorialidad y de la falta de transversalización del eje estratégicos 5 de la ENS, salud en todas las políticas.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, aproximadamente una de cada 10 personas mayores de 15 años sufre de glicemia venosa elevada, afectando en mayor medida a personas mayores, de bajos recursos económicos y con bajos niveles de escolaridad. Entre las personas afectadas solo 36% mostraba estar compensado con niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor a 7% (en los países desarrollados la cifra de compensados es superior al 50%).

Con foco en cifras actuales el escenario ha cambiado poco, en la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 la prevalencia de diabetes aumenta a más de 12%, afectando más a personas mayores y de menor nivel educacional.

La diabetes y sus complicaciones, son un reflejo del quehacer en toda la Red, ponen a prueba el modelo de integración de redes propuesto, porque obliga a integrar acciones en el individuo y en el entorno, y a la coordinación entre los distintos niveles de atención para dar continuidad en la atención del paciente. La ENS en su eje estratégico de institucionalidad del sector salud aborda en el área de las Redes Integradas de Servicios de Salud, el acceso y oportunidad de atención y el fortalecimiento de la referencia y contra-referencia que, en esta patología, así como en otras, constituyen elementos relevantes para obtener buenos resultados en las metas planteadas.

Acciones que contribuyen al cumplimiento del indicador

Una de las principales estrategias de salud para prevenir las complicaciones de la diabetes es haberla incorporado al sistema GES, que asegura su manejo gratuito. Además, el examen de glicemia está incorporado en el examen de medicina preventiva que también es una actividad gratuita para toda la población, aunque su cobertura aún es baja, porque la población no acude a realizarse este examen. Las razones son múltiples y exceden el objetivo de este trabajo, pero sin duda debería ser abordado para cumplir muchos de los objetivos de la ENS.



- Fondo de farmacia para asegurar el manejo medicamentoso de la diabetes.
- Capacitación de profesionales de la Red para su detección oportuna y manejo adecuado.
- Aplicación para teléfonos inteligentes para establecer riesgo y algoritmos de manejo. Dirigida a profesionales de salud.
- Alianzas estratégicas para capacitación, educación, difusión y desarrollo de guías clínicas.
- Políticas y Programas para el manejo del exceso de peso, tales como la Ley de Alimentos y el Programa Vida Sana y estrategias de promoción de actividad física a través de los programas respectivos comunales. Esta línea apunta a estrategias estructurales y poblacionales, intersectoriales. Todas las otras acciones referidas son de índole individual.

Seguimiento de la serie de resultados del indicador

Los datos de los que se dispone permiten conocer la prevalencia de diabetes en la población, los casos compensados, las hospitalizaciones, los casos de pie diabético, amputaciones y la mortalidad precoz, así como la prevalencia de sus factores de riesgo. Es decir, nos permiten tener un panorama amplio del quehacer en salud pública.

A continuación, presentaremos los gráficos que muestran estos datos secuencialmente desde los factores de riesgo hasta la mortalidad y finalmente la integración de algunos datos para tener una imagen de la cadena y su evolución temporal, lo que será comentado a continuación.

Gráfico N° 1. Prevalencia de Obesidad ENS 2010-2017.

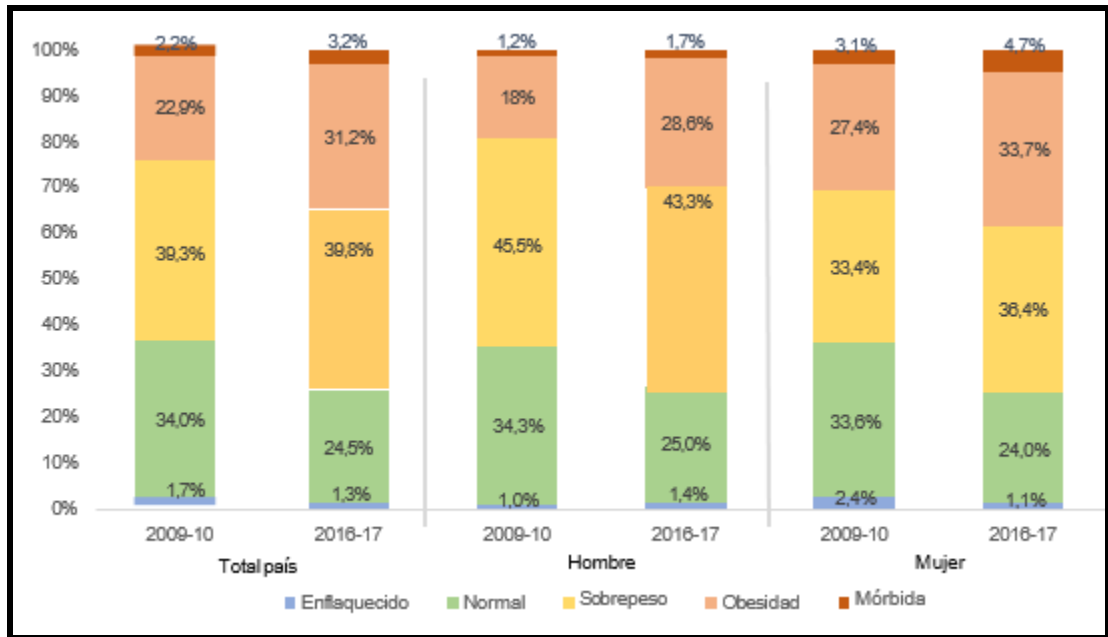


Gráfico N° 2. Prevalencia de Sedentarismo ENS 2003-2010-2017.

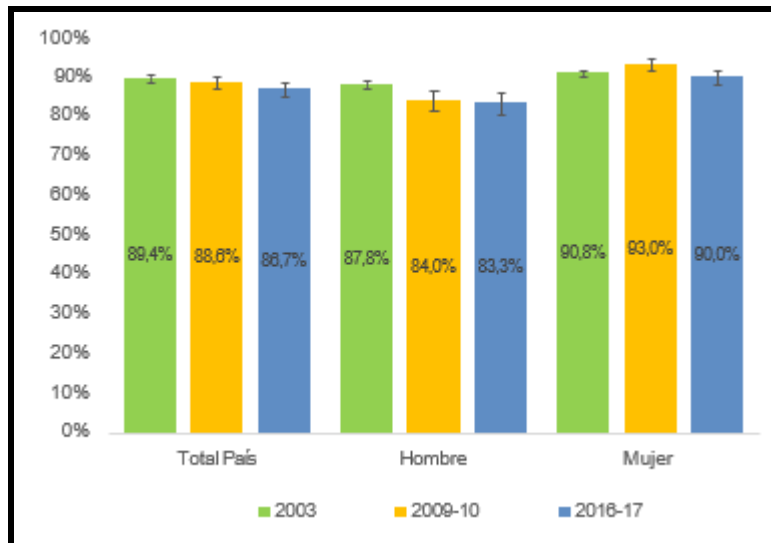


Gráfico N° 3. Casos de Diabetes Bajo Control por Región, serie 2010-2017, DEIS MINSAL.

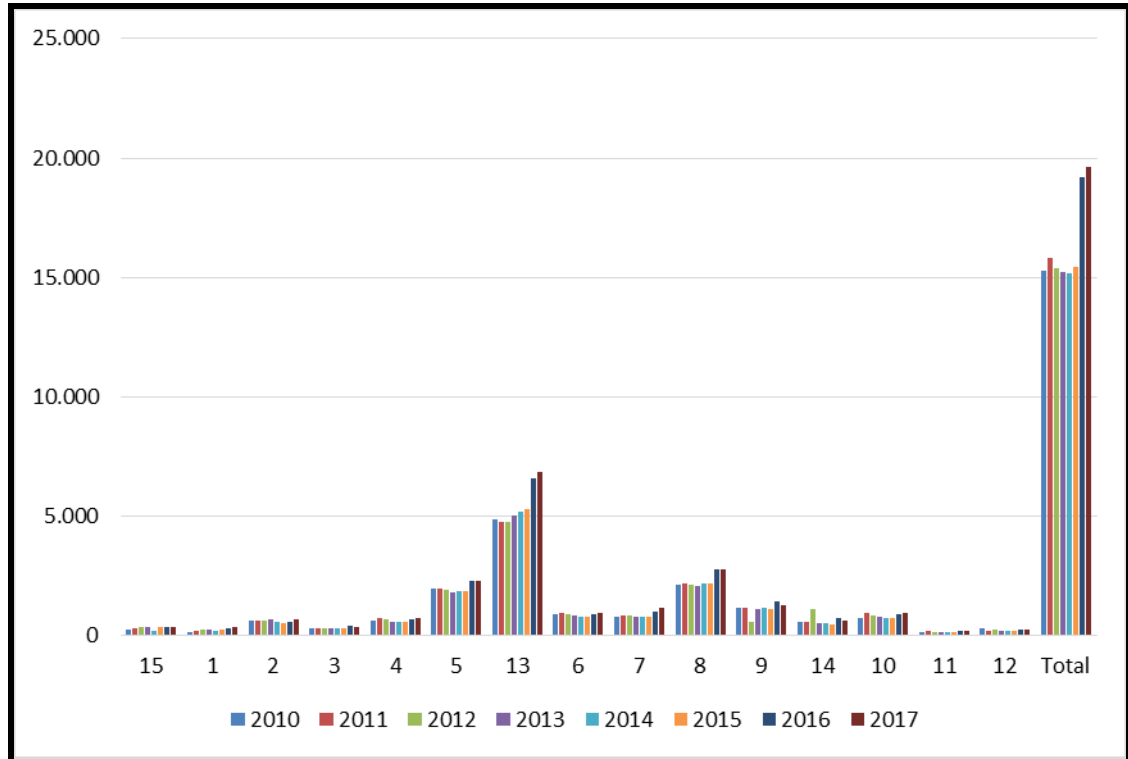


Gráfico N° 4. Prevalencia de Diabetes ENS 2003-2010-2017.

