

DOCUMENTOS DE **PROYECTOS**

Atención primaria de salud universal en Chile

Un análisis de la implementación inicial del proyecto en comunas pioneras

Carla Castillo



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

Deseo registrarme



NACIONES UNIDAS



www.cepal.org/es/publications



www.instagram.com/publicacionesdelacepal



www.facebook.com/publicacionesdelacepal



www.issuu.com/publicacionescepal/stacks



www.cepal.org/es/publicaciones/apps

Atención primaria de salud universal en Chile

Un análisis de la implementación inicial
del proyecto en comunas pioneras

Carla Castillo



Este documento fue preparado por Carla Castillo, Consultora de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), bajo la supervisión de María Luisa Marinho, Oficial de Asuntos Sociales de la misma División, en el marco del proyecto de la Cuenta de las Naciones Unidas para el Desarrollo "Sistemas de salud resilientes con cobertura universal en América Latina y el Caribe" y como parte de la asistencia técnica brindada al Ministerio de Salud de Chile para apoyar el diseño y la implementación de procesos de reforma y transformación del sistema de salud del país.

Se agradecen los valiosos comentarios de Consuelo Farías, Consultora, y Daniela Huneeus, Asistente de Investigación, ambas de la División de Desarrollo Social de la CEPAL. Asimismo, se agradecen los comentarios del Equipo de Reforma del Ministerio de Salud de Chile, y en particular a Bernardo Martorell, Ximena Barros y Vanessa Díaz por el suministro de información y retroalimentación a lo largo del desarrollo del estudio.

Se agradece, además, la contribución de actores clave y usuarios de las comunas seleccionadas para el estudio, que participaron en las entrevistas, por su valiosa experiencia y el tiempo destinado a ellas, así como la contribución de Irene Agurto y Daniel Jofré.

Las Naciones Unidas y los países que representan no son responsables por el contenido de vínculos a sitios web externos incluidos en esta publicación.

No deberá entenderse que existe adhesión de las Naciones Unidas o los países que representan a empresas, productos o servicios comerciales mencionados en esta publicación.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización o las de los países que representa.

Publicación de las Naciones Unidas
LC/TS.2024/92
Distribución: L
Copyright © Naciones Unidas, 2024
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.2400890[S]

Esta publicación debe citarse como: C. Castillo, "Atención primaria de salud universal en Chile: un análisis de la implementación inicial del proyecto en comunas pioneras", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2024/92), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2024.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Introducción	5
I. Antecedentes de la estrategia de Atención Primaria de Salud	7
A. La consolidación de la Atención Primaria de Salud en Chile	9
B. La universalización de la Atención Primaria de Salud: el programa actual del gobierno chileno	10
II. Propuesta de un esquema de análisis: la implementación inicial del Programa de Universalización de la APS en las comunas pioneras	13
A. Marco conceptual	13
1. Modelo del triángulo para el análisis de políticas de salud	14
2. Cadena de resultados	14
3. Líneas estratégicas y componentes del Programa de Universalización de la APS	15
B. Esquema de análisis propuesto e indicadores seleccionados	16
III. Principales resultados	21
A. La heterogeneidad del contexto	21
B. La centralidad de la gobernanza y la necesidad de contar con los recursos adicionales a tiempo	23
C. Los desafíos de garantizar los insumos requeridos para la implementación exitosa del programa	25
D. La importancia de observar los procesos: los tiempos administrativos, la inercia de los modelos de atención, la centralidad de la comunicación, el impacto del apoyo de las autoridades y el rol de la gestión del cambio	30
E. Los avances en términos de los productos: progresos en cobertura universal, en la implementación de factores que facilitan el acceso al servicio de salud y la participación de la comunidad	34

IV. Los determinantes de la implementación exitosa del Programa de Universalización de la APS	37
V. La centralidad de considerar la integralidad del Programa de Universalización de la APS para su implementación: reflexiones finales	39
A. Aspectos comunicacionales.....	39
B. Escalabilidad	40
C. Procesos.....	40
D. Insumos.....	41
Bibliografía	43
Anexos.....	45
Anexo A1	46
Anexo A 2	59
Anexo A 3	60
Anexo A 4	67
Cuadros	
Cuadro 1 Resumen de indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados	17
Cuadro 2 Dimensión contexto / Subdimensión Sociodemográficos.....	22
Cuadro 3 Dimensión estructuras / Subdimensión Financiamiento	26
Cuadro 4 Dimensión productos / Subdimensión Cobertura universal	35
Cuadro 5 Dimensión productos / Subdimensión Habilitadores para facilitar el acceso a los servicios esenciales	35
Diagramas	
Diagrama 1 Modelo para el análisis de políticas de salud	14
Diagrama 2 Marco conceptual para el monitoreo de APS.....	15
Diagrama 3 Propuesta de esquema de análisis para el inicio de la implementación del Programa de Universalización de la APS.....	16

Introducción

Pese al gran avance que ha tenido Chile en materia de salud en las últimas décadas, persisten desafíos que impiden el goce efectivo del derecho a la salud en toda la población. A nivel general, el sistema de salud chileno sostiene un subfinanciamiento permanente del sistema público, la segmentación entre éste y el sistema privado, y una alta fragmentación en la entrega de servicios, haciendo que el sistema en su conjunto profundice las desigualdades en salud (MINSAL, 2022a). Además, el país cuenta con una alta carga de enfermedades y factores de riesgo, con alrededor de 11 millones de personas adultas con enfermedades crónicas no transmisibles que requerirán de atención médica y control de por vida (MINSAL, 2023a). A ello se suman las demandas ciudadanas por mejores condiciones de salud, mayor dignidad y justicia, siendo la satisfacción con el sistema una de las más bajas entre los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (MINSAL, 2022a).

Durante los últimos años, se han realizado variados esfuerzos sectoriales para dar respuesta a las necesidades de las personas y transformar el sistema de salud. Actualmente, se está diseñando un proceso de reforma integral a la salud en Chile que, mediante diversas transformaciones, busca contribuir a garantizar el acceso oportuno, de calidad y según las necesidades individuales, que dote de dignidad a los cuidados, proteja financieramente a las personas y considere un uso eficiente de los recursos (MINSAL, 2022b).

Uno de los ejes centrales de la reforma integral al sistema de salud chileno es la garantía de la cobertura universal de la Atención Primaria de Salud (APS) que contempla a la APS como el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público. También la comprende como la estrategia que pretende garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar a las personas, familias y comunidades, centrando la atención en las personas desde una perspectiva integral y en un continuo de atención, desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Dicho componente se implementa desde los centros de salud de APS (consultorios, Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y postas rurales) como parte del Plan de Salud Familiar y los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS).

En esta materia, se están realizando esfuerzos coordinados por ampliar la cobertura de la APS a la totalidad de la población, proceso que contempla tres objetivos específicos para los territorios donde se implemente la iniciativa de universalización de la APS: i) la ampliación de la disponibilidad de servicios en APS para la cobertura universal de los cuidados esenciales; ii) la facilitación del acceso a servicios esenciales

de la APS que reduzca barreras geográficas y organizacionales; y iii) el aumento de la aceptabilidad, a través de la generación de condiciones para la participación comunitaria, que identifique barreras sociales y culturales para la utilización de los servicios (MINSAL, 2023a).

A partir de 2023, comenzó la implementación del Programa de Universalización de la APS de manera progresiva concentrándose en primera instancia en siete comunas pioneras para luego dar escalabilidad a nivel nacional (MINSAL, 2023b)¹. La estrategia para ampliar la cobertura a la población no beneficiaria de FONASA y fortalecer la APS en Chile contempla diversos elementos, incluyendo la inscripción universal, la extensión horaria, el sistema de gestión remota de la demanda, la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas (ECICEP) y los diálogos ciudadanos, entre otros (MINSAL, 2023a). Asimismo, la universalización de la APS se interrelaciona con otros elementos de la reforma de manera integral, entre los que destaca la dignificación y modernización del sistema público, con uno de sus objetivos centrados en la transformación digital y humanización de la experiencia usuaria (MINSAL, 2022a).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha planteado la necesidad de transformar los sistemas de salud para transitar hacia el acceso y cobertura universal desde un enfoque de derechos y por medio de una estrategia de APS que permita avanzar hacia sistemas universales, integrales, sostenibles y resilientes (CEPAL, 2022). De igual forma, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) han hecho hincapié en la importancia de fortalecer la APS, al ser esta la estrategia con el enfoque más inclusivo, equitativo, costo-eficaz y efectivo para mejorar la salud de las personas, definiendo compromisos para que los países de la región apunten a la salud universal (OPS, 2019). Las iniciativas llevadas a cabo por el actual gobierno de Chile y el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) avanzan en la dirección de las recomendaciones de organizaciones internacionales, reconociendo que la APS se relaciona con mejores resultados sanitarios poblacionales, así como efectos positivos en la vida de las personas y menores costos asociados a la carga de enfermedad y a hospitalizaciones evitables.

El presente documento analiza la implementación inicial del Programa de Universalización de la Atención Primaria de Salud en Chile, con foco en las siete comunas pioneras. El objetivo principal es identificar buenas prácticas y desafíos para facilitar la expansión del programa a otras comunas del país. Después de esta introducción, el documento expone los antecedentes y el contexto del Programa de Universalización de la APS en Chile. Luego, se desarrolla el marco conceptual, se presenta el esquema de análisis desarrollado para evaluar el inicio de la implementación del programa y se describen los indicadores seleccionados. Posteriormente, se describe la aplicación de la metodología elaborada y se exponen los principales resultados del análisis realizado. Finalmente, se presentan las conclusiones, identificando las buenas prácticas y desafíos, y se proponen recomendaciones para la expansión y escalabilidad del Programa de Universalización de la APS hacia otras comunas del país.

¹ Recientemente, en 2024, se incorporaron 14 nuevas comunas al programa de APS Universal, dando un total de 21 comunas participantes de esta reforma al sistema de salud (MINSAL, 2024).

I. Antecedentes de la estrategia de Atención Primaria de Salud

El reconocimiento de la APS como eje central y puerta de entrada de los sistemas de salud, instando a implementarla y fortalecerla de manera universal en todos los países del mundo tiene una larga data y, sin embargo, sigue siendo un debate actual.

