



“SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSAL Y PLURINACIONAL”.

Modelo de Atención Integral basado en APS

Introducción:

El Cabildo “Salud, un derecho”, tiene como objetivo generar propuestas de cambio en Salud en el contexto de la nueva constitución que comenzará a redactarse en 2021. En ese contexto nace este documento, que propone el modelo de salud que el Estado plurinacional de Chile requiere implementar para lograr una protección integral centrada en las personas y comunidades en su contexto social, cultural y territorial. Esta propuesta surge a partir de la reflexión colectiva de nuestra organización durante el año 2020 posterior al estallido social del 18 de octubre de 2019.

Esta propuesta colectiva ha tenido como plataforma múltiples encuentros y 12 conversatorios en los cuales hemos abordado temáticas vinculadas al modelo sanitario, tales como: Rol de la APS, Participación Social en salud, Género y salud, Financiamiento y Protección social, Sistema de salud en la post pandemia.

En este contexto se propone un Modelo de atención integral basado en APS que cumpla con la expectativa de cubrir las necesidades de la población en los territorios, optimizando y potenciando sus características locales y asegurando una participación efectiva de ella en su construcción.

Bajo estas premisas se presentan las siguientes propuestas, que no tienen la intención de ser exhaustivas, sino que recogen las principales ideas de las exposiciones realizadas en los cabildos y conversatorios antes referidos con distintos actores sociales.

Los conceptos de institucionalidad y normativas más amplias y relaciones con el sistema privado exceden el objetivo de este texto y no están incluidas en el documento. Estos temas serán tratados en próximos documentos.



Antecedentes

El sistema de salud en Chile se caracteriza por ser fragmentado (ESP-COLMED, 2018), ya que su organización se basa en la constitución de 1980, que garantiza solo el libre acceso y el "supuesto" derecho a la libre elección del sistema al cual adscribir (Constitución Política de la República de Chile, 1980). Este hecho provoca que la salud no sea considerada como un derecho humano o un bien público, sino como un bien de consumo con fines de lucro en que el Estado es reducido a un rol subsidiario, que no garantiza el acceso al cuidado y no cumple la función de regulador. Es esta la base de la segmentación del sistema en un sector privado de seguros para personas con altos recursos y con menor riesgo de enfermedad y otro sector que agrupa a la mayoría de los ciudadanos, cercano al 78% de la población, que se atiende en el sistema público, donde se concentra la población de mayor riesgo por contener a la mayoría de las personas en los extremos de la vida y por presentar la mayor carga de enfermedad. Otro elemento que profundiza la segmentación guarda relación con la existencia de otros sistemas sanitarios NO integrados como son las mutuales para los trabajadores con accidentes laborales, enfermedades profesionales y el sistema de salud de las fuerzas armadas. También hay otras iniciativas NO integradas desarrolladas desde otros ministerios como los programas de salud escolar financiados desde la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) o los programas de integración y salud implementados desde el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Por último, están aquellas poblaciones que al no tener ninguno de estos sistemas de seguro "elegibles", no tienen acceso pleno al sistema sanitario, en especial es lo que ocurre con personas en extrema pobreza, situación de calle, migrantes y trabajadores informales no cotizantes.

La desigualdad territorial, económica, social y cultural se expresa en resultados sanitarios disímiles, explicados por el enfoque de los determinantes sociales de la salud, asociado a un sistema sanitario que ha tenido un desempeño insuficiente en su promesa de equidad. Un ejemplo de ello son las grandes diferencias en las expectativas de vida de la población según indicadores de ingreso y pobreza multidimensional de los territorios, que muestran las estadísticas globales de salud. En un estudio publicado en enero de 2019 se encuentran importantes contrastes en la esperanza de vida promedio al nacer en las ciudades de América Latina, asociado a ingresos y nivel educacional, siendo Santiago la segunda ciudad con mayor inequidad. En este trabajo se demuestra que la diferencia en esperanza de vida en mujeres de diferentes sectores del Gran Santiago alcanza los 17,7 años. (Bilal, Diciembre 2019) (Tabla N°1).



El sistema sanitario es un reflejo de dicha desigualdad, en el que existen brechas en su financiamiento global, sin perjuicio del efecto que tiene la forma de organizarlo y en especial el mecanismo de provisión de servicios de salud.

