

Estado de la Atención Primaria de Salud en Chile

Serie Minutas N° 34-22, 22/06/2022

por Magdalena Cardemil Winkler

Resumen

Esta minuta fue elaborada con el propósito de apoyar la labor parlamentaria en la próxima reunión del Parlamento Latinoamericano (Parlatino), a realizarse los días 23 y 24 de junio 2022 en la ciudad de Santiago, Chile.

Disclaimer: Este trabajo ha sido elaborado a solicitud de parlamentarios del Congreso Nacional, bajo sus orientaciones y particulares requerimientos. Por consiguiente, sus contenidos están delimitados por los plazos de entrega que se establezcan y por los parámetros de análisis acordados. No es un documento académico y se enmarca en criterios de neutralidad e imparcialidad política.

Tabla de contenido

1. Antecedentes Generales	3
2. Atención Primaria de Salud (APS)	4
2.1 Financiamiento de la APS	5
2.2 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria	6
3. El APS y la pandemia	8

1. Antecedentes Generales

El sistema de salud en nuestro país posee un carácter mixto, con usuarios que pueden elegir entre pertenecer a un seguro público, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), o a uno privado, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)¹. El sistema se financia a través de una cotización legal pagada por los trabajadores activos -dependiente, independiente o imponente voluntario- correspondiente a un 7% (mínimo) de la remuneración o renta imponible con un tope de 80,2 UF² y a través de impuestos generales.

Las prestaciones del sector público son coordinadas por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que es definido como todas las personas naturales o jurídicas, públicas y privadas que laboran en salud coordinadamente, dentro de los marcos fijados por el Ministerio de Salud para el cumplimiento de las normas y planes que éste apruebe³. El SNSS está conformado por el Minsal, los Servicios de Salud, Fonasa, ISP, Cenabast y las instituciones en convenio⁴.

La provisión de los servicios asistenciales está a cargo de los 29 Servicios de Salud distribuidos a lo largo y ancho del país. Estos Servicios son organismos estatales funcionalmente descentralizados, sometidos a la supervigilancia del Ministerio de Salud, a los que les corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas del país⁵. A su vez, la Red Asistencial de cada Servicio está constituida por un conjunto de establecimientos asistenciales públicos, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud⁶. La Red de cada Servicio se organiza con un primer nivel de atención primario, el que deriva a los pacientes hacia un segundo o tercer nivel conforme las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos. Así, la Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud y es fundamental en las estrategias de sistemas de salud de los países, con un foco distintivo en promoción y prevención.

1 La salud de las FF.AA. y de Orden y Seguridad Pública se administran a través de otras entidades dependientes del Ministerio de Defensa.

2 <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-2908.html>

3 DFL 1 MINSAL. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=249177>

4 Universidad del Desarrollo, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (2019). Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno, Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>

5 Según la Ley 19.937 que Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana; y el Reglamento de los Servicios de Salud (decreto 140 de 2004) Disponibles en: <http://bcn.cl/32k1w> y https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4812_recurso_1.pdf

⁶ *Ibíd.*

2. Atención Primaria de Salud (APS)

Existe un amplio apoyo por parte de las principales organizaciones internacionales para el desarrollo y robustecimiento de la APS en los sistemas de salud alrededor del mundo. El compromiso con el fortalecimiento de la APS ha sido formulado y reiterado en múltiples ocasiones, como por ejemplo en la Declaración de Alma-Ata (1978)⁷, en la Declaración de Astaná (2018)⁸, la Resolución 72/2 de la Asamblea Mundial de la Salud, el Informe de seguimiento de la cobertura sanitaria universal 2019 y la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Cobertura Sanitaria Universal⁹. El interés se basa en la evidencia de que las inversiones en APS mejoran la equidad y el acceso en relación con los servicios de salud, el desempeño de la atención médica, la rendición de cuentas de los sistemas sanitarios y los resultados de salud (menor uso de servicios de urgencia, menor tasa de hospitalizaciones innecesarias, entre otros.)¹⁰¹¹. En esta línea la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a las APS como el "motor programático" para lograr la cobertura sanitaria universal, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud y la seguridad sanitaria, y clave para la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación presente en los sistemas de salud. La OMS también considera a la APS fundamental para lograr que los sistemas de salud sean más resistentes en situaciones de crisis, sean más dinámicos en la detección de los primeros signos de epidemias y estén más preparados para actuar de forma temprana en respuesta a los aumentos en la demanda de servicios¹².