En 1978, la Declaración de Alma Ata identificó a la APS como una estrategia central para alcanzar la meta de salud para todas las personas, como parte del espíritu de justicia social y como un enfoque comprehensivo para la organización de los sistemas de salud (OMS, 1978). Asimismo, la reconoce como la atención sanitaria esencial basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente, que forma parte integral del sistema de salud. La declaración establece que se trata del eje central y foco principal de los sistemas de salud, siendo el primer nivel de contacto de los individuos, familias y comunidades, acercando la atención de salud al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan (OMS, 1978). Además, la conferencia establece que la APS se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad, proporcionando y promoviendo servicios preventivos, curativos y rehabilitadores. Declara también que todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para que la APS se establezca y mantenga como parte de un sistema sanitario integrado, en coordinación con otros sectores, haciendo un llamado urgente a implementar la APS en todo el mundo (OMS, 1978).

En el contexto de la universalidad, en 2005, la Asamblea Mundial de la Salud instó a los países a avanzar hacia la cobertura universal, bajo la premisa de garantizar el acceso a los servicios necesarios y, a la vez, ofrecer protección contra los riesgos financieros, llamando a los Estados a profundizar en la reforma de los sistemas de financiación de la salud para alcanzarla (OMS, 2005).

Tres décadas después de la Declaración de Alma Ata, ratificando el principio de cobertura universal, la OMS (2008) destacó el rol de la APS y su implementación progresiva para enfrentar los desafíos hacia la cobertura universal, de manera de alcanzar a las poblaciones excluidas. Asimismo, identificó algunos problemas o influencias que alejan a los sistemas de salud de los principios de la APS, tales como el "hospitalocentrismo" o focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada, la fragmentación de los servicios resultante de la multiplicación de programas o el desarrollo de los sistemas en torno a programas prioritarios, junto al abandono de los sistemas de salud, que conducen a una mercantilización generalizada y a una falta de regulación de la atención (OMS, 2008).

Posteriormente, en el año 2010, la OMS (2010a) se centró en el financiamiento de los sistemas de salud en el contexto de la cobertura universal en salud, intensificando el llamado a que se garantice el derecho de todas las personas a acceder a los servicios sanitarios sin sufrir dificultades financieras como resultado de dicho acceso. También, entregó directrices concretas respecto a la financiación de este compromiso, como la necesidad de recaudar recursos suficientes, la eliminación de los riesgos financieros y las barreras de acceso, y el uso eficiente de los recursos (OMS, 2010a).

Por su parte, en 2018, la Declaración de Astaná afirmó el convencimiento de que el fortalecimiento de la APS es la forma más inclusiva, efectiva y eficiente de garantizar el bienestar, la salud física y mental de las personas. En esta declaración también se reconoce a la APS como la piedra angular de un sistema de salud sostenible para alcanzar la cobertura universal en salud (CUS) y las metas de desarrollo sostenible relacionadas con salud² (OMS/UNICEF, 2018a). En ella, los países se comprometieron a construir una APS, implementada de acuerdo con la legislación, contextos y prioridades nacionales, y a fortalecer los sistemas de salud a partir de la inversión en APS, mejorando su capacidad e infraestructura. El compromiso contempla una APS accesible, equitativa, segura, de alta calidad, comprehensiva, eficiente, aceptable, disponible y asequible, que entregue un amplio rango de servicios continuos, integrados, centrados en las personas y con sensibilidad de género (OMS/UNICEF, 2018a). También establece la necesidad de evitar la fragmentación entre los diferentes niveles de atención y asegurar un sistema de referencia y contrarreferencia funcional entre el nivel primario y los otros niveles, así como también una APS sostenible que mejore la resiliencia de los sistemas de salud para prevenir, detectar y responder a enfermedades infecciosas y brotes. De acuerdo con esta declaración, el éxito de la APS sería impulsado por el desarrollo de conocimiento y capacidades, los recursos humanos para la salud, la tecnología y el financiamiento. Finalmente, la declaración llama a todas las partes involucradas a alinearse con las políticas, estrategias y planes nacionales, de manera de ayudar a los países a dirigir suficientes recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información y tomar acciones conjuntas para construir una APS más fuerte y sostenible para el logro de la cobertura universal en salud (OMS/UNICEF, 2018a).

El reconocimiento de la APS como efectiva y eficiente para mejorar la salud de la población se ve respaldado por el *scope review* desarrollado en el contexto de la Declaración de Astaná, sobre el caso económico de la APS (OMS, 2018). Dicho análisis sistematiza evidencia significativa que plantea que la APS puede producir un rango de beneficios económicos a través de su potencial para mejorar resultados en salud (por ejemplo, en términos de expectativa de vida, mortalidad en todas sus causas, incluyendo la materna, infantil y neonatal, y también resultados en salud mental), la eficiencia del sistema de salud (por ejemplo, reduciendo las hospitalizaciones totales y evitables, y también hospitalizaciones y admisiones de emergencia), y la equidad en salud (por ejemplo, mejorando el acceso equitativo a cuidados de salud y resultados de salud) (OMS, 2018).

En el marco de la Declaración de Astaná, además de las mencionadas eficiencia y eficacia, se plantea que la APS permite a los sistemas de salud adaptarse y responder a un mundo complejo y rápidamente cambiante, y que el alcance de la cobertura universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con salud solo pueden lograrse de manera sostenible con un fuerte énfasis en la APS (OMS/UNICEF, 2018b). Se conceptualiza la visión de futuro de la APS como “un enfoque de la salud que abarca a toda la sociedad y cuyo objetivo es maximizar equitativamente el nivel y la distribución de la salud y el bienestar centrándose en las necesidades y preferencias de las personas (en tanto individuos y comunidades) lo antes posible a lo largo del proceso continuo desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y lo más cerca posible del entorno cotidiano de las personas” (OMS/UNICEF, 2018b, pág.8).

En América Latina y el Caribe, se han presentado históricamente diversos fenómenos sociopolíticos que han dificultado la implementación de la APS, como la alternancia de gobiernos democráticos y presencia de gobiernos autoritarios, los procesos de transición y recuperación de las democracias, las

² Los Objetivos y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible establecen el Objetivo N°3 sobre Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. En este contexto, la meta 3.8 plantea “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (Naciones Unidas, 2019a, 2019b).

reformas sanitarias, la implementación de modelos de contención de costos y el desarrollo de sistemas de protección social (Almeida y otros, 2018). A pesar de ello, la APS sigue siendo reconocida como una estrategia clave para materializar el derecho a la salud. Se han registrado avances significativos en la región, por ejemplo, en términos de las tasas de inmunización, que se mantienen elevadas, el aumento del gasto per cápita en salud y las bajas en las tasas de mortalidad infantil y materna. En específico, países como Chile, Costa Rica y Uruguay, que han implementado políticas y programas enfocados en la APS, serían los que registran las menores tasas de mortalidad infantil y materna (Almeida y otros, 2018).

A. La consolidación de la Atención Primaria de Salud en Chile

En Chile, el devenir histórico de la APS se remonta a principios del siglo XX a través de diversas políticas de salud pública y seguridad social. Algunos hitos relevantes fueron la promulgación del primer Código Sanitario en 1918 y la Constitución de 1925, que establecieron como deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Luego, en 1924, se promulgó la Ley N° 4.054 que creó los seguros de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo, con su caja central y cajas locales. De esta ley, se creó la Caja del Seguro Obrero que, para 1926, ya gestionaba una red de servicios médicos con 110 policlínicos y 124 médicos (López Campillay, 2018).

Así, en la década de 1930, Chile experimentó un importante crecimiento en el servicio médico básico y ambulatorio, medido a través de las consultas de personas enfermas en policlínicos, así como los servicios de atención maternal y oficinas del niño instalados en aquel entonces. En 1934, inició la conformación de Centros de Medicina Rural, mientras que, en 1938, se dictó la ley de Medicina Preventiva y en 1942 se crearon las Unidades Sanitarias del Servicio Nacional de Salubridad, que fortalecieron el trabajo en la asistencia médica básica (López Campillay, 2018). Posteriormente, en 1952, la ley N° 10.383 instauró el Servicio Nacional de Salud (SNS), que integró funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud (López Campillay, 2018).

En 1978, en el marco de la Conferencia de Alma Ata, Chile expuso que, entre los recursos humanos y de infraestructura del nivel primario de salud contaba con 6.831 médicos, dentistas y químicos farmacéuticos, 2.372 enfermeras universitarias y 1.775 matronas universitarias, 142 consultorios periféricos y 1.080 postas rurales (López Campillay, 2018). Al año siguiente, en 1979, comenzó el proceso de reforma que fragmentó el SNS, inició la municipalización de la APS y creó las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Durante la década de los 90, se impulsó el fortalecimiento de la APS con la creación de un Departamento de Atención Primaria en el Ministerio de Salud (MINSAL), la implementación de un nuevo Estatuto Administrativo para los trabajadores de APS, y la modificación del modelo de financiamiento, reemplazando el pago por prestaciones o *fee for service* por el per cápita, entre otras modificaciones (López Campillay, 2018).

Más recientemente, en el marco de la reforma de la salud de la década del 2000, se establecieron las Garantías Explícitas en Salud (GES) en el año 2005. Simultáneamente, la reforma contempló el fortalecimiento de la APS, siendo concebida como el pilar central del diseño del nuevo sistema sanitario, transitando de un modelo de atención esencialmente curativo hacia uno basado en la promoción y prevención (PUC, 2014). Sin embargo, en el momento de la reforma, la APS no fue debidamente considerada, ya que, mientras las GES contaron con una ley explícita, la APS no contó con un marco normativo, dificultando su concreción (PUC, 2014). Así, a pesar de que Chile es reconocido como un país con una APS fuerte (Almeida, 2018), sigue siendo el nivel donde se destinan proporcionalmente menos recursos (Téllez, 2006), con un sistema de salud centrado predominantemente en el ámbito hospitalario (PUC, 2014).

Por otra parte, en el marco de la misma reforma, surgió el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que corresponde al conjunto de acciones que contribuyen a la atención eficiente, eficaz y oportuna, basado en tres principios irrenunciables: integralidad, continuidad del cuidado, y centrado en las personas (García-Huidobro y otros, 2018). La implementación de las actividades y servicios asociados al MAIS han sido facilitadas por el MINSAL a través de una ejecución presupuestaria de refuerzo especial y del aumento sostenido del valor per cápita por población inscrita (García-Huidobro y otros, 2018).