Tabla N°1 Variabilidad en la esperanza de vida al nacer y asociación con la educación en seis grandes ciudades latinoamericanas, en mujeres. (Bilal, Diciembre 2019)

	Buenos Aires, Argentina	Belo Horizonte, Brasil	Santiago, Chile	San José, Costa Rica	Ciudad de México, México	Ciudad de Panamá, Panamá
Mujer						
Esperanza de vida al nacer, años	80,3	81,2	82,8	83,5	75,2	84,3
P90 – P10 (Brecha), años	77,1 a 82,8 (5,8 años)	76,7 a 83,2 (6,5 años)	78,0 a 95,7 (17,7 años)	81,9 a 84,9 (3,0 años)	71,6 a 81,0 (9,4 años)	81,3 a 92,5 (11,2 años)
Cambio en la esperanza de vida con educación IC (95%), años	3,7 (2,2 a 5,1)	5,3 (1,3 a 9,2)	11,8 (7,1 a 16,4)	0,7 (-1,6 a 3,0)	2,9 (1,1 a 4,7)	10,0 (4,2 a 15,8)

Los ciudadanos han manifestado su insatisfacción con el sistema de salud en múltiples formas, desde las movilizaciones por una "mejor salud", marchas para incorporar determinados problemas de salud en la priorización del sistema y en numerosas encuestas.

En el informe PNUD-DES, las personas refieren que en los 3 principales espacios donde se manifiesta la desigualdad de trato es: en el trabajo (42%), en la calle (33%) y en los servicios de salud (33%) (PNUD, 2017). Esto último es muy grave, pues el sistema de salud es parte de los mecanismos de protección del Estado a los ciudadanos y una de las herramientas de equidad.

A esto se suman los problemas emergentes que la salud pública del siglo XXI debe enfrentar (OPS, 2018):

Epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles

Enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes

Problemas de salud mental / Depresión/ Alta tasa de suicidios

Resistencia antimicrobiana



Envejecimiento poblacional con mala calidad de vida Desigualdades sociales en salud

La última encuesta nacional de salud (MINSAL, 2017) muestra que el 87% de las personas mayores de 15 años es sedentaria, un 74,2% de la población tiene problemas de malnutrición por exceso y el síndrome metabólico se encuentra en el 45% de la población. En la salud infantil, Chile ocupa el lugar número 41 (último lugar) en el grupo de países de ingresos altos e intermedios. Los indicadores evaluados son embarazo adolescente, alteraciones del ánimo, alcohol y drogas en adolescentes, salud neonatal y suicidio infanto juvenil. (UNICEF, 2017)

Estructura de la Propuesta

No es posible generar valor si no es con estrategias de largo plazo, universales, que incidan en los determinantes sociales e integren el sistema sanitario a los servicios sociales y comunitarios en los territorios (Porter, 2008). Las estrategias biomédicas y de corto plazo no podrán resolver los nuevos desafíos.

La propuesta presenta 3 ámbitos fundamentales:

a.- Modelo de atención integral centrado en las personas y las comunidades: Universal con perspectiva de derechos humanos, de género, curso vital y plurinacional, basado en la estrategia de atención primaria y con pertinencia territorial.

b.- Modelo de gestión basado en redes territoriales integradas para garantizar continuidad y coordinación de las acciones sanitarias integrales, que incorporen estrategias basadas en los condicionantes de salud.

c.- Modelo de Gobernanza que dé cuenta de un sistema que organiza la gestión acorde a las prioridades identificadas y el que las decisiones son tomadas en el diálogo con actores sociales e institucionales, dando cuenta de la gestión realizada e incorporando un sistema de evaluación pública y transparente.



Modelo de Atención integral

A partir de los antecedentes esgrimidos, un sistema de salud para el Chile del presente siglo será un Sistema Nacional de Salud Pública Universal con una cobertura total de la población y que entrega una atención integral, lo que incluye la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación integral basada en la comunidad (RBC). Además, implementa las acciones propias de la vigilancia sanitaria, regulación, fiscalización de normativas y abogacía, para proteger la calidad de vida de las personas.

Este sistema será capaz de propiciar la promoción de una sociedad diversa, orientada social, económica y culturalmente hacia relaciones que apunten a una vida emocional, psicológica, física y comunitaria que permita alcanzar el bienestar integral de las personas y de las vidas con una perspectiva sostenible y ecológica.¹

Al tratarse de un Sistema Nacional de Salud Pública Universal de cobertura nacional, tendrá como concepción la salud como un Derecho Humano Fundamental y como un bien público tutelado por los poderes de un Estado Solidario, incluyendo las acciones sanitarias, y será financiado a través de impuestos y contribuciones complementarias de seguridad social con una cobertura universal e integración de la red de servicios basados en la atención primaria de salud, considerando la salud de las personas, la protección y conservación del medio ambiente natural y un análisis bajo la concepción de interseccionalidad en todas las políticas sectoriales, lo que permitirá que la superposición entre las identidades de raza, sexo, clase, sexualidad, pobreza, riqueza, nacionalidad, se incorpore en el análisis estructural; contribuyendo así a incidir en las decisiones que consideren el verdadero rango de las vidas y alcance para comprender todas las experiencias, necesidades, creencias y culturas de un estado multinacional (Crenshaw, 1991).

El modelo centrado en las personas y las comunidades con perspectiva de derechos humanos será inclusivo y plurinacional, por tanto, sin discriminaciones de ningún tipo.