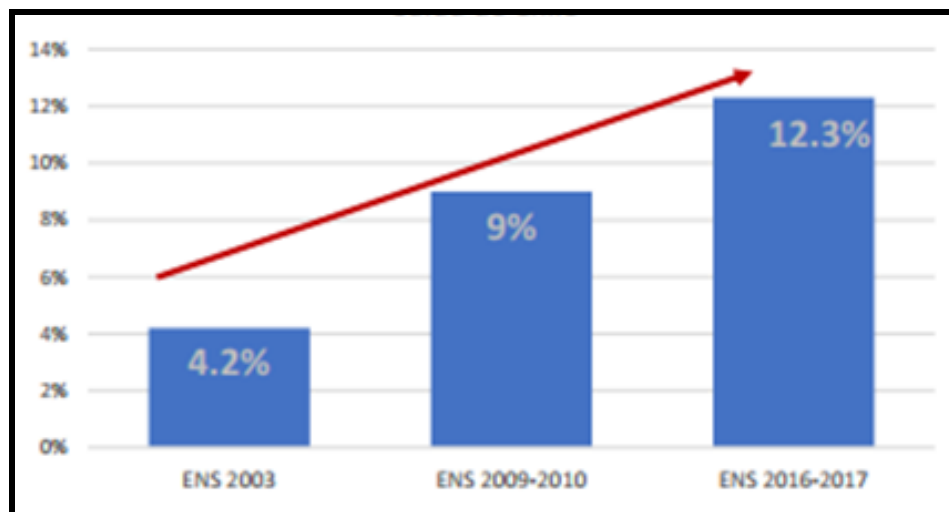


Gráfico N° 5. Cobertura de personas con diabetes por Servicio de Salud. DEIS MINSAL 2017.

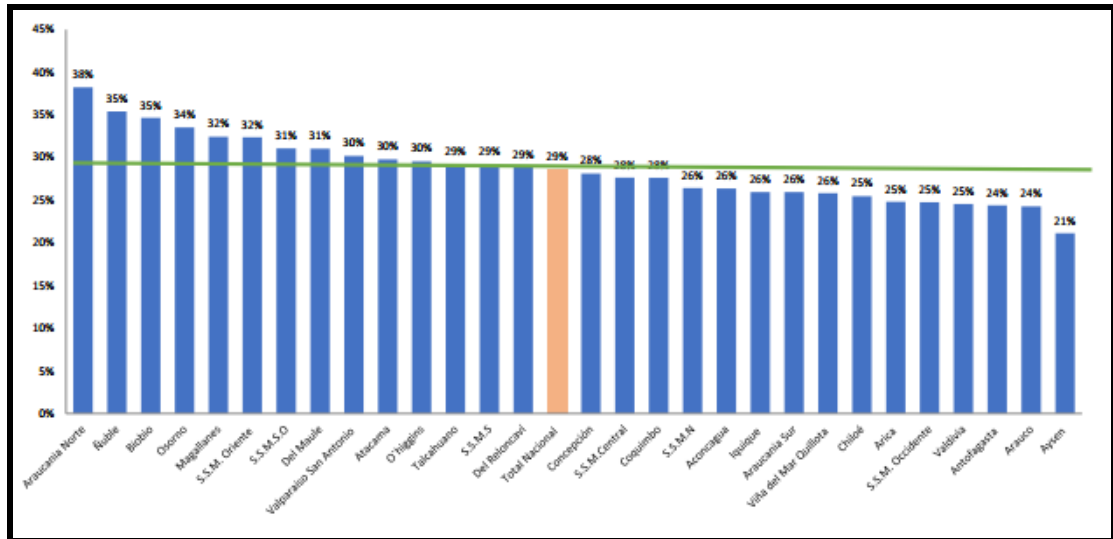
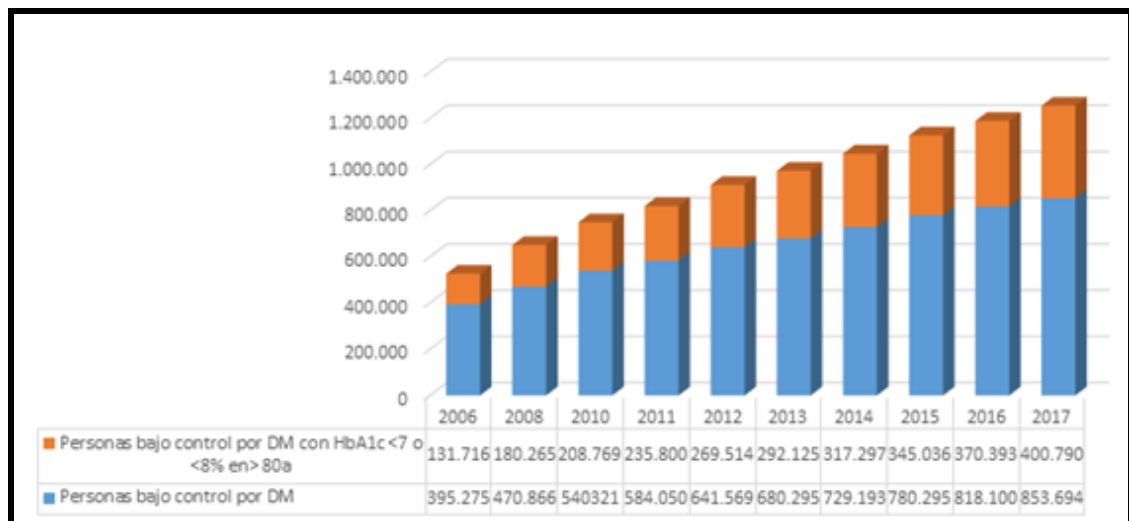


Gráfico N° 6. Cobertura y Compensación de personas con Diabetes. Serie 2006-2015.



La observación del Gráfico N° 6 cuadro muestra que van aumentando los casos de diabetes, y que el valor porcentual de los compensados se mantiene más o menos estable.

Desde el punto de vista de la atención y control de estos pacientes, también observamos que aquellos con Hb glicosilada $\geq 9\%$, es decir no bien controlados, son un 17% a nivel nacional, con un rango de 25% en SS Osorno a 13% en el SSM Oriente, traduciendo nuevamente diferencias evitables.

En la entrega de servicios tienen fondo de ojo vigente sólo un 37% en 2017, aunque era 27% en 2015, por lo que se ha avanzado considerablemente.

Gráfico N° 7. Número de Egresos Hospitalarios por Diabetes por Región. Serie 2010-2017 DEIS MINSAL.

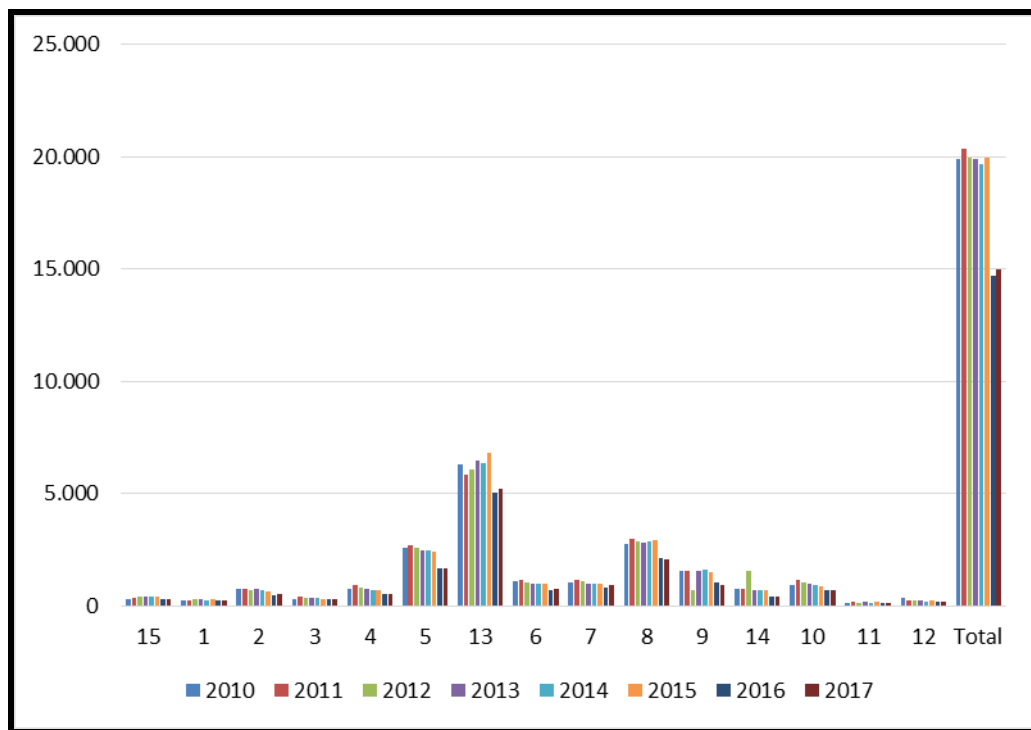
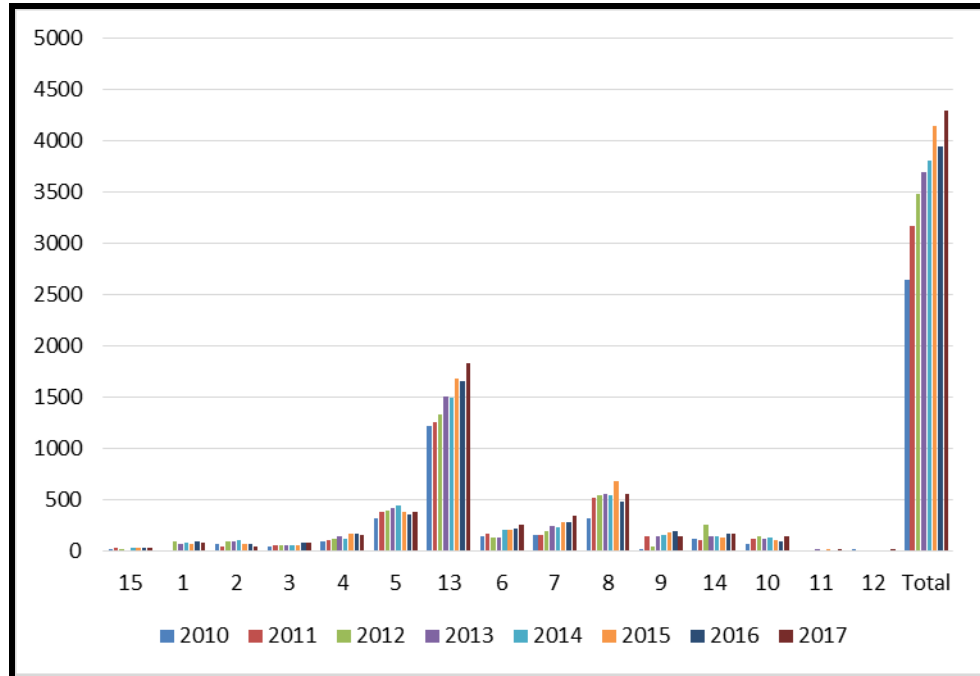


Gráfico N° 8. Número de Egresos Hospitalarios por Amputación Serie 2010-2017, por Región, DEIS MINSAL.