B. La universalización de la Atención Primaria de Salud: el programa actual del gobierno chileno

El gobierno del Presidente Gabriel Boric en Chile (2022-2026) ha propuesto avanzar en una reforma integral a la salud que tiene los siguientes objetivos (MINSAL, 2022a):

- Mejorar la salud de la población a través de un sistema que entregue cobertura universal y otorgue cuidados integrales.
- Centrar la acción del sistema sanitario en las expectativas y experiencias de las personas, dándole mejores respuestas, otorgando seguridad y confianza a la población.
- Otorgar mayor protección financiera a las personas, disminuyendo el gasto de bolsillo y evitando el gasto catastrófico en salud. Esto implica la necesidad de avanzar en el uso eficiente de los recursos, ampliando las posibilidades de cobertura.
- De manera transversal, dotar de mayor equidad en acceso y en los resultados sanitarios, con perspectiva de género, territorial y enfoque intercultural.
- Avanzar hacia un sistema de salud resiliente, preparado para prevenir, pesquisar y responder oportunamente a desafíos sanitarios actuales y emergentes.

Para el cumplimiento de estos objetivos se identificaron cuatro ejes de la reforma:

- i) Dignificar y modernizar el sistema público;
- ii) Garantizar la cobertura universal de la atención primaria de salud;
- iii) Generar condiciones de vida saludable; y
- iv) Construir un nuevo sistema de seguridad social en salud.

En este contexto, la Resolución Exenta N°112, de febrero de 2023, estableció la aprobación del Programa Universalización de Atención Primaria de Salud (MINSAL, 2023a). Entre sus antecedentes, la Resolución hace referencia al aumento de la carga de enfermedad asociado a las enfermedades no transmisibles y destaca el rol fundamental que cumple la APS en su abordaje. También aborda el impacto de las enfermedades transmisibles, en especial las emergentes como fue el COVID-19, en las cuales la APS juega un rol relevante en el marco de las redes integradas de los servicios de salud. Por otra parte, señala la existencia de brechas de cobertura, con una extensa población que no ha accedido a los servicios esenciales de la APS, incluyendo a la población no beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que está afiliada a ISAPRE, Fuerzas Armadas (FFAA), de Orden y Seguridad Pública, la población beneficiaria del FONASA no inscrita en APS, y la población FONASA inscrita en APS que no ha tenido contacto con estos servicios (MINSAL, 2023a).

Por su parte, entre sus considerandos, la Resolución señala que la implementación del programa tiene por objetivo ampliar la disponibilidad, acceso y aceptabilidad de los servicios de la APS para alcanzar la cobertura universal de los cuidados en la población de las comunas en que se implemente. El proceso de ampliación de la cobertura y acceso comenzó con la implementación en comunas pioneras, donde las personas pueden acceder libremente a la cartera de servicios de la APS, independiente de su seguro de salud. La resolución también indica que las comunas pioneras serán seleccionadas en consideración a su desempeño en indicadores sanitarios, financieros y de representatividad de la diversidad geográfica del país, teniendo como base su potencial para modelar la implementación gradual del proceso de universalización y posibilitar la pesquisa de brechas y facilitadores para su escalabilidad. En términos presupuestarios, la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año 2023, en la partida 16, capítulo 02, programa 02, glosa 08, dispone que el MINSAL implementará el programa a partir del 01 de enero de 2023 (MINSAL, 2023a).

Las prestaciones entregadas en las comunas pioneras corresponden a las incluidas en el plan de salud familiar y en los programas de reforzamiento definidos para esas comunas (si corresponde). Además, se establece la implementación de estrategias para abordar las causas que generan restricciones en el acceso

a los servicios de APS, en términos de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad (MINSAL, 2023a). El programa también contempla un subcomponente para facilitar la adopción de estas estrategias en los territorios donde se implemente, así como el acompañamiento en la gestión de los procesos asociados a la universalización de los servicios y la incorporación de los aprendizajes derivados de la implementación, de manera de garantizar la sostenibilidad y la posterior escalabilidad de las estrategias (MINSAL, 2023a).

El objetivo general planteado para el programa es “desarrollar condiciones para favorecer el acceso y cobertura universal a la atención primaria de salud en los territorios donde se implemente el programa” (MINSAL, 2023a). Por su parte, los objetivos específicos (OE): son (MINSAL, 2023a):

- **OE1:** ampliar la disponibilidad de servicios en APS para la cobertura universal de los cuidados esenciales en la población de los territorios donde se implemente el programa.
- **OE2:** facilitar el acceso a servicios esenciales de APS reduciendo barreras geográficas y organizacionales para la población de los territorios donde se implemente el programa.
- **OE3:** aumentar la aceptabilidad, a través de la generación de condiciones para la participación comunitaria, identificando barreras sociales y culturales para la utilización de los servicios en las comunas del programa.

Para abordar estos objetivos, el programa considera los siguientes tres componentes (MINSAL, 2023a):

- **Componente 1:** Cobertura universal a prestaciones de la atención primaria;
- **Componente 2:** Habilitadores para facilitar el acceso a servicios esenciales de APS;
- **Componente 3:** Estrategia de participación para la identificación de barreras de aceptabilidad de los servicios de APS.

La resolución establece productos esperados para cada componente, asociados a los ámbitos de intervención, junto con un sistema de monitoreo y evaluación que define indicadores, medios de verificación y metas de cumplimiento para cada estrategia. Se establece que las evaluaciones se realizarán anualmente en dos instancias (con corte al 31 de agosto y 31 de diciembre de cada año), y se establecen ponderadores para obtener el porcentaje de cumplimiento global. Además, en función del porcentaje de cumplimiento global de las metas del programa, se define el porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos³ para cumplimientos inferiores al 60% (con descuentos que pueden alcanzar el 100% en caso de que el cumplimiento sea inferior al 30%).

Las comunas pioneras seleccionadas en la primera etapa de implementación de esta programa corresponden a⁴: Alhué (Región Metropolitana), Canela (Región de Coquimbo), Coltauco (Región del Libertador Bernardo O’Higgins), La Cruz (Región de Valparaíso), Linares (Región del Maule), Perquenco (Región de la Araucanía), y Renca (Región Metropolitana).

³ Los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público para este programa serán asignados sobre la base de los convenios suscritos entre los Servicios de Salud y las entidades municipales o establecimientos dependientes correspondientes. Los convenios, visados previamente por la Dirección de Presupuestos, estipulan las acciones a desarrollar, metas evaluación, plazos de ejecución y las respectivas rendiciones. Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos a cada comuna, en dos cuotas: 70% contra la total tramitación del convenio respectivo, y 30% en octubre.

⁴ El proceso metodológico aplicado para la pre-selección de las comunas pioneras consideró los siguientes principios para la selección de la muestra: mínimo viable, eficacia y eficiencia, accesibilidad (Banco Mundial/MINSAL, 2022). Aplicándose los siguientes criterios de exclusión: población no FONASA en las comunas menor al 14,9%, comunas con APS dependiente de Servicios de Salud y/o con hospitales comunitarios, tipo de financiamiento per cápita costo fijo, comunas que igualen o superen el presupuesto estimado, y capacidad de infraestructura para absorber la demanda por APS de la población INE comunal. Así, una vez aplicados los criterios antes mencionados, se identificaron 22 comunas pre-seleccionadas, a las cuales se sumaron Alhué y Canela, debido a compromiso presidencial adquirido en mayo de 2022 y a criterios de representatividad territorial respectivamente.

II. Propuesta de un esquema de análisis: la implementación inicial del Programa de Universalización de la APS en las comunas pioneras

En esta sección se presenta el marco conceptual utilizado para el análisis de la implementación inicial del Programa de Universalización de la APS en las comunas pioneras, compuesto por tres enfoques: i) el modelo del triángulo (contexto, procesos y contenido) para el análisis de políticas de salud por Walt y Gilson (1994); ii) la cadena de resultados basada en el marco de monitoreo y evaluación de los sistemas de salud de la OMS (2009) enfocado en la APS; y iii) las líneas estratégicas del Programa de Universalización de la APS en Chile. Luego, se describe el esquema de análisis elaborado y los indicadores cualitativos y cuantitativos utilizados en el análisis del inicio de la implementación del programa en las comunas pioneras.

A. Marco conceptual

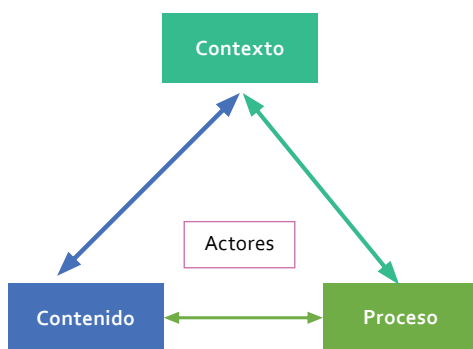
Considerando que el Programa de Universalización de la APS corresponde a una política de salud en el contexto de la cobertura universal, cuya implementación comenzó en 2023, en el esquema propuesto confluyen tres elementos o marcos de análisis relevantes. En primer lugar, se utilizó el modelo para el análisis de políticas de salud propuesto por Walt y Gilson (1994), que propone enfocarse en el contexto, el contenido y el proceso de la política, y ha sido ampliamente usado para el análisis de amplio espectro de políticas de salud (O'Brien y otros, 2020). En segundo lugar, se empleó el marco propuesto por la OMS para el monitoreo y evaluación de los sistemas de salud (OMS, 2009). Específicamente, el enfoque desarrollado en el marco de la APS (OMS/UNICEF, 2022), basado en la teoría del cambio que describe, a partir de una cadena de resultados, cómo una intervención logrará los resultados planificados. En tercer lugar, confluyen las líneas estratégicas planteadas por el Programa de Universalización de la APS y sus componentes mencionados previamente (MINSAL, 2023a; MINSAL 2023b).

A continuación, se describen con mayor detalle los tres marcos propuestos.

1. Modelo del triángulo para el análisis de políticas de salud

Un marco analítico clásico para el análisis de las políticas de salud es el propuesto por Walt y Gilson (1994), que considera tres ámbitos relevantes de analizar: el contexto, el contenido y el proceso. Simultáneamente en el centro del análisis se encuentran los actores, tanto individuos como miembros de grupos. Este modelo sugiere que los cuatro elementos están interrelacionados y pueden influenciarse mutuamente (véase el diagrama 1). En general, se identifican cuatro etapas en el proceso de las políticas: identificación del problema, formulación de la política, implementación y evaluación (Walt y Gilson, 1994).

Diagrama 1
Modelo para el análisis de políticas de salud



Fuente: Walt y Gilson (1994), *Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis*. 1994;9(4):353-70.