Por su parte, desde la Organización Panamericana de Salud (OPS) existen importantes esfuerzos para desarrollar la APS en base a Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RISS), superando así las problemáticas comunes derivadas de la fragmentación territorial y administrativa de los Servicios de Salud¹³.

En Chile la APS se implementa a través de diferentes mecanismos¹⁴:

a) Atención Primaria de Salud Municipal, cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red, (concentra la mayor parte del total de APS)

7 PAHO (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

8 WHO (2018). Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

9 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

10 *Ibíd.*

11 MINSAL (2022). Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf>

12 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

13 PAHO (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política, Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No.4. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/redes-integradas-servicios-salud-conceptos-opciones-politica-hoja-ruta-para-su-0>

14 MINSAL (2017). Eje gestión de recursos financieros en atención primaria. Subsecretaría Redes Asistenciales. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/4_GESTION-RECURSOS-FINANCIEROS-APS.pdf

b) Atención Primaria Dependiente de los propios Servicios de Salud, cuya administración es del Servicio de Salud correspondiente

c) Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que a través del convenio DFL 36/80 de 1980 suscrito con los Servicios de Salud respectivos, ejecutan acciones del nivel primario de atención.

Ejemplos de establecimientos de salud primaria son los Centros de Salud Familiar (CESFAM), los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), los Consultorio de Salud Mental (COSAM), las Postas de Salud Rurales (PSR), el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), entre otros. A junio 2017, la red de APS estaba compuesta por 2.514 establecimientos, con una dotación de personal de 58.600 funcionarios¹⁵. La cobertura formal de APS considera solo a aquella población beneficiaria de FONASA que se inscribe en centros de APS¹⁶.

2.1 Financiamiento de la APS

Con respecto a su financiamiento, la mayor parte del aporte fiscal para la APS se canaliza a través de las municipalidades, las cuales reciben recursos a través de un pago per cápita¹⁷, determinado por las características de la población beneficiaria y una canasta definida de prestaciones (Plan de Salud Familiar)¹⁸, y un pago prospectivo por prestación (programas de reforzamiento)¹⁹. Este último pago consiste en recursos que se entregan vía convenios suscritos entre los Servicios de Salud respectivos y los municipios, para financiar las acciones de salud que no estén contempladas en el Plan de Salud Familiar²⁰. A su vez, el financiamiento de la APS dependiente de los Servicios de Salud y ONGs en convenio, se realiza a través de pago prospectivo por prestación y presupuesto histórico²¹

Según la Ley de presupuestos del sector público del año 2022, el programa 02 "Atención Primaria" contempla recursos por \$ 223.138.799 miles para el financiamiento de la atención primaria desarrollada en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y para el financiamiento de los convenios D.F.L. N° 36 de 1980 (9,3% del total), mientras que para la salud municipal se considera \$ 2.175.587.093 miles (90,7% del total), para un total de

15 MINSAL (2017). Atención Primaria de Salud en Chile. Avances y Desafíos. Disponible en: <https://achm.cl/download/atencion-primaria-salud-en-chile-avances-y-desafios-iii-pdf/>

16 Con la excepción de los servicios primarios de urgencia.

17 Cuyo monto se determina anualmente mediante decreto fundado del MINSAL.

18 Consiste en una canasta de prestaciones establecidas en los distintos programas de salud (salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológico, del ambiente), que incluye también las garantías explícitas en salud (GES) otorgadas por el nivel primario de atención. MINSAL. Financiamiento de la atención primaria de salud municipal, evaluación de indexadores del per cápita basal. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/001.Financiamiento-de-la-Atenci%C3%B3n-Primaria-de-Salud-Municipal-evaluaci%C3%B3n-de-indexadores-del-per-capita-basal.pdf>

19 Ley N°19.378. Disponible en: <http://bcn.cl/2uclz>

20 Universidad del Desarrollo, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (2019). Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno, Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>

21 MINSAL (2020) Eje Gestión de Recursos Financieros en Atención Primaria, disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/ANEXO-09.pdf>

\$ 2.398.725.892 miles de pesos²². Lo anterior representa un aumento del 18,8% real (45% nominal) en el total de los recursos con respecto a las cifras 2018.