A pesar que, como hemos visto, los casos de diabetes han aumentado considerablemente, podemos observar que las hospitalizaciones han disminuido, lo que habla de mejor compensación. Sin embargo, aquellos que no están compensados están más seriamente enfermos, porque el número de egresos por amputación ha amentado. Evidentemente no los que no se controlan o no se controlan bien, sino aquellos que terminan amputándose. Las diferencias por Región en el Gráfico N°8 son en números absolutos por lo que no necesariamente reflejan diferencias más allá que las diferencias en población por Región, y la evolución en el tiempo, donde destaca el aumento de amputaciones de la Región Metropolitana, sin un aumento en el número de hospitalizaciones por diabetes; por ende, asumimos que se hospitalizan los casos más graves solamente.

Si observamos el cuadro siguiente del Informe ENS 2010-2020 de mitad de periodo, podemos encontrar que el indicador de diabetes referido a mortalidad precoz ha ido disminuyendo y ya sobrepasamos la meta, lo que se confirma en la serie correspondiente 1997-2015 (gráfico N°9) y en el Gráfico N°10 de la serie 2010-2014 (más abajo adjuntos); estos resultados habla del gran éxito de una parte de la cadena, aquella que maneja los casos

graves evitando muerte, pero no hemos logrado evitar que caiga el número de amputaciones (más reflexión al respecto en la discusión).

Se observa cumplimiento de la meta de disminuir mortalidad precoz por diabetes, aunque los datos DEIS muestran que su distribución no es homogénea en el país, y por ejemplo, la Región de Tarapacá tiene una mortalidad de 20 por 100.00 habitantes, lejos de la meta y aumentando.

Tabla. Resultados ENS 2010-2020 de mitad de periodo.

Objetivo de impacto	Indicador de impacto	Línea Base	Mitad de Periodo	Meta 2020	Estado
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Frenar el aumento de la mortalidad por Diabetes Mellitus con respecto de la línea de base (30-69 años)	16,1 x 100.000 habitantes (2010)	14,2 x 100.000 habitantes (2014)	15,9 x 100.000 habitantes	Cumple

Gráfico N° 9. Mortalidad serie 1997-2015. DEIS MINSAL.

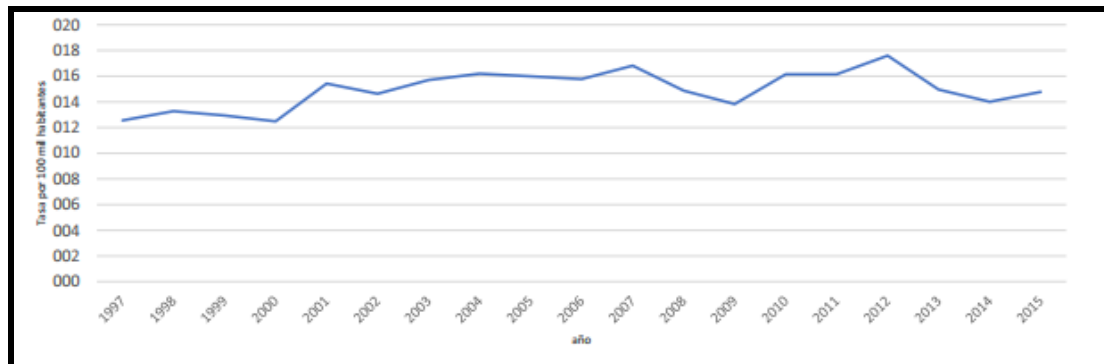
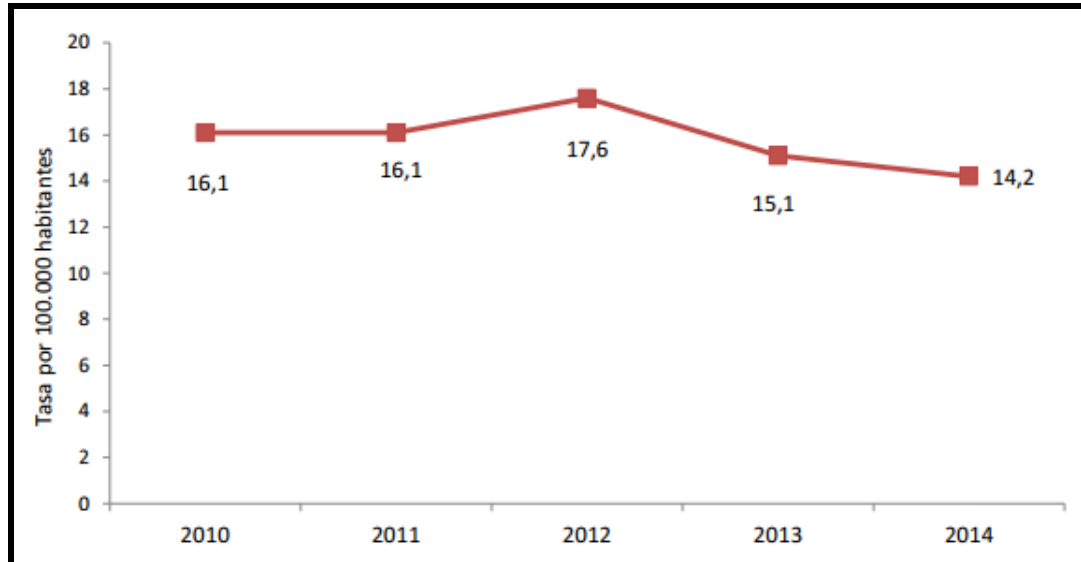


Gráfico N° 10. Tasa de Mortalidad asociada a Diabetes en personas de 30 a 69 años. Chile 2010-2014.



Análisis de los resultados y sus implicancias para la ENS y la salud pública: Reflexiones

En diabetes es posible afirmar que la ENS ha sido exitosa porque el indicador de impacto planteado se ha cumplido y la mortalidad precoz por esta causa ha ido disminuyendo y ya sobrepasó la meta.

Curiosamente los indicadores de resultados de reducir las complicaciones asociadas a diabetes, medido por egresos por amputaciones y personas compensadas, no han obtenido buenos resultados. Así, podemos observar que el porcentaje de egresos por amputaciones no se ha logrado reducir, y el porcentaje de pacientes compensados aún no llega al 41% (pirámide de prevalencias). Además, según estos mismos datos el rango de compensación de las personas diabéticas es muy variable, dependiendo del Servicio de Salud siendo, por ejemplo, 59% en el SS Iquique y 39% en el SS Arauco, lo que refleja por un lado una brecha no menor de compensación y diferencias importantes entre los Servicios de Salud que trasuntan probablemente diferencias en los recursos humanos que atienden a esta población (en número y calificación, capacitación) y eventualmente algunas estrategias de compensación y rescate de estos pacientes. Difícilmente esto puede ser relacionado con variables del entorno porque eso redundaría en el número de casos de diabetes más que en su

compensación, pero pueden haber algunas acciones locales que se estén realizando, quizás de tipo promocional comunitario que pueden estar incidiendo, por ejemplo cierre de calles para promover actividades al aire libre, aumento de ferias libres, talleres de cocina saludable, u otras similares; valdría la pena investigar con los equipos con menores resultados acerca de estas posibles iniciativas locales.

Es posible señalar entonces que, aunque conseguimos dar atención a los pacientes más graves, y por eso no se mueren, aún no conseguimos que su enfermedad sea bien tratada.

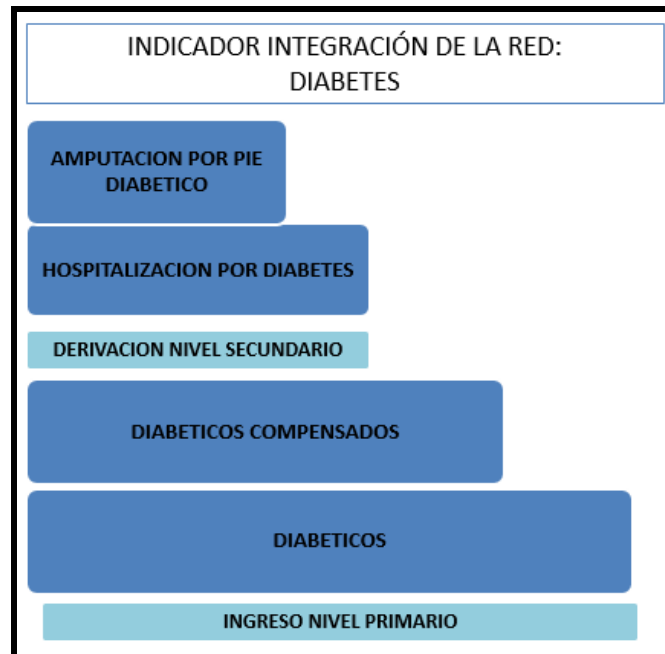
Al respecto, es posible concluir que es difícil lograr la concurrencia y adherencia de los pacientes al sistema de salud. Sería de alto interés conocer cuáles son las barreras para ello, con objeto de poder abordarlas directamente.