Los autores enfatizan que, en las políticas de salud, se ha puesto de manera errónea un énfasis excesivo en el contenido de las reformas, descuidando a menudo a los actores involucrados, los procesos asociados al desarrollo y que dependen de él, la implementación del cambio y el contexto en el que se desarrolla la política (Walt y Gilson, 1994). Por lo tanto, al incorporar estos cuatro elementos, se espera que los tomadores de decisión, hacedores de política e investigadores, puedan entender de mejor manera el proceso de reforma y planificar una implementación más efectiva.

2. Cadena de resultados

En 2009, la OMS (2009) propuso un marco operacional para el monitoreo y la evaluación del fortalecimiento de los sistemas de salud, que ha sido ampliamente adoptado tras su inclusión en la publicación de la OMS sobre los componentes fundamentales (*building blocks*) de los sistemas de salud (OMS, 2010b). Este marco se presenta como una cadena de resultados e ilustra cómo los insumos (*inputs*) y procesos en salud se reflejan en los productos (*outcomes*), en los resultados (*outcomes*) y en los impactos (*impact*). Mientras que los insumos, procesos y productos reflejan la capacidad del sistema, los resultados e impactos reflejan su desempeño (OMS, 2009).

Entre los dominios de indicadores para insumos y procesos, el marco considera la gobernanza; el financiamiento; la infraestructura, información y tecnologías de la información; la fuerza laboral; y la cadena de suministros. En cuanto a los productos, contempla el acceso a intervenciones y disposición de servicios, calidad y seguridad de las intervenciones. Para los resultados, los dominios son la cobertura de intervenciones y la prevalencia de comportamientos y factores de riesgo. Finalmente, en el caso de los impactos, se considera la mejora de los resultados en salud y la equidad, la protección contra riesgos financieros, la capacidad de respuesta y la eficiencia (OMS, 2009).

En 2022, la OMS y UNICEF propusieron un marco de monitoreo y evaluación similar al descrito anteriormente, basado en una cadena de resultados y en la teoría del cambio⁵, especialmente para la APS. Este marco señala que, para fortalecer continuamente la APS, los países deben ser capaces de evaluar

⁵ Describe la trayectoria causal que conecta el enfoque de APS (servicios integrados de salud con énfasis en APS y las funciones esenciales de salud pública; personas y comunidades empoderadas; políticas y acciones multisectoriales) con los resultados deseados (acceso, utilización y calidad mejorados; participación, alfabetización en salud y búsqueda de atención mejoradas; determinantes de la salud mejorados).

cómo las decisiones, acciones e inversiones abordan los determinantes de la salud de forma amplia, al mismo tiempo que aumentan la cobertura de servicios, protegen contra el riesgo financiero y mejoran la salud de las personas y las poblaciones (OMS/UNICEF, 2022). En este sentido, describe la trayectoria causal que conecta el enfoque de APS⁶ con los resultados deseados⁷. Este marco considera 14 motores o palancas de acción interdependientes e interrelacionados.

Los motores o palancas estratégicas son: i) el compromiso político y liderazgo; ii) marco de política y gobernanza; iii) financiamiento y asignación de recursos; y iv) la participación de la comunidad y otros actores claves. Por su parte, los motores o palancas operacionales son: i) el modelo de cuidado; ii) la fuerza de trabajo de APS; iii) la infraestructura física; iv) medicamentos y otros productos de salud; v) asociación con proveedores del sector privado; vi) sistemas de compra y pago; vii) tecnologías digitales para salud; viii) sistemas para mejorar la calidad de los cuidados; ix) investigación orientada a APS; y x) monitoreo y evaluación. En términos de los dominios, separa de los insumos y procesos aquellos indicadores relacionados con gobernanza, ajuste a las necesidades de la población y financiamiento, denominando este dominio "estructuras". Así, otra forma de observar la cadena de resultados sería mostrando la trayectoria causal entre las estructuras, insumos y procesos y los resultados deseados (productos, resultados e impacto) (véase el diagrama 2).

Diagrama 2
Marco conceptual para el monitoreo de APS



Fuente: OMS/UNICEF (Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2022), Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Technical Series on Primary Health Care.

3. Líneas estratégicas y componentes del Programa de Universalización de la APS

En el contexto de la propuesta de la Reforma de Salud se plantean tres líneas estratégicas para la Universalización de la APS, cada una con dimensiones específicas (MINSAL, 2023b):

- Ampliación de cobertura y acceso efectivo a través de la optimización de APS: contacto efectivo con APS; acceso ampliado a APS; y APS resiliente.
- Modelo de cuidados sanitario y social, digno y de calidad para la población a cargo: cuidados integrales basados en riesgos en el curso de vida; continuidad del cuidado inter-niveles; fuerza laboral en capacidades avanzadas de cuidados; y mejoramiento experiencia usuaria.
- Recursos optimizados y marco de monitoreo y evaluación del desempeño que sostiene la provisión de servicios de salud: gasto eficiente e ingresos ajustados y equitativos; recursos dignos, de calidad y resilientes; data clínica de las personas disponible de manera oportuna para la toma de decisiones; marco de monitoreo de resultados de desempeño.

Por otra parte, la Resolución Exenta antes mencionada (MINSAL, 2023a), que aprueba el Programa de Universalización de la APS, establece tres componentes del programa y sus ámbitos de intervención:

⁶ Servicios integrados de salud con énfasis en APS y las funciones esenciales de salud pública; personas y comunidades empoderadas; políticas y acciones multisectoriales.

⁷ Acceso, utilización y calidad mejorados; participación, alfabetización en salud y búsqueda de atención mejoradas; determinantes de la salud mejorados.

Componente 1: Cobertura universal a prestaciones de la atención primaria.

Asociado al OE1, considera los siguientes ámbitos de intervención: inscripción universal, utilización de los servicios, extensión horaria y optimización de los procesos administrativos.

Componente 2: Habilitadores para facilitar el acceso a servicios esenciales de APS.

Asociado al OE2, considera los siguientes ámbitos de acción: atenciones extramuro, sistema de gestión remota de la demanda, fortalecimiento de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrada en las Personas (ECICEP), y gestión de experiencia usuaria.

Componente 3: Estrategia de participación para la identificación de barreras de aceptabilidad de los servicios de APS.

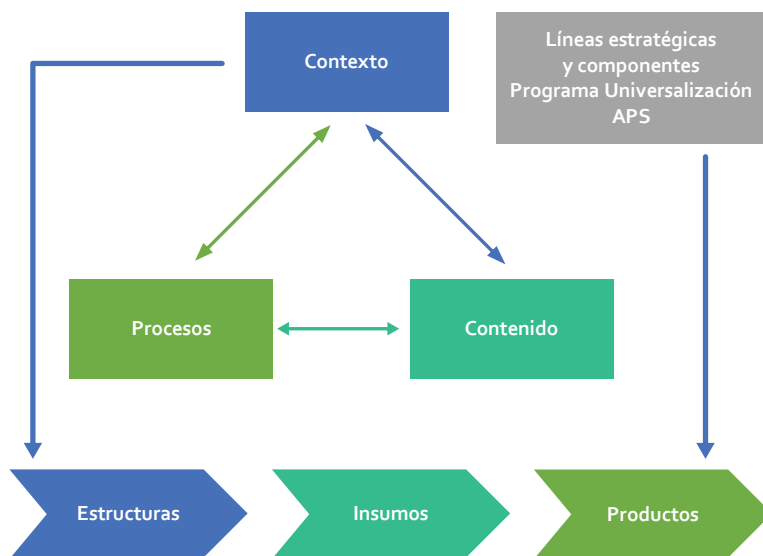
Asociado al OE3, considera los siguientes ámbitos de intervención: diálogos ciudadanos, y cartografía de recursos comunitarios para la salud.

Tanto las líneas estratégicas como los componentes señalados dotan de contenido al programa y entregan lineamientos sobre las acciones que deben ser monitoreadas en su contexto.

B. Esquema de análisis propuesto e indicadores seleccionados

El esquema de análisis propuesto en este documento para analizar el inicio de la implementación del Programa de Universalización de la APS en Chile utiliza elementos de los tres marcos descritos (véase el diagrama 3). Del modelo propuesto por Walt y Gilson (1994), además del proceso y los contenidos, parece relevante incorporar el contexto en el que se está implementando el programa en las comunas pioneras.

Diagrama 3
Propuesta de esquema de análisis para el inicio de la implementación del Programa de Universalización de la APS



Fuente. Elaboración propia, sobre la base de Walt y Gilson (1994), OMS /UNICEF (2022), MINSAL (2023a) y MINSAL (2023b).

Por otra parte, dado que el foco de este análisis se centra en los procesos e implementación, se sugiere considerar las estructuras, insumos, procesos y resultados en el marco de la cadena de resultados. No obstante, es importante considerar que estos constituyen eslabones en la cadena de resultados, que deberán verse reflejados posteriormente en productos ofrecidos por el Programa de Universalización de la APS, en los resultados obtenidos y, finalmente, en sus impactos. Cabe destacar que, para fines de este análisis, no se evaluaron los impactos dado el énfasis en los procesos e implementación señalado previamente.

Finalmente, desde el punto de vista del contenido o de los productos, se consideran las líneas estratégicas y componentes del programa.

A partir del esquema propuesto, se seleccionaron indicadores asociados a los distintos ámbitos, con el objetivo de analizar su desempeño y, en particular, caracterizar el proceso de implementación del programa. Para el levantamiento de los indicadores seleccionados se implementaron métodos mixtos, incluyendo indicadores recogidos a partir de métodos cuantitativos y cualitativos, específicamente, a partir de entrevistas individuales semi-estructuradas a actores claves del proceso y de grupos focales con usuarios. En el caso de los indicadores recogidos a partir de métodos cualitativos, además de proporcionar información de los indicadores mismos, las entrevistas individuales y grupales permitieron profundizar en las temáticas y contenidos explorados, posibilitando la identificación de aciertos, desaciertos y desafíos en el contexto del proceso de implementación. Los indicadores cuantitativos, que corresponden principalmente a la dimensión contexto, permitieron contextualizar la realidad de las comunas pioneras y, en ese mismo sentido, apoyaron algunos resultados que surgieron a partir de los indicadores cualitativos. Finalmente, a partir de la integración de los resultados obtenidos, se plantearon conclusiones y recomendaciones orientadas a la Universalización de la APS.