Presupuesto Programa de Atención Primaria en Salud (miles de pesos reales a mayo 2022)

	2018	2019	2020	2021	2022
APS Municipal	\$ 1.767.793.930	\$ 1.829.429.830	\$ 2.046.164.819	\$ 2.202.132.768	\$ 2.175.587.093
APS Servicios de Salud y DFL 36/80	\$ 251.343.694	\$ 252.527.316	\$ 258.150.712	\$ 236.700.864	\$ 223.138.799
Total	\$ 2.019.137.624	\$ 2.081.957.146	\$ 2.304.315.530	\$ 2.438.833.632	\$ 2.398.725.892

Fuente: Elaboración propia en base a Leyes de Presupuesto del Sector Público y cifras IPC Banco Central (junio 2022)

2.2 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

En el contexto de la Reforma de Salud del año 2005 la APS se comenzó a implementar en nuestro país a través del Modelo Atención Integral de Salud (MAIS), el que se define como o "Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector- y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales"²³.

El modelo posee tres principios irrenunciables²⁴:

1) Centrado en las personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer una relación de confianza y de ayuda entre el

²² Partida 16, capítulo 02, Programa 02 de Atención Primaria, Glosa 01 y 02.

²³ MINSAL (2012). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria y Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

²⁴ MINSAL (2012). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria y Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad.

2) Integralidad de la atención: Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población incluyendo la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

3) Continuidad del cuidado: Los cuidados de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, garantizándose la continuidad clínica, funcional y profesional.

Para materializar estos principios es necesario que los equipos de APS definan su población a cargo, es decir, a los beneficiarios inscritos que recibirán la atención. Lo anterior es consistente con el hecho de que financiamiento de la APS tenga un cálculo per cápita para que se logren determinados objetivos en salud a través de la oferta de una canasta de prestaciones ya definidas.

A pesar de que los equipos de atención comunal y de servicios de salud evalúan positivamente la introducción de este nuevo instrumento, que se ajustaría de mejor manera al quehacer en atención primaria, todavía se debe avanzar en su plena implementación. Un estudio del año 2018²⁵ reveló que en promedio, los establecimientos ubicados en comunas rurales mostraron una menor implementación del MAIS comparados con establecimientos ubicados en comunas urbanas (52,3% frente a 63,7%⁹) y que la implementación del MAIS fue mayor en comunas con mayor número de personas inscritas y con menor índice de pobreza. También el estudio destacó el relativamente alto nivel de implementación de los ejes relacionados con tecnologías, promoción de la salud y participación comunitaria y un menor desarrollo de los ejes de enfoque familiar y calidad. La interpretación que el estudio da al menor desarrollo del enfoque familiar es el predominio del enfoque biomédico, a la cultura organizacional hegemónica, así como también la alta rotación del equipo de salud, que implica una necesidad permanentemente de formar a los equipos en herramientas de enfoque familiar y calidad.

Con respecto a los desafíos que enfrenta nuestro país para el pleno desarrollo de la salud familiar y comunitaria para alcanzar al año 2030 las metas delimitadas en la Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030, el MINSAL identifica principalmente: la alta inequidad territorial en la distribución de recursos humanos en la red, deficientes procesos de selección, reclutamiento, ascenso, promoción y desarrollo de personas de la red de salud, inadecuado diseño e implementación de perfiles de cargo que respondan efectivamente a la necesidad de la red de salud, deficientes políticas y normativas para promover e implementar protección de la salud, seguridad funcionaria, buen trato y clima laboral en la red de salud, entre otros²⁶.