Por otra parte, parece necesario fortalecer las acciones de detección (exámenes preventivos) concurriendo a los lugares donde están los potenciales afectados, por ejemplo, lugares de trabajo y lugares públicos (operativos de salud comunitarios); así como mantener la cobertura y control de los pacientes ya incorporados al programa, mediante estrategias de adherencia (acomodar horarios, realizar consejería) y de rescate (búsqueda activa desde el centro de salud primario, aplicaciones móviles, y otras).

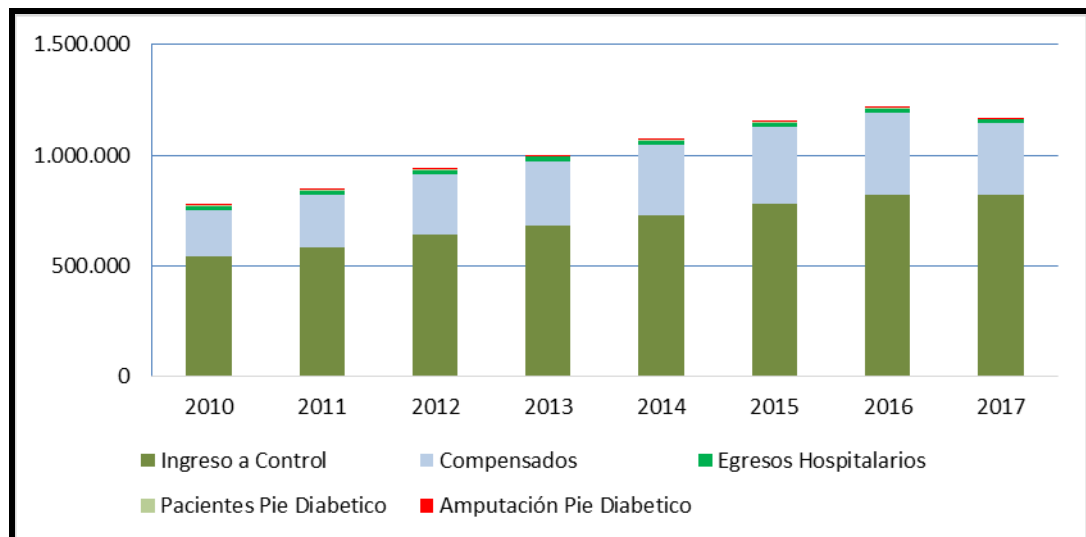
Sin duda la diabetes es también reflejo de los estilos de vida, de los entornos sociales en que nos desenvolvemos y de los determinantes sociales de la salud. Estos ámbitos se abordan en otro eje estratégico, pero inciden fuertemente en esta patología. Su abordaje movería la curva de datos completa, porque podría hacer disminuir la prevalencia de esta enfermedad y sin duda sus complicaciones.

En el esquema siguiente vemos cómo la diabetes es un buen ejemplo del Sistema de Redes Integradas puesto que, desde la detección del caso sospechoso hasta evitar la mortalidad precoz, implica un acompañamiento permanente en distintos niveles de atención.

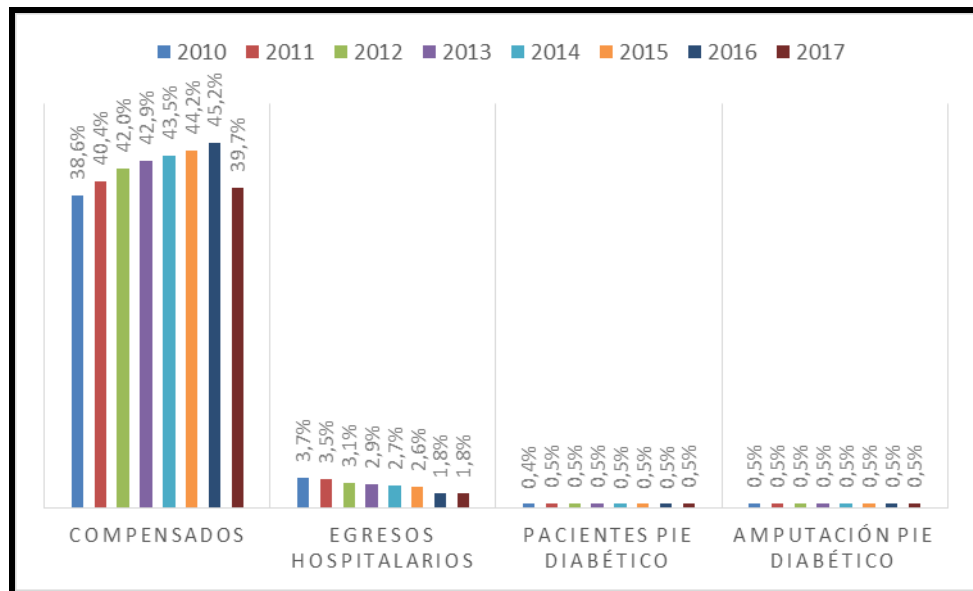
Esquema. Integración de Redes.



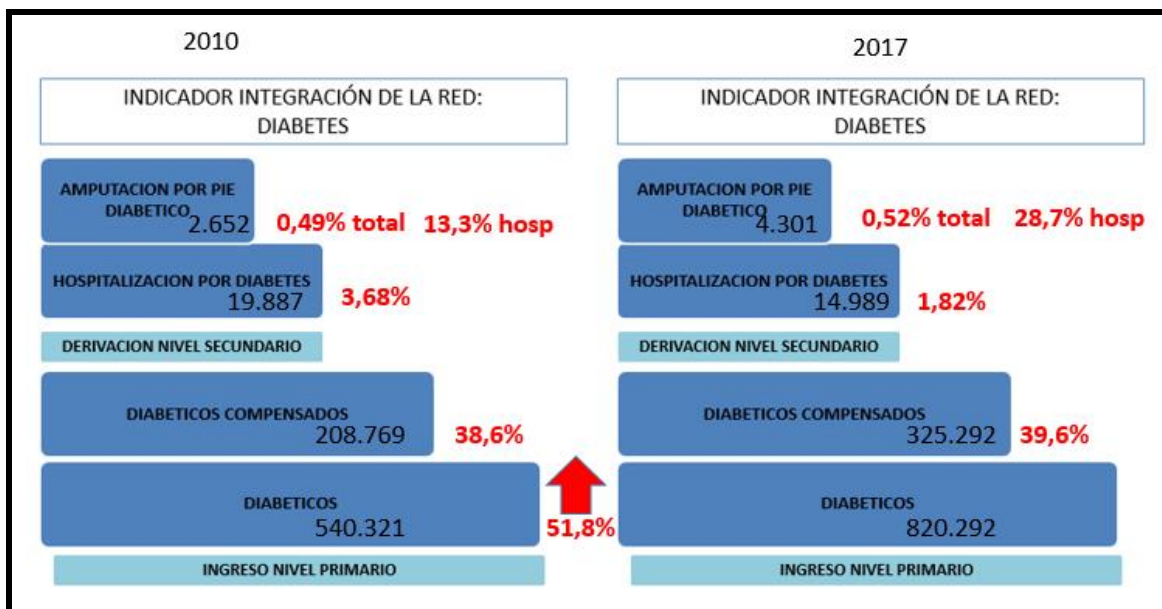
Pirámide de Casos de Diabetes: controlados, compensados, complicados. Serie 2010-2017. DEIS-MINSAL.



Pirámide de Prevalencias en Diabetes: compensados/controlados y complicados (hospitalizados y amputados/controlados). Serie 2010-2017. DEIS-MINSAL.



Pirámide de Prevalencias en Diabetes y Modelo de Redes Integradas. 2010 y 2017. DEIS-MINSAL.





Como indica la evidencia, los casos de diabetes han ido aumentando desproporcionadamente en nuestro país, por las razones ya sabidas de cambios en los estilos de vida.

Vemos también que los casos compensados aumentan poco significativamente, es decir se mantienen estables, sin embargo, los casos hospitalizados disminuyen fuertemente, haciendo pensar que hoy en atención primaria se manejan bastante bien las complicaciones metabólicas, pero no se logran evitar las amputaciones, aunque el aumento del porcentaje de amputados no es mucho. Es decir, no logramos aumentar los porcentajes de compensados, ni disminuir el porcentaje de pacientes que requieren amputación; también podemos decir que de los pacientes que se hospitalizan son para amputaciones.

El desafío frente a esto es conocer cuáles son las características de los pacientes amputados, para intentar definir ex ante cuáles pacientes tienen riesgo de llegar a esa complicación y buscar estrategias efectivas de captación, aumento de cobertura de ese grupo de riesgo y de adhesión al tratamiento de esos pacientes. ¿Qué pacientes son estos? Diabéticos crónicos y descompensados sin duda, pero subsisten preguntas de interés para poder actuar estratégicamente:

¿Son beneficiarios del sistema? Posiblemente sí.

¿Están inscritos en el centro de salud? Probablemente sí.

¿Con examen de medicina preventiva al día? Puede que sí.

¿Con diagnóstico de diabetes? Es probable.

¿Son pacientes del programa cardiovascular? Quizás al menos tengan un control.

¿Adhieren al programa? Probablemente no, pero si la respuesta es sí, entonces hay que revisar la necesidad de capacitación de nuestros recursos humanos, y evaluar porqué los pacientes no siguen sus indicaciones:

¿Entorno familiar y comunitario muy adverso?