En el marco del esquema de análisis propuesto, se seleccionaron diversos indicadores para las distintas dimensiones (véase el cuadro 1). En términos generales, se plantea el uso de indicadores que sean medibles, factibles, válidos, significativos, relevantes, replicables, confiables, sostenibles, oportunos y comprensibles (OPS/OMS, 2018). Asimismo, se espera que los indicadores permitan identificar buenas prácticas y desafíos que contribuyan a fortalecer la implementación del programa tanto en las comunas pioneras como también con el objetivo de avanzar en su escalabilidad a nivel nacional. El cuadro 1 sintetiza los indicadores utilizados en el análisis del inicio de la implementación en las comunas pioneras. En el Anexo A1 se especifican las fórmulas utilizadas en los indicadores cuantitativos y cualitativos, mientras que en el Anexo A2 se presenta la metodología utilizada con mayor detalle.

Cuadro 1
Resumen de indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados

Dimensión	Subdimensión	Indicador	Año	Fuente de información	Tipo de indicador
1. Contexto	1.1. Sociodemográficos	Población comunal proyectada	2023	INE	Cuantitativo
		Población comunal FONASA	2022	FONASA	Cuantitativo
		Porcentaje población comunal FONASA inscrita validada en atención primaria	2022	MINSAL/FONASA	Cuantitativo
		Tasa de pobreza comunal por ingresos	2022	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Cuantitativo
		Tasa de pobreza comunal multidimensional	2022	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Cuantitativo
		Promedio años de escolaridad	2017	Censo - INE	Cuantitativo
		Índice de Desarrollo Comunal	2014-2018	Universidad Autónoma de Chile	Cuantitativo
		Lugar en ranking de Desarrollo Comunal	2014-2018	Universidad Autónoma de Chile	Cuantitativo
		Índice de dependencia	2017	Censo - INE	Cuantitativo
		Índice de masculinidad	2017	Censo - INE	Cuantitativo
		Porcentaje de ruralidad	2017	Censo - INE	Cuantitativo
		Porcentaje de localidades en condiciones de aislamiento	2017	SUBDERE	Cuantitativo

Dimensión	Subdimensión	Indicador	Año	Fuente de información	Tipo de indicador	
1. Contexto	1.1. Sociodemográficos	Porcentaje establecimientos de salud en condiciones de desempeño difícil	2023	Decreto 50 (establecimientos urbanos) - Decreto 51 (establecimientos rurales)	Cuantitativo	
		Porcentaje pueblos originarios	2017	Censo - INE	Cuantitativo	
		Porcentaje país de nacimiento distinto a Chile	2017	Censo - INE	Cuantitativo	
2. Estructuras	2.1. Gobernanza	Existencia de un marco jurídico para la Estrategia a nivel nacional	2023	Revisión documental	Cualitativo	
		Existencia de compromiso político a nivel regional	2023	Entrevistas	Cualitativo	
		Existencia de compromiso político a nivel municipal	2023	Entrevistas	Cualitativo	
		Existencia de espacios formales o mecanismos institucionales para la participación ciudadana	2023	Entrevistas	Cualitativo	
	2.2. Financiamiento	Gasto en salud comunal por inscrito validado (gasto total devengado) anual	2022	SINIM/MINSAL	Cuantitativo	
		Aporte Municipal al Sector Salud comunal por inscrito validado anual	2023	SINIM/MINSAL	Cuantitativo	
		Presupuesto fiscal extra per cápita anual, en el marco de la APS Universal	2023	MINSAL	Cuantitativo	
		Asignación de recursos financieros municipal extra	2023	Entrevistas	Cualitativo	
		Asignación de recursos distintos a financieros municipal extra	2023	Entrevistas	Cualitativo	
	3. Insumos	3.1. Fuerza de trabajo	Necesidad de contratación de médicos	2023	Entrevistas	Cualitativo
			RRHH contratados - Médicos/as	2023	Entrevistas	Cualitativo
Necesidad de contratación enfermeras/os/ matronas/es			2023	Entrevistas	Cualitativo	
RRHH contratados - Enfermeras/os/ Matronas/es			2023	Entrevistas	Cualitativo	
Necesidad de contratación - Técnicas/os en enfermería			2023	Entrevistas	Cualitativo	
RRHH contratados - Técnicas/os en enfermería			2023	Entrevistas	Cualitativo	
Necesidad de contratación otros profesionales de la salud			2023	Entrevistas	Cualitativo	
RRHH contratados - Otros profesionales de la salud			2023	Entrevistas	Cualitativo	
Dificultad para la contratación de RRHH			2023	Entrevistas	Cualitativo	
3.2. Infraestructura física			Necesidad de habilitación de infraestructura existente	2023	Entrevistas	Cualitativo
		Habilitación de infraestructura existente	2023	Entrevistas	Cualitativo	
		Necesidad de construcción de nueva infraestructura	2023	Entrevistas	Cualitativo	
		Construcción de nueva infraestructura	2023	Entrevistas	Cualitativo	
		Flexibilidad relativa a la disposición de infraestructura	2023	Entrevistas	Cualitativo	
3.3. Medicamentos y otros productos - Cadena de suministros		Disponibilidad de medicamentos arsenal farmacológico	2023	Entrevistas	Cualitativo	
		Disponibilidad de equipamiento	2023	Entrevistas	Cualitativo	
		Disponibilidad de otros dispositivos médicos	2023	Entrevistas	Cualitativo	
3.4. Sistemas de información		Disponibilidad de registros (sistema de monitoreo) para la evaluación de la Estrategia Universalización APS	2023	Entrevistas	Cualitativo	
3.5. Tecnologías digitales para salud		Uso de ficha clínica electrónica	2023	Entrevistas	Cualitativo	
		Uso de tecnologías digitales	2023	Entrevistas	Cualitativo	

Dimensión	Subdimensión	Indicador	Año	Fuente de información	Tipo de indicador
4. Procesos	4.1. Administrativos	Firma de convenios oportuna	2023	Entrevistas	Cualitativo
		Traspaso de recursos oportuno	2023	Entrevistas	Cualitativo
	4.2. Modelo de cuidados - Implementación modelo ECICEP	Estratificación por riesgo	2023	Entrevistas	Cualitativo
		Atención de acuerdo con el riesgo	2023	Entrevistas	Cualitativo
	4.3. Compromiso de la comunidad	Involucramiento de la comunidad	2023	Entrevistas	Cualitativo
		Satisfacción usuaria	2023	Entrevistas	Cualitativo
	4.4. Apoyo a la implementación	Apoyo por parte de las autoridades regionales	2023	Entrevistas	Cualitativo
		Apoyo por parte del Servicio de Salud	2023	Entrevistas	Cualitativo
		Apoyo por parte de las autoridades comunales	2023	Entrevistas	Cualitativo
	4.5. Gestión del cambio	Modificación de procesos de gestión	2023	Entrevistas	Cualitativo
		Flexibilidad de adopción de la estrategia	2023	Entrevistas	Cualitativo
		Adaptación de la estrategia a la realidad local	2023	Entrevistas	Cualitativo
		Involucramiento de los trabajadores	2023	Entrevistas	Cualitativo
5. Productos/ Contenido de la Estrategia	5.1. Cobertura universal a prestaciones de la atención primaria	Inscripción universal - Nuevos inscritos en los establecimientos de APS	2023	Rendición indicadores, MINSAL	Cuantitativo
		Utilización de los servicios - Tasa de contacto con servicios de APS	2023	Rendición indicadores, MINSAL	Cuantitativo
		Extensión horaria - Porcentaje de establecimientos funcionando con ampliación de extensión horaria	2023	Rendición indicadores, MINSAL	Cuantitativo
		Optimización de los procesos administrativos - Firma acuerdo administrativo	2023	Rendición indicadores, MINSAL	Cualitativo
	5.2. Habilitadores para facilitar el acceso a los servicios esenciales	Atenciones extramuro	2023	Rendición indicadores, MINSAL	Cualitativo
		Sistema de gestión remota de la demanda - Planes de gestión remota de la demanda	2023	Rendición indicadores, MINSAL	Cualitativo
		Estrategia ECICEP - Ingreso de la población con estratificación de riesgo alto (G3) a ECICEP	2023	Rendición indicadores, MINSAL	Cuantitativo
		Gestión de experiencia usuaria - Plan de gestión de la experiencia usuaria	2023	Rendición indicadores, MINSAL	Cualitativo
	5.3. Estrategia de participación para la identificación de barreras de aceptabilidad de los servicios de APS	Diálogos ciudadanos – N° de encuentros realizados	2023	Rendición indicadores, MINSAL	Cuantitativo

Fuente: Elaboración propia.

III. Principales resultados

El análisis de la implementación del Programa de Universalización de la APS en las comunas pioneras, siguiendo el esquema de análisis propuesto en la sección anterior, arroja diversos resultados que pueden ser de gran utilidad para las siguientes etapas de este programa.

A. La heterogeneidad del contexto

El análisis del contexto sociodemográfico es central para la comprensión de la implementación del programa. En términos generales, es posible señalar que Renca, La Cruz y Linares presentan un contexto más favorable en tanto cuentan con elementos que podrían facilitar la implementación del programa. En contraste, comunas como Canela, Perquenco, Alhué y Coltauco exhiben una mayor vulnerabilidad según los indicadores revisados. Se identifica que elementos como la ruralidad, índice de dependencia y el aislamiento de la comuna pueden representar desafíos significativos en la implementación del programa (véase el cuadro 2).

Las comunas pioneras se pueden clasificar en tres tramos de acuerdo con su tamaño poblacional. De esta forma, se tienen comunas como Renca y Linares, con más de 100 mil habitantes; Coltauco y La Cruz, entre 20 mil y 30 mil habitantes; y Alhué, Canela y Perquenco, con menos de 10 mil habitantes. Con excepción de Alhué (87,3%), en todas las comunas el porcentaje de población FONASA inscrita en APS bordea o alcanza el 100%. En términos de ruralidad, se cuenta con un amplio espectro de resultados, desde comunas como Renca que presenta un 0% de ruralidad, seguida por La Cruz y Linares con 9,2% y 17,1% respectivamente; comunas con un porcentaje de ruralidad cercano al 40% como Coltauco y Perquenco; y finalmente, comunas como Alhué y Canela con más del 50% de población rural (59,6% y 78,4% respectivamente).