Este modelo exige un cambio de paradigma en las relaciones entre los ciudadanos y el sistema sanitario. Para esto, la institucionalidad sanitaria debe transformar sus mecanismos de organización, a través de la planificación e identificación de prioridades en un diálogo con los actores comunitarios y dando cuenta de sus acciones con transparencia, implementando las medidas necesarias para favorecer la participación de las comunidades y de los pueblos en la elaboración de sus estrategias y los cambios de la propia atención de salud, para así responder a las expectativas, preferencias y necesidades de los individuos y sus organizaciones. El modelo tiene que redefinir sus objetivos buscando resultados de salud y bienestar al más alto nivel posible. (OPS, 2016)



Este nuevo modelo de cuidado y atención se sustenta en el cambio del paradigma de la enfermedad, para incorporar un enfoque de calidad de vida y de los determinantes sociales de la salud, lo que implica privilegiar las medidas de promoción de salud, protección sanitaria, prevención del daño y acompañamiento en situaciones de enfermedad de las personas, otorgando cuidados integrales en sus contextos de vida. El eje del modelo sanitario debe ser la Atención Primaria de Salud (APS), enfocada en la asistencia lo más cercana a las comunidades locales. (García-Huidobro & al, 2018) Este enfoque se caracteriza por la activa participación de las personas, comunidades y pueblos en todo el proceso de atención y protección de la salud.

Lo anterior se expresa en las siguientes propuestas:

Integrar las instancias locales, comunales y regionales que interactúan en la implementación de las políticas públicas y definen las necesidades para el desarrollo territorial integral.

Participar en el cuidado de su enfermedad, mediante estrategias de decisiones compartidas, de activación y fortalecimiento del autocuidado.

En el diseño de la atención: realizando estudios de percepción, co-diseño de los procesos de atención e incluso en la co-creación de estos procesos entre otras estrategias. (The Health Foundation, 2013)

En la evaluación de las prestaciones: Evaluación de la experiencia en la atención, evaluación de resultados de los procesos, estudios de opinión, sistemas de reclamos y otras formas que permitan su incorporación sistemática al modelo de atención. "Un ámbito que se debe reforzar es el enfoque en estrategias de estudios cualitativos, que den cuenta de procesos sociales desde la perspectiva de todos los actores relacionados; entendiendo la salud como una construcción social en que participan las culturas, los intereses de los usuarios y de los prestadores, tanto a nivel de relaciones clínicas como de diseño e implementación de programas de salud, priorizando la interculturalidad".

¹ Reflexión del grupo Cabildo Salud es un derecho. Taller de "Grupo Nominal" enero 2020



Modelo de gestión

Es la forma de organizar los recursos y trabajadores del sistema sanitario. Este modelo debe propiciar el óptimo uso de los recursos para obtener los mejores resultados sanitarios, además de potenciar a sus trabajadores en su desempeño. Esto tiene especial relevancia dado el avance de la tecnología sanitaria, en particular las asociadas a la información de salud, que han otorgado nuevas alternativas de gestión y han hecho evidentes las crecientes expectativas y necesidades de las personas y las comunidades y el imperativo de satisfacerlas.

Se entenderá como red de salud y bienestar a los establecimientos sanitarios y todos aquellos que participen de las estrategias de promoción, prevención y rehabilitación de la calidad de vida de las personas y comunidades en el territorio. Estas redes deberán planificar el desarrollo de estrategias locales y deberán ser evaluadas en función del logro de objetivos estratégicos sostenibles y compartidos, basados en las personas, los cuidados de las vidas, la satisfacción de los ciudadanos y los resultados en la calidad de vida y el bienestar de las personas y las comunidades.

I. Intersectorialidad

El sistema nacional de salud pública universal y plurinacional, con un modelo de atención integral con eje en la APS, requiere de una mirada intersectorial orientada al bienestar de las personas y comunidades del territorio, cuyas decisiones para el desarrollo social, económico, ambiental y cultural deben tener presente la premisa: "Salud en Todas las Políticas". De esta forma se deben establecer conversaciones y deliberaciones permanentes de las distintas administraciones sectoriales (Por ejemplo: Educación, Vivienda, Medio ambiente, Salud), creando un espacio de análisis común entre las diferentes carteras o ámbitos ministeriales, para la toma de decisiones políticas y sociales (Cunill, 2014). Uno de estos espacios es la "Asamblea Social por el Derecho a la Salud y Bienestar" y los demás Concejos Sociales que establezca la nueva constitución y las consecutivas normas constitucionales para la promoción de los derechos sociales. Todos ellos deben ser parte de las decisiones políticas que afecten a las personas, a las vidas y al medio ambiente.