Dependiendo de estas respuestas se podría decidir qué acciones serían más efectivas y dónde se pierden y descompensan estos pacientes.

En un sistema de coordinación en Red, se podrían analizar los casos que llegan al hospital a amputarse para que el centro primario correspondiente, indagara en las causas en atención a las preguntas planteadas. Esta información serviría para anticiparse a los casos siguientes y para evitar

nuevas complicaciones de estos mismos casos, por ejemplo, nueva amputación, insuficiencia renal, etc.

Recomendaciones

- Mantener la vigilancia de diabetes, hacer el seguimiento de mortalidad para tener la serie de 10 años, pero reevaluar la meta para aumentar las exigencias concordantemente con los avances de la atención médica.
- Mantener el indicador de compensación porque es un buen reflejo del quehacer en los distintos niveles y en especial del nivel primario.
- Revisar el indicador de amputaciones, porque está relativizado a las hospitalizaciones, y es esperable que, si la atención primaria maneja mejor lo metabólico, la principal causa de hospitalización sean las amputaciones. Lo que sí se esperaría es que las amputaciones en los pacientes que están bajo control, disminuyan.
- Indagar en la caracterización de los pacientes que llegan a amputaciones en relación al análisis del capítulo anterior. Aplicar una pauta de riesgo para adelantarse al evento amputación. Mejorar la coordinación en red puede permitir armar la pauta de riesgo, lo que contribuiría a otra amputación y otras complicaciones en el mismo paciente, pero también incidir en otros casos de similares características.
- Es deseable hacer un esfuerzo en contar con un índice de riesgo que permitiera estrategias dirigidas de rescate en pacientes con alto riesgo de pie diabético, a fin de disminuir las amputaciones.
- Hacer esfuerzos de pesquisa y cobertura de diabetes, pero cubrirlos con acciones más poblacionales que individuales porque el sistema no dará abasto. En ese sentido proponer medidas que permitan cambiar los estilos de vida mediante la modificación de entornos, tales como intervenciones en lugares de trabajo y escuelas, subir impuestos a alimentos “altos en” y aumentar el de bebidas azucaradas, y subvencionar los alimentos saludables como frutas, verduras y pescados, así como aumentar la fiscalización del cumplimiento de la Ley de Alimentos y de la Ley de Publicidad. Esto iría en apoyo al cumplimiento de los indicadores de diabetes, obesidad, hipertensión, y cardiovasculares.

3.3 INDICADOR DISCAPACIDAD

Descripción del indicador

En la ENS hay al menos 3 ámbitos que incluyen indicadores que se vinculan a discapacidad:

- 1) Discapacidad (como tal) del Eje Estratégico enfermedades crónicas, violencias y discapacidad.
- 2) Discapacidad asociada a enfermedad mental y a enfermedades cardiovasculares, del Eje Estratégico enfermedades crónicas, violencias y discapacidad
- 3) Discapacidad en adultos mayores del Eje Estratégico Curso de Vida.

En el contexto de este estudio analizaremos el indicador:

- 1) Discapacidad como tal, del Eje Estratégico enfermedades crónicas, violencias y discapacidad, que incluye 1 resultado de impacto y 4 resultados esperados:

- El resultado de impacto es: bajar la discapacidad; su meta es bajar en 3 puntos el promedio del puntaje de una medición de discapacidad basada en la aplicación de un instrumento OMS ad-hoc (más adelante descrito).
- Los resultados esperados son:
 - atención oportuna a personas en situación de discapacidad
 - inclusión de las personas con discapacidad
 - atención de calidad a personas en situación de discapacidad
 - atención a cuidadores.

Resultados esperados y sus indicadores

1. Atención oportuna a personas en situación de discapacidad:
 - a. 70% de las personas con diagnóstico de ataque cerebrovascular que egresan de rehabilitación nivel hospital y que son derivados a su consultorio ingresen a rehabilitación.
 - b. 80% de los niños entre 0 y 2 años con diagnóstico de déficit sensorial auditivo ingresen a rehabilitación.
2. Inclusión de las personas con discapacidad:
 - a. 80% de los usuarios entre 20 y 60 años de la red de rehabilitación de atención primaria con Plan de Tratamiento Integral (PTI) Laboral cumplan los objetivos de habilitación y rehabilitación para el trabajo.

3. Atención de calidad a personas en situación de discapacidad:
 - a. 90% de las actividades de difusión relacionadas con discapacidad y rehabilitación en la Red de Salud se destinen a la divulgación de las guías de práctica clínica en esta temática.
4. Atención a cuidadores:
 - a. 50% de las actividades de rehabilitación en el consultorio se destinen a entregar conocimientos y destrezas personales para cuidadores de personas con discapacidad.

Introducción

Discapacidad se define como la interacción negativa entre el individuo con una determinada condición de salud, sus factores contextuales, personales y ambientales; es un término genérico que hace referencia a deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación.

La OMS destaca que las personas con discapacidad están entre los grupos más vulnerables y menos fortalecidos del mundo y con frecuencia experimentan el estigma y la discriminación, el acceso limitado a la atención de la salud, la educación y las oportunidades de subsistencia;

Aproximadamente un 10% de la población mundial vive con una discapacidad; en Chile según datos de la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC) de 2004, el 12,4% de la población presenta una situación de discapacidad permanente, 31,3% de ellos de origen motor, 19,0% visual, 13,9% visceral, 8,7% auditivo, 9,0% intelectual, 7,8% psiquiátrico y en el 10,3% existe más de un déficit (FONADIS, 2005); el grupo etario de 30 años a 64 años concentra el 51% de las personas con discapacidad. Sólo el 6,5% de la población con discapacidad habría tenido acceso a prestaciones de rehabilitación en el último año (FONADIS, 2005).

En este contexto, la OMS y los expertos, proponen la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad, que implica un enfoque que va más allá de lo biomédico e incluye reducir la pobreza, promover la participación de la comunidad y su sentido de propiedad, desarrollar y fortalecer la colaboración multisectorial, incluir a las organizaciones de personas con discapacidad en los programas, aumentar la escala de sus programas y promover la práctica basada en la evidencia, mediante esfuerzos combinados de las mismas personas con discapacidad, sus familias, las



organizaciones y comunidades y los servicios relevantes gubernamentales y no gubernamentales de salud, educación, servicios vocacionales, sociales y otros.

La ENS reconoce que las personas en situación de discapacidad requieren rehabilitación integral y oportuna, para poder desarrollarse. Esta ambiciosa meta implica que los distintos niveles de la Red de Salud actúen coordinadamente.

Para evaluar el indicador de impacto se utiliza el Manual OMS, que consta de 16 preguntas que exploraron diversos dominios de salud: movilidad, auto-cuidado, dolor, cognición, relaciones interpersonales, visión, energía y afectos, es decir evaluación de la discapacidad, estado de la salud y desarrollo humano (Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS 2015 ISBN 987-45733-0-9).

Acciones que contribuyen al cumplimiento del indicador

Para que se cumpla la cadena de resultados planteados se requiere que los establecimientos de salud de atención terciaria cuenten con horas de Médico Fisiatra y un equipo multidisciplinario, y que se cumplan las Guías y Orientaciones ad-hoc. Para ello se establecieron las brechas existentes y se desarrollaron guías clínicas en distintos temas vinculados a discapacidad.

En atención primaria, el objetivo es prevenir y manejar la discapacidad atendiendo oportuna y adecuadamente problemas agudos e iniciales de patologías tales como artritis y artrosis, para lo cual se han instalado tres estrategias: las Salas de Rehabilitación de Base Comunitaria o Centros Comunitarios de Rehabilitación; las Salas de Rehabilitación Integral, y los Equipos Rurales. Además, se incorpora la capacitación de los equipos de salud.

La presencia de un equipo en atención primaria y de especialidad se espera que implique contar con una red de cuidados continuos y diferenciados por grados de complejidad.

Los objetivos de estas acciones son la inclusión social, escolar y laboral de las personas afectadas, y apoyar a los cuidadores/as en el caso de los afectados/as más graves.



Otra estrategia importante corresponde a la implementación de GES relacionadas a discapacidad: artrosis de rodilla y cadera leve y moderada, accidente cerebrovascular, traumatismo encéfalo craneano, politraumatismo y endoprótesis de cadera, todas las cuales cuentan con sus guías de práctica clínica, canastas de prestaciones y planes de tratamiento individual. Con la creación del AUGÉ, también se incorporan los componentes biomédicos de la discapacidad de origen sensorial, específicamente las de origen auditivo (audífonos e implante coclear), y su correspondiente rehabilitación.

Lo propio ocurre con la hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren audífono. También se desarrolló el Programa de Implantes cocleares FONASA-MINSAL, que desde 2003 entrega rehabilitación inicial a personas entre 0 y 65 años con hipoacusia sensorineural bilateral profunda. En el caso de la discapacidad de origen sensorial visual, en 2009, se lanzó la guía de práctica clínica de Prevención de Retinopatía del Prematuro, que permite intervención cubierta por el GES.

Por último, se ha promovido fuertemente el trabajo intersectorial entre salud y otros organismos del Estado vinculados a discapacidad como SENADIS, SENAMA, Gobiernos Regionales, expertos académicos, colegios profesionales y sociedades científicas.

Los desafíos futuros incluyen mejorar la cobertura y la calidad del trabajo asistencial en red; fortalecer el trabajo intersectorial y la participación comunitaria; y mejorar la pesquisa, tratamiento e inserción social de personas con déficit en órganos de los sentidos.

Seguimiento de la serie de resultados del indicador:

La línea de base estuvo dada por los datos ENS 2010

Media estimada de puntaje de discapacidad. ENS 2010.			
	Media	Desviación Estándar	IC (95%)
Total	26,39*	12,62	26,38 - 26,4
Hombres	25,11	11,74	25,1 - 25,12
Mujeres	27,59	13,29	27,58 - 27,6
15-24	22,04	8,36	22,03 - 22,05
25-44	22,93	9,46	22,92 - 22,94
45-64	29,82	13,11	29,81 - 29,83
65 y mas	37,00	17,35	36,97 - 37,03

* Puntajes mayores, indican mayor discapacidad.
Instrumento EMS-OMS
Fuente: ENS 2010

Resultados a mitad de periodo: lamentablemente resultó no evaluable.