Considerando que la tasa de pobreza por ingresos a nivel país fue del 6,5% en 2022 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023), entre las comunas pioneras, Canela (16,3%), Perquenco (14,1%), Coltauco (10%), Alhué (9,6%) y Linares (8,9%), presentan tasas de pobreza por sobre el promedio nacional, mientras que Renca (5,3%) y La Cruz (3,2%) muestran tasas por debajo de dicha media. Respecto a la pobreza multidimensional, que a nivel nacional fue de 16,9% en 2022 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023), Alhué (29,1%), Canela (23,9%), Perquenco (23,2%) y Renca (19,5%) presentan tasas por sobre esta, mientras que Coltauco tiene una tasa similar (16,4%) y La Cruz (14%) y Linares (10,5%) tienen tasas por debajo de la media nacional.

Cuadro 2
Dimensión contexto / Subdimensión Sociodemográficos

Indicador	Fórmula	Unidad	Comuna												
			Alhué	Canela	Coltauco	La Cruz	Linares	Perquenco	Renca						
Población proyectada 2023	Resultado	Personas	7 756	9 524	21 936	27 279	103 303	7 262	162 854						
Población comunal FONASA	Resultado	Personas	7 902	9 633	16 206	19 423	87 764	6 266	133 237						
Porcentaje población comunal FONASA inscrita en atención primaria	Numerador	PIV comuna	6 899	9 554	17 151	18 694	87 182	6 296	131 688						
	Denominador	Población FONASA comuna	7 902	9 633	16 206	19 423	87 764	99,3%	6 266	100,5%	133 237	98,8%			
Tasa de pobreza comunal por ingresos	Límite inferior	Resultado	5,9%	10,0%	4,8%	1,0%	6,2%	8,4%	2,2%						
	Límite superior		13,3%	22,6%	15,2%	5,4%	11,5%	8,9%	19,8%	8,3%	5,3%				
Tasa de pobreza comunal multidimensional	Límite inferior	Resultado	22,5%	16,8%	11,3%	8,8%	7,1%	16,8%	13,2%						
	Límite superior		35,7%	31,0%	21,6%	19,2%	13,8%	10,5%	29,6%	23,2%	25,8%	19,5%			
Promedio años de escolaridad	Resultado	Años escolaridad	8,4	6,9	7,9	9,5	8,7	7,6	8,5						
Índice de Desarrollo Comunal	Resultado	IDC	0,2945	0,2069	0,3113	0,4473	0,4959	0,2739	0,4782						
Lugar en ranking de Desarrollo Comunal	Resultado	Lugar	263	332	239	83	59	288	68						
Índice de dependencia	Numerador	N° personas 0-14 y 60 y + años	2 890	4 426	8 971	10 396	42 034	3 018	60 527						
	Denominador	N° personas 15-59 años	4 866	5 098	12 965	16 883	61 269	4 244	102 327						
Índice de masculinidad	Numerador	N° hombres	3 907	4 757	11 005	13 326	50 003	3 573	80 546						
	Denominador	N° mujeres	3 849	4 767	10 931	13 953	53 300	3 689	82 308						
Porcentaje de ruralidad	Numerador	N° personas rural	4 624	7 464	8 640	2 510	17 677	3 336	0						
	Denominador	N° personas comuna	7 756	9 524	21 936	27 279	103 303	7 262	162 854						
Porcentaje de localidades en condiciones de aislamiento	Numerador	N° localidades aislamiento	n.a.	42	0	0	2	0	n.a.						
	Denominador	N° localidades comuna	n.a.	140	82	37	157	60	n.a.						
Porcentaje establecimientos de salud en condiciones de desempeño difícil	Numerador	N° estab. desempeño difícil	4	11	5	0	13	3	6						
	Denominador	N° estab. comuna	5	11	6	1	21	4	8						
Porcentaje pueblos originarios	Numerador	N° personas pueblos orig.	313	417	1 037	1 049	3 887	3 514	19 683						
	Denominador	N° personas comuna	6 835	9 456	20 387	23 054	98 039	7 142	154 637						
Porcentaje país de nacimiento distinto a Chile	Numerador	N° personas nacidas fuera Chile	244	33	116	464	857	23	5 420						
	Denominador	N° personas comuna	6 835	9 456	20 387	23 054	98 039	7 142	154 637						

Fuente: Elaboración propia en base a fuentes de información detalladas en sección anterior para cada indicador.

Nota: Comunas no incluidas en estudio SUBDERE.

En cuanto al nivel educativo, La Cruz es la comuna pionera con mayor promedio de años de escolaridad (9,5 años), seguida por Renca y Alhué (8,5 y 8,4 años respectivamente), mientras que Canela es la comuna con el promedio más bajo (6,9 años). En términos de desarrollo comunal, Linares, Renca y La Cruz son las comunas mejor posicionadas (entre las 100 mejores), mientras que Coltauco, Alhué, Perquenco y Canela se encuentran peor posicionadas con una ubicación superior al puesto 200 en el ranking.

En relación con la población inactiva, la mayoría de las comunas cuentan con índices de dependencia por debajo de 75, con excepción de Canela, que cuenta con un índice de 86,8, ello significa que por cada 100 personas en edad de trabajar (entre 15 y 59 años), hay aproximadamente 86,8 personas menores de 15 años y mayores de 60 años. Por otra parte, en relación con el índice de masculinidad, las comunas con mayor número de hombres por cada 100 mujeres corresponden a Coltauco y Alhué (100,7 y 101,571 respectivamente), mientras que el resto de las comunas presentan índices por debajo de 100, siendo Linares la comuna con menor número de hombres por cada 100 mujeres (93,8).

Por su parte, Renca y Alhué son las comunas pioneras con mayor porcentaje de población migrante, con aproximadamente un 3,5%, y Perquenco es la comuna con el mayor porcentaje de población perteneciente a pueblos originarios entre las siete comunas pioneras, con un 49,2%.

En términos de aislamiento, solo Linares y Canela presentan localidades en condición de aislamiento, con un 1,27% y 30% respectivamente. Finalmente, con excepción de La Cruz, en todas las comunas pioneras más del 50% de sus establecimientos de salud son considerados en condiciones de desempeño difícil⁸. En el extremo, Canela tiene un 100% de sus establecimientos de salud clasificados en condiciones de desempeño difícil.

B. La centralidad de la gobernanza y la necesidad de contar con los recursos adicionales a tiempo

La dimensión de estructuras está compuesta por las subdimensiones gobernanza y financiamiento. El primer indicador respecto a la gobernanza, de carácter nacional, refiere a la existencia de un marco jurídico para el programa. En este contexto, cabe mencionar la existencia de la Resolución Exenta N°112, que Aprueba el Programa de Universalización de la APS (MINSAL, 2023a), previamente mencionada en este documento. Dicha resolución proporciona el fundamento y descripción del programa, estableciendo tanto sus objetivos, componentes y financiamiento, así como los mecanismos de monitoreo y evaluación. Además, se cuenta con un marco operativo para el primer año de implementación en las comunas pioneras (MINSAL, 2023e) y con un instructivo para la primera rendición de los indicadores del programa (MINSAL, 2023d).

Si bien los documentos señalados entregan un marco para la implementación del Programa de Universalización de la Atención Primaria de Salud, su foco es fundamentalmente en las comunas pioneras y para el primer año de implementación, por lo que emerge el desafío respecto del fundamento y componentes del programa para los años siguientes en las comunas pioneras, y su escalabilidad a las demás comunas del país. De esta forma, aun cuando es posible señalar que existe un marco jurídico y documentos que lo operativizan, el horizonte temporal que cubre no permite entregar certezas a las comunas involucradas sobre los años posteriores a la incorporación como comuna pionera ni tampoco al resto de las comunas sobre cómo continuará el proceso a nivel nacional.

En relación con la existencia de compromiso político a nivel regional, la realidad de las dos comunas consultadas (una urbana y una rural) difiere. En el caso de la comuna rural, a comienzos de la implementación del programa no se evidenciaba mayor compromiso regional, ni siquiera a nivel del

⁸ Según el Decreto 50, la calificación de los establecimientos de salud en condiciones de desempeño difícil "considera los factores de marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria y la inseguridad y riesgo para el personal, derivado de las condiciones del lugar en que se ejecuten las acciones de atención primaria de salud" (MINSAL, 2020b y 2020c). Véase el Anexo A2 para más detalle de su cálculo.

Servicio de Salud, lo cual fue contrarrestado por el liderazgo del equipo local para poder avanzar en la implementación. Sin embargo, con el tiempo se ha percibido un mayor involucramiento por parte de las autoridades regionales, como puede observarse en la siguiente cita:

“No, si yo lo veo en lo local [...] a mi dirección de servicio y a la SEREMI le faltó conocimiento de esto [...] ahora estamos trabajando, pero en un principio fue difícil para nosotros [...]. Ese orden de las bajadas, directivos, servicio de salud, todo [...]” (directivo, comuna rural).

Por su parte, las personas entrevistadas en la comuna urbana manifiestan que se contó con compromiso de las autoridades regionales en todo momento, sobre todo en el caso del Servicio de Salud que tiene dos comunas pioneras.

“Yo siento que el servicio se ha puesto a disposición nuestro y a poder cooperarnos en esto, más contemplando que este servicio es el único servicio del país que tiene dos comunas pioneras, porque el resto son de distintos servicios y este servicio en particular tiene una comuna urbana [...] y una comuna rural [...]. Por lo tanto, ellos nos han prestado a nosotros todo el apoyo para poder avanzar en este proceso y han ido como aprendiendo juntos con nosotros este proceso también” (directivo, comuna urbana).

En el caso del compromiso político a nivel municipal, ambas comunas resaltan la importancia de haber contado con dicho compromiso, tanto en el discurso como en la acción, desde el primer momento en que fueron definidas como comunas pioneras para el programa (en el caso de la comuna urbana, incluso desde la postulación hasta ser seleccionada). Asimismo, se destaca el compromiso en términos del acompañamiento para llevar a cabo el proceso de implementación, sobre todo para avanzar en los procesos administrativos, y respecto a la coordinación y difusión de la iniciativa. En este contexto, un entrevistado de la comuna rural mencionó las dificultades de trabajar en año de elecciones municipales, la politización del proceso y la posibilidad de que la gestión sea criticada, a pesar de que los beneficios son percibidos a nivel general por la comunidad.

“... es súper complicado trabajar en un año de elecciones... yo eso lo veo como una amenaza [...] siempre va a haber gente que no esté conforme y nunca vamos a dar abasto para todo el mundo” (directivo, comuna rural).