Se propone entonces, una nueva forma de hacer política sectorial, pasando de una administración fragmentada, segmentada y aislada, a una gestión integrada, tanto en la asignación de los recursos financieros del Estado como en el ámbito de las inversiones, cuyo propósito será propender al desarrollo sustentable, al bienestar de las personas durante todo el transcurso de la vida y de las comunidades, y por sobre todo a la protección del medio ambiente para las futuras generaciones mitigando el daño al planeta con políticas enfocadas en la disminución del calentamiento global, la conservación de la ecología y el equilibrio natural de las vidas.



II Ejes del Modelo de gestión²

Estará organizado en redes territoriales al servicio del bienestar y la calidad de vida de las personas y comunidades. Para esto deben integrarse no solo a las instituciones de atención de salud (prestadores) sino, también, a las organizaciones de la sociedad que tengan como objetivo la promoción y prevención de salud y el mejor bienestar de la comunidad (asambleas regionales y locales de salud), además de las instituciones del Estado que contribuyen como factores determinantes en ese bienestar, tales como los gobiernos locales, provinciales y regionales, organismos de educación, desarrollo social, deporte y cultura. Esta coordinación deberá tener una expresión institucional.

La organización del sistema estará basada en la gestión y planificación territorial de salud de la población a cargo, enfocada en las prioridades sanitarias nacionales, pero con pertinencia territorial.

La red de salud estará formada por la integración de múltiples plataformas que proveerán de servicios y acciones sanitarias para las personas que habitan el territorio, de acceso universal, como un continuo de atenciones, dependiendo de las necesidades, la capacidad de resolución y de los tipos de riesgos de estas acciones o servicios.

Las respuestas sanitarias deben ser sistémicas, desde las estrategias sociales hasta la solución terapéutica de un problema de salud. Se propiciará la gestión de los cuidados multidisciplinarios en red, con continuidad, oportunidad y calidad de atención, de forma efectiva, eficiente y segura. Aquellos cuidados estandarizados y que impliquen menos incertidumbre terapéutica, podrán realizarse bajo supervisión o teleasistencia en dispositivos sanitarios de menor complejidad tecnológica y mayor integralidad y cercanía a las comunidades y familias.

Debe instalarse una capacidad de resolución creciente en todos los dispositivos de la red, en particular en APS, para los problemas de salud crónicos, los que van en aumento.

Se debe estimular el desarrollo de estrategias que habiliten y acompañen a las personas en su autonomía para su propio autocuidado y toma de decisiones en salud. Favorecer espacios colectivos de grupos de pares, tales como "pacientes con experiencias de enfermedad", y la educación popular en calidad de vida, así como instancias de escucha por parte de las instituciones sanitarias de las estrategias existentes en los territorios de autocuidado y autoatención; esto con el fin de compatibilizar y articular respuestas integrales e integradas para la promoción de la salud.

² Estos ejes surgen como fruto de la reflexión colectiva del **Cabildo "Salud, un Derecho"**.



Gestionar estrategias para garantizar el desarrollo saludable de la nueva generación ciudadana con enfoque en el ciclo vital, inter y trans-disciplinariamente, tanto a nivel local como en el macrosistema. Las unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico estarán integradas en las redes territoriales, implementando estrategias que instalen una capacidad diagnóstica y de toma de exámenes de laboratorio, en particular de imágenes descentralizadas en su ejecución. Se crearán redes de laboratorios y de imagenología territoriales.

Las métricas e indicadores para evaluar el desempeño de los servicios, establecimientos o estrategias deben apuntar a resultados sanitarios, impacto poblacional, satisfacción de las personas y seguridad clínica.

Privilegiar las coordinaciones asistenciales horizontales entre dispositivos y equipos multidisciplinarios por sobre las coordinaciones verticales, para responder a situaciones concretas y para acordar planes conjuntos, coordinados con las personas involucradas y/o las comunidades, garantizando equidad y oportunidad en el acceso a prestaciones sanitarias.

Deberán priorizarse estrategias que favorezcan la ambulatorización de la atención, favoreciendo la mantención de la vida familiar, laboral y de integración territorial.

La gestión clínica estará basada en la mejor evidencia disponible, con evaluación de la efectividad sanitaria, utilizando herramientas de priorización y con los más altos niveles posibles de seguridad. Se instalarán comités de deliberación de decisiones clínicas multidisciplinarios para tomar las mejores decisiones centradas en las personas.

Se implementarán equipos de cabecera multidisciplinarios o de tratantes dependiendo de varios factores como el tipo de problema de salud, etapa y capacidad de resolución, con el fin de otorgar continuidad del cuidado.

Este sistema garantizará el acceso y distribución de los recursos disponibles equitativo y su uso eficiente, siendo flexible en la generación de políticas integrales y en las formas de entregar los servicios de acuerdo con las necesidades de los territorios locales, comunas y regiones, adaptando las acciones y políticas a esas realidades territoriales.

Se debe fomentar el desarrollo de políticas integrales y estrategias de planificación con enfoque sanitario en la contratación, retención, desarrollo y promoción de los trabajadores de salud, considerando los desafíos demográficos, epidemiológicos y territoriales existentes.