EJE ESTRATÉGICO 2: ENFERMEDADES CRÓNICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD					
Objetivo de impacto	Indicador de impacto	Línea Base	Mitad de Período	Meta 2020	Estado
Disminuir la discapacidad	Bajar 3 puntos el promedio de puntaje de discapacidad	26 (2010)	No disponible	23,4	No evaluable

Respecto a los resultados esperados contamos con:

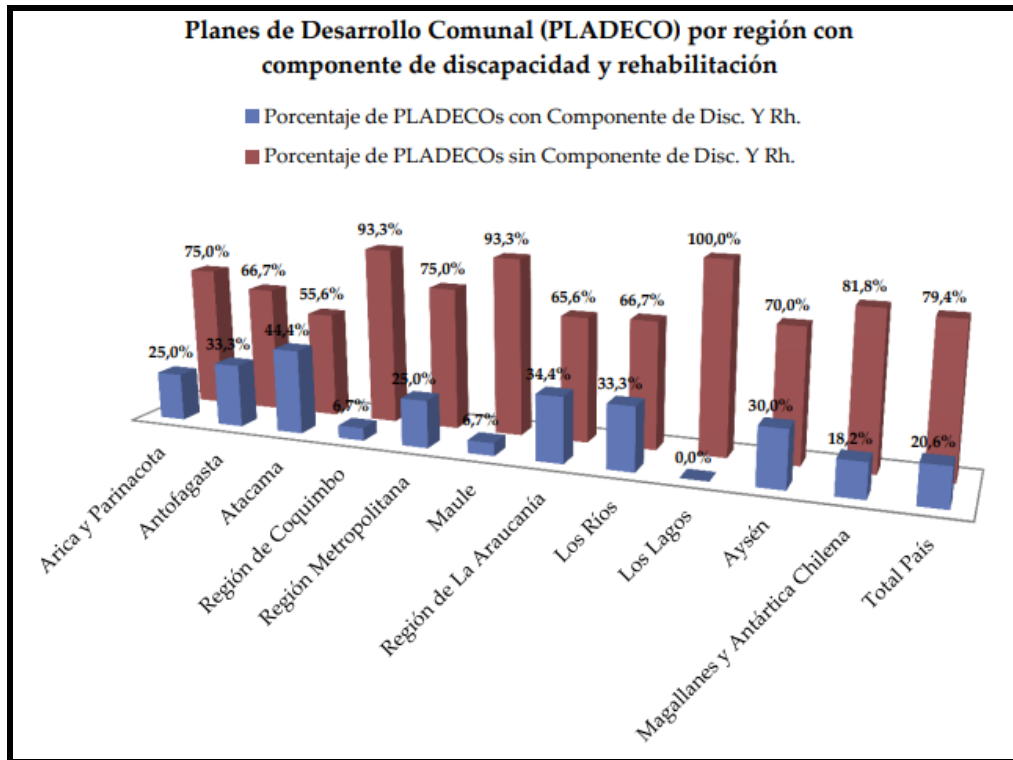
Entrevista a la Jefa del Dpto. de Discapacidad y Rehabilitación, quien señala:

- Que los resultados esperados no afectan necesariamente al resultado de impacto, ya que son indicadores de inclusión y rehabilitación y de la aplicación del modelo comunitario, más que de discapacidad en sí. Esta discordancia, sin embargo, no le resta importancia a los resultados esperados, que sí son referencia del modelo recomendado y de la inclusión de las personas en situación de discapacidad.
- El cálculo que mide el resultado de impacto no fue reproducible con los datos disponibles, y no es considerado, por ende, ni pertinente ni aplicable.
- El ámbito de discapacidad podría ser aplicado potencialmente a mucha población, porque los problemas de salud mental, los problemas cardiovasculares y el cáncer son causales de discapacidad y son de alta prevalencia en nuestro país. Así también, en Chile está aumentando rápidamente la población de adultos mayores, y muchos de ellos se discapacitan en algún momento. Por lo que la necesidad de tener mayor capacidad de cobertura y de recursos humanos competentes, se constituye en un desafío país y debería ser un indicador de la futura ENS, y ser parte de las actividades programadas.

Estudio de los planes de desarrollo comunal (PLADECO) realizado por el Departamento de Discapacidad y Rehabilitación de la DIPRECE - MINSAL en base a la información enviada por los referentes de discapacidad regional (80% respondió, equivalente a un 47% de las comunas del país) para conocer cuántos planes incluyeron la dimensión de discapacidad en sus actividades del año 2016 y algunas de las actividades que incluyen, en búsqueda de una referencia de la inclusión del enfoque comunitario de la discapacidad. Sólo 20,6% de las comunas lo incluyeron, como promedio nacional, sin embargo, hay grandes diferencias por Región, en Atacama un 44% y en Los Lagos 0%; la Región Metropolitana lo incluyó en un 25% de sus comunas.

En el gráfico siguiente se observa la mirada nacional y regional descrita.

Gráfico N° 11. Presencia de componente Discapacidad y Rehabilitación en PLADECOS por región. (Departamento de Discapacidad y Rehabilitación MINSAL).



Las actividades encontradas son de variada índole, desde mesas de trabajo y acciones de difusión, como las más frecuentes, hasta la conformación de centros comunitarios de rehabilitación, proyectos de integración educativa, proyectos de inclusión, que son los de mayor impacto, pero que están implementados en un bajo número de comunas del país.

Información otorgada por el Departamento de Discapacidad a través de planillas de datos indican que:

- El objetivo de Impacto de la ENS no fue evaluable y que la fórmula de cálculo debe ser revisada.
- Respecto a la meta: “Lograr que 70% de las personas con diagnóstico de ataque cerebrovascular que egresan de rehabilitación nivel hospital y que son derivados a su consultorio ingresen a rehabilitación”. Se indica que los resultados obtenidos y reportados no son válidos porque sobrepasan el 100%, lo que indica que hay un error de datos de numerador y denominador. Al respecto el Departamento de Discapacidad indica que: El año 2015 se inició el registro en REM 28 en “INGRESOS” fila “Ingresos ACV referidos desde hospital” y en REM 28 de hospitales se incorporó en “EGRESOS” la fila

“Egresos por ACV referido a APS”. La incoherencia de los datos se puede deber a varias razones, por ejemplo, dado que REM no es por RUT, sólo contamos con números agregados, y puede que los usuarios ingresados a atención primaria sean egresos de años anteriores de los hospitales, y por ende no están en el denominador. Al respecto, refieren que debieran evaluar con DIGERA la posibilidad de afinar el registro, considerando un periodo de tiempo coherente entre el egreso de hospital y el ingreso a atención primaria o hacerlo por RUT. En conclusión, este indicador no fue medible.

- Respecto a la meta: “Lograr que 80% de los niños entre 0 y 2 años con diagnóstico de déficit sensorial auditivo ingresen a rehabilitación”, el Departamento de Discapacidad indica que: este indicador solo dará cuenta de los niños que son GES y hasta los 2 años de edad (ampliado el 2016 hasta los 4 años). No hay registro formal que permita conocer el dato de todos los niños en rehabilitación auditiva. Este indicador no fue medible.
- Respecto al indicador: “Porcentaje de personas con déficit visual que son ingresadas al nivel primario de atención para rehabilitación”, el Departamento de Discapacidad indica que: el ingreso por origen de discapacidad comenzó a registrarse en REM A28 el año 2014. Habría que revisar este indicador dado que toma como denominador el total de ingresos, pero no es el mismo “n” que el número de ingresos por origen de discapacidad. Este indicador no fue medible.
- Respecto al indicador: “Porcentaje de día-cama de rehabilitación integral en unidades de paciente crítico”, pero sólo se pudo contar con el denominador, dado que el numerador se saca de un facturado de cama día no disponible. En conclusión, este indicador no fue medible tampoco.
- Respecto al indicador: “Porcentaje de usuarios entre 20 años y 60 años de la red de rehabilitación de atención primaria de salud (APS) con plan de tratamiento integral (PTI) laboral que cumplen objetivos de habilitación y rehabilitación para el trabajo”. El departamento de Discapacidad señala que: “este indicador se incorporará al REM el año 2014 en “PERSONAS QUE LOGRAN PARTICIPACIÓN EN COMUNIDAD” en la columna “Laboral” “Trabajo con objetivos de habilitación y rehabilitación” no desagregado por edad, e “INGRESOS” fila “ingresos con plan de tratamiento integral laboral”. El 2015 se comienza el registro y se afinó el 2016. Las mediciones de este indicador muestran valores superiores al 100% por ende es necesario revisar problemas con el numerador y el denominador. En conclusión, este indicador no fue medible.

- Respecto al Indicador: “Difusión de las guías de práctica clínica para los problemas relevantes relacionados con discapacidad y rehabilitación, por los Servicios de Salud”. No hay información reportada.
- Respecto a la meta: “50% de las actividades de rehabilitación en el consultorio se destinen a entregar conocimientos y destrezas personales para cuidadores de personas con discapacidad”. Este no es pesquisable por REM, lo indicado por el Departamento de Discapacidad fue: El año 2017 se solicitó afinar el registro en el REM a través del Manual para considerar a los participantes como personas. Independiente que participen varias veces. Esto debiera limitar el número de actividades, pero no lo sabremos hasta ver los datos de este año. En conclusión, este indicador no fue medible.

Análisis de los resultados y sus implicancias para la ENS y la salud pública: Reflexiones

Lo primero que debe señalarse es la relevancia de este ámbito, en el contexto sociodemográfico del país, el cual debería mantenerse como tema importante en la próxima ENS.