Finalmente, en relación con la existencia de espacios formales para la participación ciudadana, ambas comunas lo tienen en el marco del programa, logrando una convocatoria significativa y activa participación. En específico, se han desplegado diálogos ciudadanos, mesas territoriales y jornadas de trabajo que han servido para difundir, escuchar inquietudes, aclarar dudas y disipar miedos de las personas usuarias, según lo declarado por las personas entrevistadas. En el caso de la comuna rural, estos espacios se han desplegado para priorizar acciones y proyectos a ser implementados en la comuna. Cabe mencionar que ambas comunas tenían instaladas exitosamente instancias participativas con anterioridad. Esto queda reflejado en las siguientes citas:

“... todos dan sus puntos de vista, relatan sus experiencias, eso fue como la primera instancia. Y después nos volvimos a reunir [...] ahí empezamos como a discutir proyectos que se pudieran implementar y luego votamos, trajeron ideas de proyectos, me parece que en la primera reunión dimos las ideas y en la segunda reunión ellos, los de salud, organizaron los proyectos, organizaron 10 proyectos que se pudieran implementar en la comuna, por la conectividad, mejorar el trato a los usuarios [...]. Pero ahí, para que sepan que participaron todos, todos los representantes de todos los estamentos, entonces todos tuvieron voz a través de sus representantes” (usuario, comuna rural).

“Yo diría que nuevos no [...] los espacios que ya existían se han optimizado para hacer difusión de la estrategia -y como te decía yo- para ir también disminuyendo estos temores de la población respecto de que se iban a quitar beneficios a los usuarios de FONASA. Pero nuevos espacios, así como que yo te dijera, a propósito de la APS se armó una organización, no, nada, es lo que existe, y los espacios que normalmente se crean desde salud, o sea, actividades” (directivo, comuna urbana).

Los resultados de la subdimensión de financiamiento, que también forma parte de la dimensión estructuras, se presentan en el cuadro 3. Se observan importantes diferencias en cuanto a los recursos disponibles para desarrollar las actividades de la APS en las comunas pioneras, tanto a nivel del gasto total como del aporte municipal. Este último hace referencia a los recursos totales disponibles de las comunas y a la prioridad que entregan a la salud municipal. En este contexto, el gasto en salud anual por persona usuaria inscrita y validada en las comunas pioneras varía desde \$153 mil pesos chilenos en La Cruz hasta \$347 mil pesos chilenos en Perquenco, mientras que el aporte municipal por persona usuaria inscrita y validada oscila desde \$165 mil pesos chilenos en La Cruz y \$58 mil pesos chilenos en Alhué. Por otro lado, los recursos fiscales extra por habitante de la comuna, asignados a las comunas pioneras en el marco del Programa de Universalización de la APS para la implementación del programa, y que han sido principalmente destinados para la contratación de recursos humanos extra, varían desde los \$16,4 mil pesos chilenos en Linares hasta los \$60,5 mil pesos chilenos en Alhué.

En relación con la asignación de recursos financieros extra a nivel municipal en el contexto del programa, ambas comunas consultadas indicaron que no recibieron tal asignación. Esto se debe principalmente a que la asignación de recursos municipales es definida en el ejercicio anterior, específicamente en el año 2022, cuando las comunas aún no habían sido designadas como pioneras, y no pueden ser modificadas durante el ejercicio en curso. Además, a la fecha de este análisis (noviembre 2023), ambas comunas manifestaron estar aún a la espera de la clínica móvil que sería entregada en el marco del programa. Finalmente, en cuanto a la asignación de recursos municipales extra distintos a financieros, en la comuna urbana plantearon que no se han recibido recursos de este tipo, mientras que en la comuna urbana se informó la recepción de una camioneta por el Departamento de Salud para el traslado de personas y para un programa de pacientes con dependencia severa.

C. Los desafíos de garantizar los insumos requeridos para la implementación exitosa del programa

La dimensión de los insumos está compuesta por la fuerza de trabajo, la infraestructura, los medicamentos, los sistemas de información y las tecnologías digitales para la salud.

En el caso de la fuerza de trabajo, en el marco de la implementación del programa, las dos comunas pioneras analizadas manifestaron tanto la necesidad de contratación de recursos humanos extra de los distintos estamentos como la contratación efectiva de dichos trabajadores, para lo cual, como se mencionó anteriormente, fueron utilizados recursos fiscales extra asignados a las comunas pioneras. La necesidad de contratación surgió en ambos casos, principalmente, a partir de la implementación de la extensión horaria que requirió la creación de nuevos equipos para atender el aumento de las actividades en horarios distintos a los previamente establecidos⁹. En la comuna rural, también se manifestó la necesidad de contratación de un equipo (médico, enfermera y TENS) para asumir las labores asociadas a la implementación de ECICEP. Como resultado, se contrataron a nuevos médicos/as, enfermeros/as, matronas, TENS, kinesiólogos/as, psicólogos/as y odontólogos/as.

⁹ Los horarios adicionales asociados a la Universalización de la APS corresponden a: lunes a viernes entre 17 y 20 horas, y sábados entre 9 y 13 horas.

Cuadro 3
Dimensión estructuras / Subdimensión Financiamiento

Indicador	Fórmula	Unidad	Alhué	Canela	Coltauco	La Cruz	Linares	Perquenco	Renca
Gasto en salud comunal por inscrito validado (gasto total devengado) anual	Numerador	Gasto salud comuna	1 907 454	2 518 020	4 128 515	2 858 208	16 725 123	2 185 913	21 657 607
	Denominador	PIV comuna	6 899	9 554	17 151	18 694	87 182	6 296	131 688
	Resultado	M\$	276,5	263,6	240,7	152,9	191,8	347,2	164,5
Aporte Municipal al Sector Salud comunal por inscrito validado anual	Numerador	Aporte municipal	400 000	73 000	414.289	3 100	150.000	150.000	1 250 000
	Denominador	PIV comuna	6 899	9 554	17 151	18 694	87 182	6 296	131.688
	Resultado	M\$	58,0	7,6	24,2	0,2	1,7	23,8	9,5
Presupuesto fiscal extra per cápita anual, en el marco de la APS Universal	Numerador	Presupuesto asignado comuna	469 350	235 669	500 992	831 349	1 691 663	147 796	2 987 536
	Denominador	Total población comuna	7 756	9 524	21 936	27 279	103 303	7 262	162 854
	Resultado	M\$	60,5	24,7	22,8	30,5	16,4	20,4	18,3
Asignación de recursos financieros municipal extra	Cualitativo	Sí/No			No			No	
Asignación de recursos distintos a financieros municipal extra	Cualitativo	Sí/No			Sí			No	

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de fuentes de información detalladas en sección anterior para cada indicador.

A partir de las entrevistas a actores claves, logró identificarse que ambas comunas experimentaron dificultades en relación con la contratación de recursos humanos extra. Una primera dificultad en común fue la llegada tardía de los recursos debido a problemas y dificultades administrativas en la firma de los contratos. En el caso de la comuna rural, las dificultades están principalmente relacionadas a la contratación de médicos/as, debido a problemas con el pago por hora. En general, se trata de médicos/as nuevos que se ubican en un grado bajo en la escala de remuneraciones, lo que resulta en una oferta de remuneración insuficiente que no les resulta atractiva ni conveniente. En consecuencia, luego de negociaciones, optaron por ofrecer contratos a honorarios, tal como se evidencia en la siguiente cita:

“... obviamente los médicos, por ejemplo, para querer hacer horas extraordinarias o que se les pague, ellos pidieron un monto [...] no es rentable para ellos hacer una hora al valor que corresponde según el estatuto. Entonces ellos pidieron un monto y hubo que negociar ese monto y [...] hacerles contratos honorarios por ese monto, porque de lo contrario no íbamos a conseguir recursos médicos” (directivo, comuna rural).

Otra dificultad que surgió en la comuna rural tiene relación con la lejanía de la comuna, y también con que nuevamente los médicos deben solicitar y aprobar el Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (EUNACOM) para ejercer, procedimiento que había sido suspendido durante la pandemia. Esto se vislumbra en las siguientes citas:

“...nos ha costado mucho que llegue un médico acá a la comuna, es una comuna igual que está como bien alejada, no tiene tanto atractivo” (profesional, comuna rural).

“... sí, ha sido muy difícil contratar médicos, no sólo por el tema de universalización [...] antes nosotros no teníamos médicos, nos costaba mucho y lo que nos ha ayudado bastante fue el tema de cuando los médicos podían trabajar sin el EUNACOM, pero que ahora ya lo están pidiendo, entonces eso ha sido nuestra limitante” (profesional, comuna rural).

En la comuna urbana, las dificultades para la contratación estarían asociadas a los horarios extendidos y la falta de costumbre de trabajar los sábados en la atención primaria. Sin embargo, reconocen como un facilitador para la contratación de recursos humanos, el contar con una carrera funcionaria asociada a sueldos atractivos.

“...a veces nos cuesta esto de que haya que trabajar el sábado [...] en el mundo de la atención primaria, como que está como instalado que tú trabajas de lunes a viernes [...] a veces se nos han ido los profesionales que están contratados de martes a sábado” (directivo, comuna urbana).

“...yo creo que un factor facilitador tiene que ver no con la APS universal, sino que como nosotros veníamos instalando también desde antes, el tema del recurso humano [...]. En el caso de los médicos, en particular [...] a muchas comunas les cuesta contratar médicos que además tengan todos sus papeles al día, porque además también tienen que tener el EUNACOM rendido [...] yo no tengo médicos en la comuna que no tengan el EUNACOM rendido y aprobado” (directivo, comuna urbana).

En segundo lugar, respecto a la infraestructura, las personas entrevistadas de ambas comunas manifestaron que, en el marco de la implementación del Programa de Universalización de la APS, ha surgido la necesidad de contar con más infraestructura, principalmente por el mayor número de atenciones que se deben entregar. Para la comuna rural, la infraestructura ha representado uno de los mayores obstáculos para la implementación del programa, siendo un problema que se plantea que era anterior, tanto en el CESFAM como en el CECOSF. De esta manera, como primera estrategia de abordaje se logró redefinir la agenda de los distintos equipos en función de la disponibilidad de infraestructura, con el objetivo de evitar conflictos de agenda y superposiciones de horarios. Además, se implementaron nuevos box de atención (para teleagendamiento), se amplió el estacionamiento y se prevé la llegada de nuevos *containers* (uno de ellos para la sala de rehabilitación que se implementará prontamente). En el caso del CECOSF, no se pueden realizar ampliaciones porque el recinto tiene solamente tres años y cuenta con garantías por cinco años, según indica un entrevistado. Por otra parte, para una comuna similar a la comuna rural consultada, caracterizada por una alta ruralidad y dispersión de su población, la disponibilidad de nueva

infraestructura móvil (vehículos) podría ser útil y beneficioso. Sin embargo, por restricciones del uso de los recursos no se les permitió utilizarlos para dichos fines. Asimismo, hasta el momento de las entrevistas, contaban con la limitación de que la clínica móvil aún no había llegado.