Deberá existir una gobernanza en la planificación y regulación intersectorial para la formación de los nuevos profesionales, técnicos y personal de salud necesarios para el sistema sanitario y, también, en la capacitación continua de los trabajadores, coherente con el modelo de atención. Especial énfasis se hará en torno a la planificación de las especialidades médicas y su reformulación a nivel nacional, la distribución racional de los recursos humanos especializados y la articulación de los campos clínicos con sentido nacional.



Desarrollo de un Sistema Nacional de Información Clínica integrado, que permita el fácil acceso de los gestores sanitarios, los profesionales y técnicos del Sistema Universal de Salud y de los ciudadanos, a la información que requieran en su ámbito específico para la toma de decisiones respecto a situaciones sanitarias de las personas y de las comunidades, independientemente de la región o comuna en que se efectúen las prestaciones. Este sistema deberá vincularse, a un Sistema Público Nacional de Información y Gestión en Salud.

III. Red de establecimientos de Protección Social territorial.

Red de establecimientos de Atención Primaria Territoriales, ubicados precisamente en los territorios cercanos a los lugares de residencia y convivencia de las personas y comunidades, idealmente para hacerse cargo de la atención de salud para 5.000 a 15.000 personas, denominados como Centros Comunitarios y/o Postas Rurales y Urbanas dependientes y/o independientes de un Centro de Salud Familiar.

a.- Estaciones de salud Rural: Centros de acciones y atención de salud en territorios alejados y rurales. Con un modelo de rondas del equipo de salud.

b.- Centros de sanación, cuidado y atención de personas. El modelo de atención y cuidados de salud debe considerar la creación de áreas de desarrollo de modelos de cuidado y atención de salud de los pueblos originarios, resguardando el acceso a los sistemas de cuidados y sanación propios de cada cultura. El acceso a la atención de las comunidades de pueblos originarios se debe diseñar con las comunidades y establecerse espacios físico que favorezcan el ejercicio de las prácticas de sanación, tanto rurales como urbanos, en espacios de relación armoniosa entre las culturas desde la cosmovisión de cada pueblo, ubicados en parques, plazas, condominios, unidades vecinales y otros espacios públicos, según la necesidad y posibilidad territorial: mapuche, aymara, quechua, atacameño, diaguita y rapanui. Estos espacios deben considerar arquitectura acorde a la cosmovisión de cada pueblo, incorporando las construcciones simbólicas, la legitimidad de los procesos territoriales y culturales de cada uno.

Independientemente de esta propuesta es importante recalcar que el sistema de salud debe favorecer y promover el diseño o continuidad de procesos de salud intercultural a través de las formas que cada etnia en Chile quiera darse; con enfoque de interculturalidad en salud y complementariedad de sistemas y modelos sanitarios (dependiendo de los objetivos específicos de cada pueblo); vinculados a nociones territoriales propias de cada etnia o parcialidad cultural y cuyos límites y alcances deben ser desarrollados por cada pueblo de manera dinámica y armónica con sus procesos políticos de autodeterminación.



c.- Centros de Salud Familiar para 30.000 personas, organizados por territorios de 5.000 personas a cargo de un grupo gestor de cabecera, e integrado por un equipo multidisciplinario y atención de especialistas en forma presencial, consultoría y/o tele asistencia en al menos las siguientes especialidades: Medicina Interna, Psiquiatría, Gerontología (Geriatría), Pediatría, Ginecología, Traumatología, Imagenología (radiología simple y ecografías), Laboratorios Básicos, Dermatología, Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de atención de alta Resolutividad (SAR), Atención Primaria de Unidades Oftalmológicas, Otorrinolaringológicas y Medicinas Complementarias, respetando la cosmovisión de cada persona en su particularidad.

d.- Centros Comunitarios de Rehabilitación Integral Física, Neurológica y Psicológica ("Salud Mental") Basado en Comunidad (RBC), constituidos en espacios de convivencia, conversaciones y desarrollo de habilidades para la vida inclusiva, incorporando a las familias y redes sociales, como foco de su integración.

e.- Centros de Rehabilitación y/o Casas de Acogida para personas con condición Física, Neurológica y Psicológica Especial o Diferente ("Centros Diurnos para personas con discapacidad"), personas vulneradas en sus derechos y/o en situación de calle, con estadía diurna y nocturna; que les permita sobrellevar la carga de su condición y desarrollarse en sus capacidades, para integrarse a la vida familiar, laboral y comunitaria como un igual.

f.- Centros de Bienestar para el Adulto y la Adulta Mayor, ubicados en los territorios, caracterizados por un Espacio de Convivencia Social, Conversaciones entre pares e Intergeneracionales (Adultos Mayores, Jóvenes y Niños), Recreación, Arte, Cultura, Jardinería, Oficios, Lectura, Actividad Física y Educación para la salud y el bienestar, con alimentación y abrigo durante el tiempo que sea necesario para tener compañía y espacio para un mejor bienestar emocional, psíquico y físico.