25 García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I, et al. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Revista Panamericana Salud Publica. 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386016/>
26 MINSAL (2022). Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf>

3. El APS y la pandemia

Durante los primeros meses luego de iniciada la pandemia se experimentó una disminución en los controles de atención primaria y secundaria, en conjunto con una reorientación de los recursos hacia la atención de pacientes afectados por patologías respiratorias²⁷. La OMS y la OPS en su momento advirtieron que esta interrupción de prestaciones podría en el largo plazo aumentar la morbilidad y la mortalidad de enfermedades prevenibles y tratables. Según el Colegio Médico, el abordaje de la pandemia y las estrategias potenciadas de las unidades de paciente crítico y de distribución de ventiladores mecánicos tuvieron un claro enfoque biomédico, alejado del modelo de salud chileno que propicia la integralidad de la atención, basada en la atención primaria de salud²⁸.

Aunque con un importante cambio en sus prioridades y prestaciones, por su cercanía la APS fue crucial en la respuesta del Sistema de Salud al Covid-19. En junio 2020 se le encomendó a los establecimientos de APS el ejecutar las medidas relacionadas con la identificación de los contactos estrechos de personas diagnosticadas con Covid-19 y efectuar las tareas de diagnóstico²⁹. Posteriormente en julio, se publicó el protocolo de la estrategia TTA para el control de la pandemia (Testeo-Trazabilidad-Aislamiento)³⁰ en donde también fue rol de la APS el buscar activamente casos positivos de Covid dentro de los territorios, además del seguimiento y monitoreo de aquellos positivos. A medida que la crisis sanitaria fue avanzado, también fue rol de los APS el rehabilitar a las personas que quedaron con sintomatología post COVID-19, con especial énfasis en la kinesioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional³¹.

Así, esta reorganización de la oferta de servicios en APS en la práctica se tradujo en que³²:

- Se generó una oferta preventiva en relación al nuevo riesgo COVID-19
- Se potenció la atención a domicilio para disminuir la movilidad de la población de riesgo, como por ejemplo en la entrega de fármacos y Programas Alimentarios
- Se definieron medidas de precaución para el personal de salud como el teletrabajo y el sistema de turnos
- Se transformaron todos los servicios que lo permitieron de presenciales a virtuales, con seguimiento telefónico
- Se adecuaron los espacios físicos, separando el flujo de pacientes COVID y no COVID

27 Colegio Médico (2020). El impacto del Covid19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación. Grupo de reactivación sanitaria. Disponible en: <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/08/reactivacion-sanitaria.pdf>

28 Ibíd.

29 (Resolución) Núm. 420 exenta.- Santiago, 4 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2020/06/06/42674/01/1770543.pdf>

30 MINSAL (2020). Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia covid-19 en Chile: Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y aislamiento. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Estrategia-Testeo-Trazabilidad-y-Aislamiento.pdf>

31 <https://www.uchile.cl/noticias/178720/el-rol-de-la-atencion-primaria-y-la-rehabilitacion-tras-el-covid-19>

32 MINSAL (2020). Atención Primaria frente a la pandemia de Covid-19, Seminario: Superintendencia de Salud y Sociedad Chilena de Calidad Asistencial. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-19597_pres_1.pdf

- Se implementó una Red de atención primaria diferenciada por existencia de cuadro respiratorio, Centros Exclusivos de Atención Respiratoria (CEAR)
- Se ampliaron los horarios de funcionamiento de CESFAM, SAPU y SAR
- Se contrataron refuerzos de RRHH en SAPU, SAR, CESFAM, Postas de Salud Rural

En marzo del 2022 el Ministerio de Salud realizó un balance de la Gestión Covid-19 entre los años 2018 y 2022, en donde se destacó la creación de las Unidades de Observación Prolongada en los servicios de urgencia de la APS, y la apertura anticipada de 16 establecimientos de atención primaria que permitió beneficiar a más de 600 mil usuarios³³. La estrategia de Atención Domiciliaria en APS tuvo una alta tasa de implementación, permitiendo la realización de 2.426.706 visitas y 2.626.594 procedimientos. El programa de entrega de fármacos y medicamentos a domicilios también alcanzó una cobertura muy significativa, ejecutándose en 28 de los 29 Servicios de Salud y en 303 de las 346 comunas a nivel nacional³⁴. También en esta instancia se destacó la Ley Consultorio Seguro³⁵ en vigencia desde el 2019, la que estableció sanciones más duras contra quienes agredan a funcionarios de salud o funcionarios que presten servicios en establecimientos educacionales.