También deben destacarse las dificultades para obtener información útil, porque, aunque recibimos planillas, la mayoría estaban vacías y con comentarios en rojo de imposibilidad de evaluación. Agradecemos la excelente voluntad de cooperación del Departamento de Discapacidad y Rehabilitación (DDR) y su jefatura.

Llama la atención que tanto el resultado de impacto como los resultados esperados no están incorporados en los registros DEIS completamente, lo que impide seguir la serie periódica, y aquellos que están en REM tienen datos que, o no están correctos o no están dando información útil por no estar por RUT, lo que hace que no sea posible asegurar que el denominador incluye personas distintas del numerador (no se contienen el uno al otro) y eso da porcentajes muy por sobre 100% en muchas ocasiones.

Respecto del análisis de los planes comunales en discapacidad y rehabilitación, se ha avanzado, pero persiste un vacío importante, y un desafío país ineludible. Destaca que no todas las regiones y comunas reportaron, por lo que es difícil sacar conclusiones nacionales.

El informe ENS mitad de periodo deja este ámbito sin resultados.

Recomendaciones

- Revisar el indicador de impacto puesto que disminuir discapacidad no es una variable en la que se pueda influir necesariamente a partir de acciones directas de los equipos de discapacidad y rehabilitación, ya que éstos entran al tema cuando la discapacidad ya está instalada.
- Focalizar los indicadores en cobertura de rehabilitación para lograr la inserción y mejorar la calidad de vida, más que para disminuir la prevalencia de discapacidad poblacional.
- Fortalecer el modelo comunitario planteado a través del trabajo conjunto entre SEREMI de Salud y Municipios, así como con el intersector, lo que debería reflejarse en los indicadores esperados e inmediatos. Este ámbito también será un reflejo del quehacer en Red y del sistema de referencia y contra-referencia hospitales-APS.
- Levantar información que se registre en DEIS MINSAL a partir del quehacer de los Centros de Rehabilitación Comunitario, para tener la posibilidad cierta de seguir algunos de los indicadores planteados.
- El indicador de difusión de las guías clínicas contribuye poco al objetivo mayor y es una actividad, más que un indicador relevante, en especial en el Modelo Comunitario.
- Para contar con información final de periodo y no perder este ámbito en la ENS 2010-2020, podría hacerse un estudio representativo, que permita rastrear información de algunos indicadores traza, en los distintos puntos de la Red, en base a revisión de fichas, visita de casos, entrevistas y encuestas de actores claves.
- Para el próximo periodo deberían repensarse los indicadores, buscar aquellos que tengan información REM y que sean objetivos y cuantificables, y si hay algunos que no estén en esa situación podrían incorporarse al REM. También podría asumirse que los indicadores más cualitativos son indispensables y considerar desde un inicio presupuesto para obtenerlos, mediante estudios que reflejen las distintas realidades del país, no necesariamente de corte nacional, pero representativos.

3.3.4 RECOMENDACIONES A INDICADORES TRAZADORES

A continuación, se presentan sólo las recomendaciones individuales, y una mirada integral a los mismos.

OBESIDAD

- ✓ Mantener el indicador de obesidad en niños y niñas menores de 6 años, así como los relativos a lactancia materna, normalidad nutricional, obesidad en los más pequeños y peso de nacimiento, sólo corrigiendo la dirección de este indicador.
- ✓ El Plan Estratégico y el Plan Operativo, así como los resultados esperados e inmediatos deberían dar cuenta de las acciones que la evidencia científica ha demostrado que tienen el mayor impacto:
 - Fortalecer la fiscalización de la Ley 20.606 sobre la Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad, y de la Ley 20.869 sobre Publicidad de los Alimentos. Esto aborda 3 aspectos, información clara para la decisión de compra (etiquetado frontal de advertencia), restricciones de publicidad de alimentos “alto en”, y protección del entorno escolar. Tarea de las SEREMIs de Salud.
 - Avanzar a la 3^{ra} etapa pendiente de la Ley 20.606. Tarea Nivel Central.
 - Proteger el espacio laboral mediante una Ley que permita la alimentación saludable y la práctica de actividad física. Tarea Nivel Central.
 - Incorporar impuestos a alimentos sólidos “alto en” (hay un informe de expertos al respecto). Tarea Nivel Central.
 - Rebajar los precios de los alimentos más saludables (pescados, frutas, verduras) a través de subvenciones y de incorporación en minutas JUNAEB para asegurar el cumplimiento de las guías alimentarias poblacionales chilenas. Tarea Nivel Central.
 - Campañas de alimentación saludable que respalden las medidas tomadas, las campañas sin medidas de respaldo no se justifican. Tarea Nivel Central.
 - Implementar la consejería en alimentación saludable y práctica de actividad física en todos los encuentros del equipo de salud de atención primaria (APS) con la población, no sólo en aquellas de la especialidad. Esto implica definir bien el concepto, establecer el estado conductual de la persona (disposición al cambio) para aplicar intervenciones pertinentes, capacitar a los equipos, proteger el tiempo de contacto para poder aplicar la consejería a cabalidad. Tarea Nivel Central

incluirlo en las orientaciones programáticas y en las orientaciones de capacitación, eventualmente contratar capacitación a nivel nacional. Tarea de SEREMIs de Salud y Servicios de Salud supervisar que ocurra en APS, y organizar las capacitaciones locales. Esta actividad pone a prueba el sistema en red, y la coordinación de todos los niveles de atención.

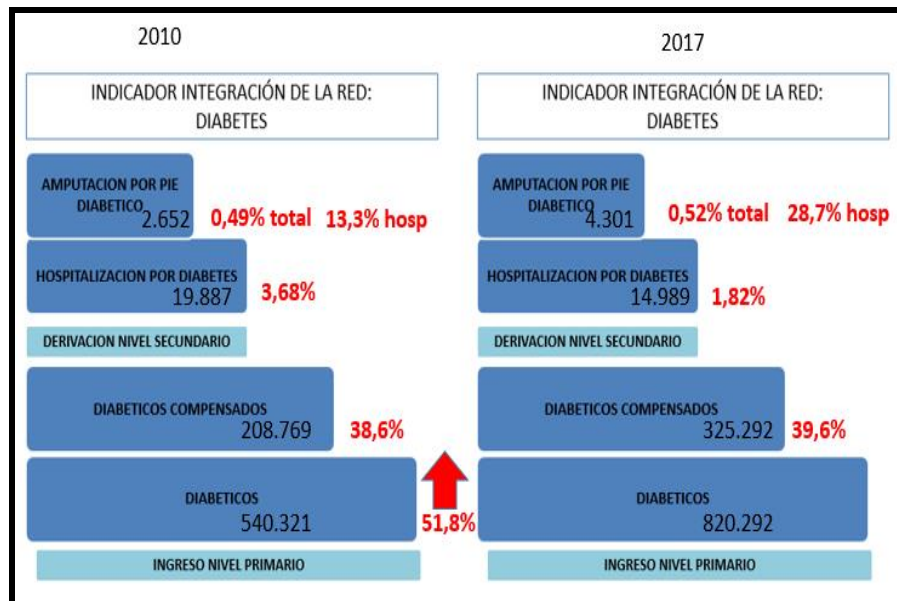
- Mantener las acciones de promoción de la lactancia materna, tales como: hospitales y consultorios amigos de la madre y del niño y niña; clínicas de lactancia; consejería en lactancia materna.
- Evaluar la ampliación de postnatal a 6 meses efectivos para facilitar la lactancia materna exclusiva, manteniendo ingresos.
- Evaluar las medidas en cuanto a su implementación y resultados; contar con presupuesto y alianzas estratégicas con la academia, que aseguren la evaluación y monitoreo de las acciones para su reformulación y sustentabilidad.
- Fomentar la evaluación rigurosa de los programas incluido un análisis de toda la cadena de resultados y que incorpore el nivel regional.
- Considerar para el proceso de formulación de los próximos objetivos sanitarios el establecimiento de metas e indicadores que reflejen la pertinencia regional.

DIABETES

- ✓ Mantener la vigilancia de diabetes, hacer el seguimiento de mortalidad para tener la serie de 10 años, pero reevaluar la meta para aumentar las exigencias concordantemente con los avances de la atención médica.
- ✓ Mantener el indicador de compensación porque es un buen reflejo del quehacer en los distintos niveles y en especial del nivel primario.
- ✓ Revisar el indicador de amputaciones, porque está relativizado a las hospitalizaciones, y es esperable, si la atención primaria maneja mejor lo metabólico, que la principal causa de hospitalización sean las amputaciones. Lo que sí se esperaría es que las amputaciones en los pacientes que están bajo control, disminuyeran (Figura N°5).
- ✓ Indagar en la caracterización de los pacientes que llegan a amputaciones. Aplicar una pauta de riesgo para adelantarse al evento amputación. Mejorar la coordinación en red puede permitir el diseño de la pauta de riesgo, lo que contribuiría a otra amputación y otras complicaciones en el mismo paciente, pero también incidir en otros casos de similares características.

- ✓ Es deseable hacer un esfuerzo en contar con un índice de riesgo que permita estrategias dirigidas de rescate en pacientes con alto riesgo de pie diabético, a fin de disminuir las amputaciones.
- ✓ Hacer esfuerzos de pesquisa y cobertura de diabetes, pero cubrirlos con acciones más poblacionales que individuales, porque el sistema no dará abasto. En ese sentido proponer medidas que permitan cambiar los estilos de vida mediante la modificación de entornos, tales como intervenciones en lugares de trabajo y escuelas, subir impuestos a alimentos “altos en” y aumentar el de bebidas azucaradas, y subvencionar los alimentos saludables como frutas, verduras y pescados, así como aumentar la fiscalización del cumplimiento de la Ley de Alimentos y de la Ley de Publicidad. Esto iría en apoyo al cumplimiento de los indicadores de diabetes, obesidad, hipertensión, y cardiovasculares.