g.- Centros de Bienestar, Promoción de la Salud, Salud Sexual y Reproductiva para jóvenes y adolescentes, caracterizados como un espacio abierto para los jóvenes, que incluya lugares para las conversaciones, recreación, arte, cultura, estudio, reforzamiento de los estudios, atención de salud y consejería en las áreas de interés y según necesidades, otorgadas por personas preparadas y capacitadas en la comprensión de la etapa de la vida adolescente como un continuo diverso y particular.



h.- Centros comunitarios madres/padres – infantes, de cuidado interdisciplinario de la gestante, para promover el desarrollo más saludable posible de niños y niñas integrándolos a nuestra sociedad. En la nueva generación, las experiencias vividas durante el periodo perinatal y la primera infancia serán una impronta en su salud física y mental, que los orientará hacia la resiliencia.

i.- Centros para el Desarrollo Infantil (Jardines Infantiles y Salas Cuna): espacios para el cuidado y desarrollo de los niños y niñas, donde el foco debe ser el aprendizaje para el desarrollo integral en estimulación cognitiva y física, basado en el juego y el desarrollo intelectual, la alimentación y nutrición, la actividad física, el arte y cultura, la enseñanza de idiomas (incluidas las lenguas de pueblos originarios), la lectura dirigida, las conversaciones, las tecnologías computacionales y redes sociales, las matemáticas y negocios, los oficios para la vida (higiene, aseo, quehaceres del hogar, gasfitería, carpintería, jardinería, etc.), además de los cuidados al Medio Ambiente. Por último, es importante la inducción desde la primera infancia sobre el control de salud preventivo y la alfabetización sanitaria, incluyendo las medicinas complementarias y de los pueblos originarios ("Aprender jugando", "Cine y arte", "Cuenta cuentos", "Mundo Imaginario").

j.- Unidades de salud escolar en instituciones educacionales del territorio: El desarrollo de estrategias de promoción de vida saludable en niños, niñas y adolescentes (NNA) y de acciones de prevención de salud integradas al territorio.

k.- Centros Culturales de Bienestar abiertos a la comunidad, con desarrollo de actividades y formación en arte, danza, música, teatro, literatura, idiomas. Presentación de obras y espacio para que los mismos grupos muestren a la comunidad sus creaciones, como una forma de demostrar sus capacidades y talentos a la misma sociedad donde vive y convive.

l.- Centros de Deportes y Clubes Deportivos en todos los barrios y territorios de la comunidad, donde se ofrezcan los espacios, los implementos y condiciones para la enseñanza, práctica y desarrollo de los talentos y potencialidades de las personas de todas las edades.

m.- Hospitales Comunitarios, para hospitalización de personas con patología aguda de baja complejidad, recuperación de personas con patologías de cuidado intrahospitalario y primeros cuidados socio sanitarios hasta la recuperación.



n.- Establecimientos hospitalarios y ambulatorios de Alta Complejidad Tecnológica y Sanitaria como complemento a los servicios sanitarios de la red de atención primaria de salud, que permita la continuidad de los cuidados y tratamientos especializados para la recuperación de las personas con patologías complejas que no pudieron ser resueltas a nivel de la red de atención primaria de salud.

o.- Institutos de Salud Especializados de cobertura nacional, dedicados a aquellas patologías de alta especialización y enfermedades raras o poco frecuentes; con desarrollo en la investigación, tratamientos de alto costo y regulación. En este ámbito, es relevante incluir un modelo de desarrollo enfocado en la investigación e implementación de tecnologías sanitarias, siendo estas instituciones quienes se ubiquen en la vanguardia del conocimiento en esta materia.

p.- Centros de Vigilancia Sanitaria. Los gobierno locales, regionales y nacional deberán contar con centros que aporten información básica para conocer las condiciones de salud y calidad de vida de la población a cargo e implementen medidas orientadas a resguardar y proteger calidad de los bienes públicos que protegen la vida de las personas y comunidades, tales como garantizar acceso y calidad del agua para todos los habitantes, calidad del aire, cumplimiento de normativas de la calidad de los alimentos, condiciones laborales y ambiente saludables, manejo de zoonosis, etc.



Gobernanza

Cuando hablamos de modelos de atención, estamos hablando de la forma en que el sistema sanitario y el conjunto de la sociedad definen los mecanismos y el sentido de la relación en que las personas como ciudadanos sujetos de derecho y las comunidades, se involucran con estas organizaciones sanitarias, en contraposición a un modelo vertical desde la tecnocracia.