El desafiante escenario de los últimos años generó incentivos para desarrollar maneras más efectivas para la comunicación y atención de los pacientes. Durante la Pandemia la telesalud tuvo un buen recibimiento por el público, con una implementación ágil e innovadora por parte de los equipos de salud que permitió continuar con la atención en ocasiones en donde la presencialidad no era atractiva o simplemente no era una opción. Entre el año 2018 y 2022 se realizaron 433.195 atenciones de telemedicina en las especialidades de Dermatología, Diabetología, Nefrología, Geriátrica y Patología Oral; 7.271 atenciones de telemedicina general en postas rurales, ELEAM y Telecomité Oncológico; 714.585 teleinformes, y, 1.357.203 atenciones por la emergencia sanitaria a través del canal telefónico de Salud Responde, entre otras³⁶. Mejorar la comunicación a la población por medios masivos e incorporar la telemedicina como un componente de la práctica habitual en APS podría ayudar a mejorar la entrega de la atención más allá del contexto pandemia³⁷.

La capacidad de respuesta del sistema de salud chileno frente a la pandemia, volvió a poner en la palestra pública debates como por ejemplo el cierre de brechas en financiamiento de la red pública y la fragmentación del sistema. La insuficiencia y desigualdad en la entrega de recursos para financiar la APS, especialmente en su modalidad municipal que es la más utilizada, es un tema clave para lograr resultados en salud inclusivos y de calidad. Aunque a finales del año 2020 la Comisión Mixta de presupuesto anunció un aumento a \$8.000 pesos del per cápita destinado a la Atención Primaria de Salud³⁸, todavía hay quienes

33 <https://www.minsal.cl/balance-ministerio-de-salud-covid-19-2018-2022/>

34 *Ibíd.*

35 Ley 21.188. Disponible en: <http://bcn.cl/2iqk2>

36 <https://www.minsal.cl/balance-ministerio-de-salud-covid-19-2018-2022/>

37 Colegio Médico (2020). El impacto del Covid19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación. Grupo de reactivación sanitaria. Disponible en: <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/08/reactivacion-sanitaria.pdf>

38 <https://www.minsal.cl/ministro-de-salud-valoró-el-incremento-del-per-capita-para-la-atencion-primaria-que-llegó-a-8-000-y-lo-definió-como-un-acuerdo-historico/>

consideran este monto insuficiente³⁹. Debido a que la mayor parte de la atención primaria se encuentra bajo un régimen de administración municipal, la necesidad de potenciar los esfuerzos de coordinación para que la atención tenga una adecuada ejecución en los diferentes establecimientos de APS sin importar la entidad administradora ni la ubicación geográfica, para que los programas nacionales de salud lleguen a toda la población en la misma modalidad, se hace fundamental. Este riesgo de fragmentación del sistema constituye uno de los mayores desafíos para el gestor de red en cada territorio⁴⁰.

39 Desde el Colegio Médico se propone incorporar más recursos a la Salud Primaria, incrementando el aporte per cápita de salud desde el fisco a la Atención Primaria hasta llegar a la cifra de \$10.000. Colegio Médico (2020). El impacto del Covid19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación. Grupo de reactivación sanitaria. Disponible en: <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/08/reactivacion-sanitaria.pdf>

40 MINSAL (2021). Orientaciones para la planificación y programación en red 2022. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.15_Orientaciones-para-la-planificaci%C3%B3n-y-programaci%C3%B3n-de-la-red-2022.pdf