Figura N°5. Modelo de Integración Acciones de la Red



DISCAPACIDAD

- ✓ Revisar el indicador de impacto puesto que disminuir discapacidad no es una variable en la que se pueda influir necesariamente a partir de acciones directas de los equipos de discapacidad y rehabilitación, ya que éstos entran al tema cuando la discapacidad ya está instalada.
- ✓ Focalizar los indicadores en cobertura de rehabilitación para lograr la inserción y mejorar la calidad de vida, más que para disminuir la prevalencia de discapacidad poblacional.
- ✓ Fortalecer el modelo comunitario planteado a través del trabajo conjunto entre SEREMIs de Salud y Municipios, así como con el intersector, lo que debería reflejarse en los indicadores esperados e inmediatos. Este ámbito también será un reflejo del quehacer en Red y del sistema de referencia y contra-referencia hospitales-APS.
- ✓ Levantar información que se registre en DEIS MINSAL a partir del quehacer de los Centros de Rehabilitación Comunitarios, para contar con la posibilidad cierta de seguir algunos de los indicadores planteados.
- ✓ El indicador de difusión de las guías clínicas contribuye poco al objetivo mayor y es una actividad, más que un indicador relevante, en especial en el Modelo Comunitario.
- ✓ Para contar con información final de período y no perder este ámbito en la ENS 2010-2020, podría hacerse un estudio representativo, que permita rastrear información de algunos indicadores traza, en los distintos puntos de la Red, en base a revisión de fichas, visita de casos, entrevistas y encuestas de actores claves.
- ✓ Para el próximo periodo deberían repensarse los indicadores, buscar aquellos que tengan información REM y que sean objetivos y cuantificables, y si hay algunos que no estén en esa situación podrían incorporarse al REM. También podría asumirse que los indicadores más cualitativos son indispensables y considerar desde un inicio presupuesto para obtenerlos, mediante estudios que reflejen las distintas realidades del país, no necesariamente de corte nacional, pero representativos.

3.3.5 ANÁLISIS INTEGRADO A INDICADORES

Los indicadores analizados son muy relevantes, y probablemente reflejan la correcta priorización de temas sanitarios que ha incorporado la ENS, ya que son problemas que afectan a nuestro país por ser frecuentes, graves, emergentes o de difícil abordaje.

Por otra parte, también reflejan la relevancia de contar con sistemas de registro y análisis de la información, que alimenten los indicadores planteados; cuando ello no ocurre es imposible hacer su seguimiento y se pone en riesgo los resultados de la ENS, no necesariamente porque las actividades no hayan sido realizadas o incluso las metas cumplidas, sino porque no contamos con información certera de ello.

En términos de estos aspectos anotados, los indicadores analizados muestran situaciones diferentes. Por un lado, respecto de obesidad se observa que contamos con certera información y con resultados esperados e inmediatos satisfactorios, pero no aún con resultados de impacto, lo que es esperable en este tipo de condiciones, que requieren cambios profundos en los estilos de vida, los que evidentemente son lentos, especialmente si su abordaje es estructural, como es el caso, cuestión que además es la recomendada. En el caso de indicadores dependientes de cambios estructurales, el peso de las actividades más costo efectivas, es de los niveles más centrales: Ministerio y SEREMIs, ya que se traducen en leyes, reglamentos, normativas, ordenanzas y gestiones intersectoriales que modifiquen los entornos comunitarios. El problema en estos casos tiene relación con las dificultades de coordinación intersectorial, debido a la falta de una Estrategia Nacional que sea común a todos los sectores, y no sólo a salud. Los problemas de salud afectos a la necesidad de Salud en todas las políticas apuntan a aquellos vinculados a los estilos de vida y a temas ambientales.

Diabetes, así también otros como hipertensión arterial, por otro lado, es un problema que refleja acciones más individuales, puesto que una vez instalada la condición, hay que tratarla correcta y oportunamente, y derivarla en los casos más complejos. Por supuesto se puede ver beneficiada por las mejoras de los entornos, pero su foco de acción es la cobertura de atención, la adhesión al tratamiento, la adecuada indicación terapéutica y la oportuna derivación a mayor nivel de complejidad, por lo tanto es buen reflejo de la respuesta en Red del sistema de salud, de su coordinación, de la cantidad y capacidades de los recursos humanos (cuantitativamente y cualitativamente), y de acciones de nivel local, como rescate de pacientes perdidos y esfuerzos especiales en pacientes de mayor



riesgo, lo que por ende implica necesidades extraordinarias de financiamiento no contemplados habitualmente.

La situación de discapacidad es difícil de evaluar, porque justamente es un problema que cuenta con un bajo nivel de información objetiva; más que modificar indicadores, aunque también puede ser necesario, se necesita establecer un sistema de registro y análisis de data que permita conocer periódicamente el avance de los resultados planteados. Al igual que en el caso de Diabetes, esta sería una condición de intervenciones más individuales con el objetivo de tratarla, evitar su agravamiento y aspirar a la integración social y eventualmente laboral; este último aspecto es más estructural, pero previo a ello es necesario que la intervención individual sea exitosa. Esta condición también refleja la integración y coordinación de la Red de salud, pero no es posible pronunciarse por la falta de información disponible.

4

REFLEXIONES FINALES

Al finalizar el análisis, las conclusiones más importantes son las siguientes:

- ✓ Se reconoce a la ENS como una herramienta de priorización y orientación del quehacer, muy útil y necesaria para quienes trabajan en salud pública (concepto amplio), por ello el financiamiento correspondiente es parte del reflejo de su importancia: presupuesto para recursos humanos, capacitación, infraestructura, para la mejora continua de los sistemas de registro y para estudios.
- ✓ Aparece como necesario mirar la estructura de poder vinculada a la ENS, tanto en el nivel central como regional, para permitirles incidir en el quehacer de los brazos ejecutores de la ENS, tanto a redes asistenciales como al intersector. A su vez, esto debe ser consistente con una dotación con las competencias necesarias para un desarrollo más autónomo respecto al nivel central, que es lo deseable desde una perspectiva de equidad territorial.
- ✓ La ENS debería ser una estrategia más allá de salud. Un desafío es la intersectorialidad efectiva, y para ello probablemente se requiere incorporar a los otros sectores desde el diseño de la próxima ENS, implementando foros intersectoriales, y luego grupos de trabajo específicos, de los que emanen ejes estratégicos consensuados e integrados, en especial en aquellos problemas cuya solución es extra sectorial, por ejemplo, los vinculados al ambiente, a los entornos comunitarios y a los estilos de vida. Firmar públicamente la nueva ENS y con presencia de altas autoridades, puede ser un signo de compromiso intersectorial potente.
- ✓ En el nivel de gerenciamiento central y regional, se cuenta con equipos profesionales capacitados y dispuestos a aumentar sus capacidades en liderazgo y gestión, pero además sería muy conveniente la exclusividad de su labor para una dedicación mayor al tema. Parece curioso que un plan de salud nacional de 10 años de extensión, no sea prioritario en el sector. No obstante, deben analizarse las competencias mínimas que requieren los equipos a nivel regional para avanzar en autonomía respecto al control de gestión de la estrategia.

- ✓ Es necesario maximizar la pertinencia regional de la ENS, ya sea incorporándola en su diseño, o bien permitiendo su adecuación posterior al momento de implementarla.
- ✓ Contar con sistemas de registro que den cuenta de todos los indicadores y resultados esperados y de impacto es indispensable para la siguiente ENS; el desafío es contar con estos sistemas y no tener que bajar indicadores relevantes porque no hay información. Este desafío sin duda es muy dependiente del otorgamiento de presupuesto para ello, y por ende de su priorización.
- ✓ Es clave establecer las fuentes de información de donde se obtendrán los datos para alimentar los indicadores. Si las fuentes del Registro Estadístico Mensual (REM) no son fiables, hay que procurar que lo sean, o bien buscar alternativas que permitan contar con los datos necesarios. En términos estrictos, no deberían diseñarse objetivos ENS sin contar previamente con fuentes de datos fiables que sean sostenibles.
- ✓ La participación ciudadana es parte de los ejes estratégicos de la ENS, pero es poco consecuente en su diseño. Algunas herramientas de participación deberían ser incorporadas en la construcción de la próxima ENS, por ejemplo, diálogos ciudadanos vinculantes con los resultados e indicadores finales.
- ✓ Respecto de los problemas de salud cuya intervención es más bien individual, los que requieren tratamiento médico, y que son aquellos que tensionan la atención primaria y cuando ésta falla, la atención secundaria, el abordaje se orienta a fortalecer el sistema en Red, en términos de coordinación, de competencias específicas biomédicas, de revisión de guías de manejo clínico, de establecimiento de riesgos y de gestión local para mejorar coberturas y adherencia.
- ✓ Para finalizar, el modelo integrado que muestra la Figura N°6 refleja en buena forma la integración necesaria descrita. Fue obtenido del documento “Informe de implementación estrategia de Redes integradas de Servicios de Salud en el Sistema Público de Salud 2014-2017”. Subsecretaría de Redes Asistenciales 2018.

Figura N°6. Propuesta Modelo de Redes Integradas de Salud



Symbolon

*Entendiendo
la complejidad
social*



Contraparte Institucional

Gina Correa A. (Jefa de Proyecto)

Javiera Pacheco T. (Jefa DENS)

Contraparte Symbolon

Francisca Valdebenito A. (Jefa de Proyecto)

Lorena Rodríguez O.

Julio Hasbún M.



**CHILE LO
HACEMOS
TODOS**

Symbolon es una empresa de investigación basada en metodologías mixtas, con foco en el sector salud. Busca traducir el conocimiento científico para aproximarlos al conocimiento que poseen las personas y comunidades que componen los distintos territorios de nuestro país, y así aportar al diseño e implementación de iniciativas públicas basadas en la mejor y más actualizada evidencia disponible.

info@symbolon.cl

symbolon.cl