Actualmente las exigencias de mayor involucramiento y la necesidad de mayor participación por parte de la ciudadanía y sus comunidades obligan a las organizaciones de salud a transitar desde las organizaciones cerradas y autorreferentes actuales hacia la transformación a espacios públicos de encuentro democrático. Las prácticas clínicas y administrativas, políticas y normativas deben ser conocidas y exigibles en su cumplimiento por parte de los ciudadanos, así como el desarrollo creciente de espacios de participación en el diseño e implementación. Por tanto, avanzar hacia un nuevo concepto de gobernanza en salud. (Cunill, Fernandez, & Vergara, 2011)

Este nuevo sistema deberá basarse en un estilo de gobernanza que privilegie la **cooperación** basada en la confianza, que permita generar espacios de comunicación recíproca entre la diversidad de actores y de saberes que tienen incidencia en la ejecución de las políticas de salud basadas en este modelo, fomentando su interdependencia en espacios de conversación deliberativos. En particular, la intersectorialidad debe transformarse desde la mera coordinación hacia una de generación de una visión compartida de diagnóstico y propósitos entre las diferentes estrategias realizadas en el territorio.

Los cambios en los instrumentos de planificación, generación de presupuestos sanitarios y evaluación deberán ser integradores para promover las articulaciones necesarias entre los actores sociales y administrativos. Los objetivos e indicadores de resultado en las comunidades y las personas, no solo desde el punto de vista valórico, representan el espíritu del modelo, permitiendo su integración. Los indicadores sanitarios serán instrumentos de las instituciones, para calibrar y mejorar las intervenciones en salud, pero no serán metas en sí mismas, transformándose en herramientas del sistema sanitario. (Cunill, Fernandez, & Vergara, 2011). Para objetivar lo anterior, se propone pasar desde la medición de "indicadores de medios" que evalúan la herramienta, encuesta o pauta aplicada, hacia la medición de "indicadores de resultados", ejemplificado como número de niños recuperados de alguna condición o número de infartos al miocardio reducidos en una población en un tiempo establecido.

Desde este espacio de gobernanza es posible la participación de las personas y las comunidades, tanto en la planificación como en la gestión del sistema sanitario, a través de los aportes en recursos comunitarios, de la sabiduría popular, cosmovisión multicultural y plurinacional, colaboración comunitaria y control social permanente.



Deberán existir espacios deliberativos nacionales y locales, incentivando una gobernanza sistémica, en donde los actores gubernamentales involucrados en el ejercicio de un derecho ciudadano mantienen relaciones orgánicas y sostenidas de cooperación para producir soluciones integrales a las problemáticas que el derecho interpela, concebida en tres dimensiones: la instrumental, la espacial y la valórica.

I Participación

La participación no solo se vincula a la exigibilidad de los derechos, sino también como un derecho en sí mismo. En términos generales, el principio de la participación ciudadana es consustancial a todas las políticas públicas con enfoque de derechos. *Las aspiraciones de la población deben formar parte de toda prioridad en las políticas públicas. Sin embargo, cobran especial relevancia aquellos aspectos subjetivos valorados desde la perspectiva del ciudadano y que en ciertos ámbitos pueden estar deteriorados. Éstos incluyen el ser y sentirse respetado, tratado con dignidad e igualdad, ser considerado como ciudadano con derechos y libertades.* (Drago, 2006). Existen algunos derechos concretos de participación y consulta en los procesos de decisión de políticas públicas sociales que están directamente definidos en normas internacionales o constitucionales (Pautassi, 2006).

En lo relacionado a los pueblos originarios la mirada de salud plurinacional se adscribe a lo planteado en temas de participación de los pueblos originarios por el convenio 169 de la OIT y que actualmente se aplica en Chile a través de la política de salud y pueblos indígenas y su programa PESPI del MINSAL.

La Reforma de salud chilena del 2005 estimula la creación de los Consejos de Integración de la Red Asistencial, los Consejos Asesores de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y los Consejos Asesores de los Hospitales Auto gestionados. Todos ellos son de representación formal, no deliberativos y sin injerencia en la toma de decisiones y evaluaciones de las estrategias o políticas de salud local o regional. Estas experiencias de incorporación de la participación en el marco de políticas públicas en la reforma de salud del 2005 han sido evaluadas como muy insuficientes, por lo cual deben ser profundizadas (Drago, 2006).



En el documento **Reflexiones y herramientas para la acción social en Chile** del Departamento de participación social de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL se señala que los diagnósticos participativos, procesos de planificación local participativa, definición de canastas básicas de prestaciones, entre otras, deben efectuarse en conjunto con las comunidades locales. Si bien es posible encontrar experiencias innovadoras y de mayor consistencia con los principios del modelo propuesto, estas aún no confluyen en un proceso de carácter global y sistémico, siendo muchas de ellas iniciativas aisladas y en algunos casos, de carácter coyuntural o esporádico”. (MINSAL, 2009)

Proponemos que las estrategias y políticas deben tener en su proceso de diseño, implementación y evaluación, instancias estructurales garantizadas de participación ciudadana, que incluyan a los organismos e instituciones de salud.

Proponemos la creación de una **Asamblea Social por el Derecho a la Salud y el Bienestar**, constituido como una organización política que busca consagrar la salud como un derecho humano multidimensional, estableciendo el control social tanto para la definición de las políticas de salud acordes a las realidades regionales, comunales y territoriales como el acceso universal y calidad de los servicios sanitarios. Debe ser una instancia deliberativa para las autoridades a nivel nacional, regional, comunal y territorial, conformada por representantes de múltiples organizaciones de la sociedad civil, organizaciones sociales, sociedades científicas, organizaciones de trabajadores, representantes de los Ministerios de Salud, Educación, Cultura, Deportes, Desarrollo Social, Vivienda y Urbanismo, entre otros representantes del intersector.³

Se proponen los siguientes ámbitos de organización:

- a) Nacional
- b) Regional
- c) Comunal
- d) Territorial (Local)

Este último debe estar integrado por representantes de las organizaciones civiles, juntas de vecinos, organizaciones sociales, clubes de adultos (as) mayores, jóvenes, niños y niñas, monitoras de salud, cuidadoras de personas enfermas, grupos de autocuidado, clubes deportivos, organizaciones sociales de la cultura, arte, entre otros.

³ Se toma como referencia La Mesa Social por el derecho a la salud que se constituye en Octubre 2019



XI Reflexión Final:

La Propuesta del Sistema de Salud Pública, Universal y Plurinacional con un modelo centrado en las personas y las comunidades ha sido desarrollado a partir de la evidencia de las desiguales e injustos resultados en las condiciones de salud de la población según territorio, género, curso de vida, nivel socioeconómico, condición de migrante y pertenencia a pueblos originarios.

Esta propuesta de Modelo debe ser complementada con otros componentes esenciales que constituyen este Sistema de Salud, como el sistema de financiamiento de la red asistencial, de aseguramiento de la calidad y de todas las funciones de protección, regulación y fiscalización de la autoridad sanitaria. Otro aspecto esencial del sistema es la planificación, formación, desarrollo y cuidado del personal de salud. Por otro lado, la institucionalidad del Sistema Universal debe abordar los problemas de fragmentación que ocurren entre los distintos componentes de la atención sanitaria y la autoridad ministerial, para garantizar la continuidad del cuidado de las personas y las comunidades. Estos últimos temas, serán tratados en extenso en otros documentos que el Cabildo se encuentra elaborando.



Bibliografía

1. Bilal, U. (Diciembre 2019). Desigualdades en la esperanza de vida en seis grandes ciudades latinoamericanas del estudio SALURBAL: un análisis ecológico. *The Lancet*, páginas e503-e510. Originalmente en su título en inglés: Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. Recuperado de: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2542-5196%2819%2930235-9>
2. Constitución Política de la República de Chile, año 1980. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=242302>
3. Cunill, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gest. polít. pública*.
4. Crenshaw, Kimberlé W. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43 (6), pp. 1.241-1.299. Traducido por: Raquel (Lucas) Platero y Javier Sáez. Kimberlé Williams Crenshaw.
5. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color. Raquel (Lucas), Platero. *Intersecciones: Cuerpos y Sexualidad en la encrucijada*. Ediciones Bellaterra. 2012 Connell R.W. Masculinidades. Universidad Nacional Autónoma de México, 2002.
6. Cabildo, la Salud un Derecho; Fernández M, Lautaro. Propuesta para un nuevo Sistema Nacional de Salud Pública Universal para Chile del Siglo XXI. 15-24 agosto 2020.
7. Drago, M. (2006). *La Reforma de salud desde la perspectiva de derechos humano*. Cepal.
8. ESP-COLMED. (2018). *Propuesta-Reforma-de-Financiamiento-Integral-a-la-Salud*.
9. García-Huidobro, & al, e. (2018). Atención integral en salud familiar y comunitaria en Chile. *Rev Panam Salud Publica*.
10. MINSAL. (2009). *Reflexiones y herramientas para la acción social en Chile*. MINSAL.
11. MINSAL. (2017). *Encuesta nacional de salud*.
12. OPS. (2016). 69° Asamblea Mundial de la salud. Declaración A69/39. Marco sobre servicios de salud integrados y centradas en las personas .
13. OPS. (2018). *Agenda 2030*.
14. Pautassi, L. (2006). El cuidado como cuestión social. *Mujer y Desarrollo*.
15. PNUD. (2017). *Desiguales*.
16. Porter, M. (2008). atención médica basada en valor. *Annals of Surgery*,.
17. The Health Foundation. (2013). *programa MAGIC*



"Propuesta del Cabildo, salud un derecho". Tema: Modelo de Atención en Salud y Nueva Constitución

18. UNICEF. (2017). *Report Card n.º 14 de Innocenti*.