En el caso de la comuna urbana, las necesidades de infraestructura fueron abordadas a partir del mejoramiento de los espacios existentes, sobre todo en el CESFAM más antiguo, que por plano regulador no puede ampliarse en superficie, y en menor medida en el CESFAM más nuevo. Asimismo, se optimizó la utilización de los recursos disponibles, a partir del reacomodamiento de los espacios, liberando y compartiendo boxes, entre otros. Cabe mencionar que tampoco han recibido nueva infraestructura móvil en el marco del Programa de Universalización de la APS.

El tercer componente de la dimensión de insumos, los medicamentos y otros, también es central para comprender la implementación del programa. En términos generales, es posible señalar que, en el marco de la Universalización de la APS, las dos comunas pioneras analizadas no presentaron dificultades en relación con la disponibilidad de medicamentos (quiebres de stock), equipamiento ni de otros dispositivos médicos. En la comuna rural, en particular, se amplió la solicitud y periodicidad de los medicamentos en el CECOSF, que no cuenta con una farmacia sino únicamente con un botiquín. Respecto al equipamiento, ambas comunas señalaron no contar con equipamiento nuevo relevante, pero tampoco detectaron insuficiencias, incluyendo los dispositivos médicos. Por otra parte, en la comuna urbana, la Corporación Municipal planteó la posibilidad de realizar un levantamiento de necesidades de insumos y equipamiento que podrían ser financiados con recursos asignados en el marco del Programa de Universalización de la APS.

En el caso de los sistemas de información, la cuarta subdimensión de la dimensión de insumos, las dos comunas analizadas cuentan con un sistema de monitoreo, pero presentan realidades distintas. En el caso de la comuna rural, el sistema no corresponde a un sistema informático propiamente tal para el monitoreo y evaluación del programa. No obstante, cuentan con registros propios en planillas Excel para anotar diariamente la productividad de los centros de salud en relación con la Universalización de la APS. En el caso de la comuna urbana, desde hace más de un año, cuenta con una unidad de datos que permite realizar evaluaciones, la cual está respaldada por personal y paneles de control.

Cabe mencionar que una dificultad en común que señalan las personas entrevistadas de ambas comunas en relación con el monitoreo y la evaluación proviene desde el nivel central del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), dado que no se han creado registros especiales asociados al programa. De hecho, al momento de la atención y del registro, no se hace distinción entre las atenciones regulares y las correspondientes a la implementación del programa. El único registro específico sería el de la inscripción asociada al per cápita, tal como se evidencia en las siguientes citas:

“El DEIS no nos crea planillas especiales para la estadística para universalización, por lo tanto, nosotros tenemos planilla Excel [...], por ejemplo [...] yo hice tantas prestaciones médicas en extensión horaria [...] pero no dice extensiones horarias en universalización, yo sé porque tengo una planilla de lo que he hecho en universalización, pero eso es un registro interno” (directivo, comuna rural).

“Mira, el único registro específico que yo conozco es el del per cápita. Porque además con ese registro [...] tú das cuenta de la meta del total de personas inscritas [...] podemos saber cuánto más se atendió de lo habitual, pero no sabemos [...] si esas personas fueron las de APS universal [...]. O sea, si tú me preguntas hoy día, de todas las que inscribimos por APS Universal, cuántas veces se han atendido, habría que buscarlo” (directivo, comuna urbana).

En relación con las tecnologías digitales para la salud, la última subdimensión de la dimensión insumos, se observa que se está llevando a cabo la implementación y el uso de la ficha clínica electrónica como de la telemedicina. Sin embargo, cabe hacer precisiones para ambos indicadores en las dos comunas. Primero, en relación con el uso de la ficha clínica electrónica, efectivamente la comuna rural cuenta con una ficha clínica denominada Fonendo que es de alcance regional y que es utilizada en casi todos los municipios de la región, excepto en algunos que pueden pagar por otras fichas (por ejemplo, Rayen). Dicha ficha se implementó aproximadamente hace 15 años, pero no ha sido desarrollada según lo planificado, siendo descrita como muy básica por las personas entrevistadas. En específico, comentan

que se han desarrollado pocos módulos de la ficha y que no cuenta con instrumentos de salud familiar, lo que se suma a los problemas de conectividad a la red de internet de la comuna. El carácter regional de la ficha impide realizar los cambios que se requieren y, por otra parte, Fonendo no interopera con los otros niveles de atención más complejos ni tampoco con otros sistemas de registro como los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM).

“Nosotros tenemos una ficha electrónica que se llama Fonendo [...] Que es mala, que aquí entró en la región hace como unos 15 años [...] nunca desarrollaron nada, hasta el año pasado se caía a cada rato [...] Ampliaron la capacidad del servidor y tenemos menos cosas, pero igual se cae el sistema de ficha electrónica [...] interactúa sólo con en la región, no con otras regiones” (directivo, comuna rural).

En el caso de la comuna urbana, la comuna cuenta con la ficha electrónica Rayen, la cual, a pesar de ser considerada mejor por las personas entrevistadas de la comuna rural, tampoco interopera con los otros niveles de atención. En este contexto, una persona entrevistada señala que tampoco queda claro cómo derivar pacientes no FONASA a niveles de atención más complejos.

“No hay interoperabilidad y ese es un problema [...] porque, nosotros tenemos la ficha Rayen que está prácticamente en el 70% del país. Eso significa que, si alguien se atiende en la atención primaria, en alguna de las comunas que tiene Rayén, nosotros podemos ver, pero en el fondo hablamos entre atenciones primarias. Pero nuestros usuarios cuando van a los otros niveles de atención al secundario o el terciario no interoperando, no tenemos la misma ficha electrónica” (directivo, comuna urbana).

Respecto al uso de tecnologías digitales, los entrevistados de ambas comunas distinguen la telemedicina propiamente tal de la implementación de la estrategia Telesalud, que a su vez incluye un componente de telemedicina, que consiste en una nueva forma de contacto entre el paciente y el CESFAM para gestionar y optimizar solicitudes.

En el caso de la telemedicina, la comuna rural cuenta con atenciones de salud mental y de dermatología en colaboración con el hospital de la región. En cuanto a Telesalud, la estrategia comenzó a implementarse desde diciembre de 2023¹⁰, por lo que han tenido varias capacitaciones con el apoyo de la comuna urbana, la que es reconocida por las personas entrevistadas como pioneros en Telesalud. Además, se ha avanzado en la elaboración de protocolos y carta gantt, así como también en la preparación de nuevos box para teleagendamiento (*call center*).

Cabe mencionar que, tanto para el avance de la telemedicina como de Telesalud, una de las principales dificultades relevadas por los entrevistados es la conectividad en zonas rurales. Para abordar estos obstáculos, se está trabajando en un proyecto conjunto con la Subsecretaría de Telecomunicaciones para que todos los servicios tengan conectividad. Otra dificultad que se vislumbra, debido a la cantidad de personas mayores en la comuna, es la brecha digital que podría surgir con la expansión y uso de las tecnologías digitales.

La comuna urbana cuenta con atención de psicólogas y psicólogos y se encuentra en proceso de incrementar las horas de atención de morbilidad. La decisión de comenzar con el personal de psicología se tomó principalmente debido al aumento de la dotación y la posibilidad de brindar atención desde sus hogares, sin requerir de un espacio físico de consulta. Sin embargo, se ha recibido cierta resistencia tanto de los profesionales (por falta de conectividad) como de los usuarios (que no siempre tienen las condiciones para un uso óptimo, por ejemplo, en términos de contar con computador y/o privacidad). Para abordar esta situación, se han elaborado perfiles de usuarios a quienes ofrecer estos servicios.

“...lo que manifestaban a los psicólogos en la población era que no contaban con un ambiente protegido, más que al acceso a la tecnología, un ambiente protegido para comunicarse con el psicólogo, porque claro, si la señora tenía algún problema y el marido estaba un poco más allá, entonces [...] No funciona, claro. Entonces veíamos que las agendas de teleconsulta

¹⁰ Se partiría sólo con cinco prestaciones: Prueba de Papanicolaou (PAP), revisión de exámenes, control crónico, Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) y Examen de Salud Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM).

estaban vacías o teníamos menos cupos de eso, y las presenciales estaban llenas y eran mucho más lentas, tampoco tenía mucho sentido las horas tan distanciadas de psicólogos. Pero ahora, claro, ahora nos pasamos al otro lado, ahora tenemos las agendas llenas de las remotas y las presenciales” (directivo, comuna urbana).

En el contexto del Hospital Digital (iniciativa anterior al Programa de Universalización de la APS), se ha avanzado en teledermatología y, de forma incipiente, en telenefrología, salud oral y geriatría en la comuna urbana. Además, la comuna es piloto de la implementación de Telesalud, principalmente en la gestión remota de la demanda.

Las principales dificultades asociadas al uso de tecnologías digitales han estado centradas en las personas mayores con pocas habilidades digitales: “ha sido bien aceptado, pero igual siempre tenemos dificultades, sobre todo con las personas que tienen menos experiencia en el ámbito tecnológico y que en general está un poco asociado a las personas más mayores” (directivo, comuna urbana).

Adicionalmente, entre las personas usuarias es posible observar opiniones divididas respecto a la telemedicina. Por un lado, hay valoraciones positivas, especialmente en términos de su practicidad y utilidad, dependiendo de la condición que requiera tratarse. Por otra parte, existen valoraciones negativas, principalmente asociado a la falta de cercanía percibida con el profesional que brinda la atención.

“Yo creo que es positivo en el aspecto de que depende de lo que usted busque, si usted es hipertensa, que se controla todos los meses, siempre tiene los mismos síntomas, y le falta generar la receta nada más, le hace telemedicina y se ahorra el viaje, el tiempo de espera y todo.” (usuario, comuna rural).

“Yo encuentro que [...] no es más personalizada [...] yo en mi caso, por ejemplo, no la prefiero, de hecho, a mí me pregunta la psicóloga, o me pregunta, ¿quiere ir para allá o quiere una videollamada? Prefiero ir para allá, que es más personalizado.” (usuario, comuna urbana).

D. La importancia de observar los procesos: los tiempos administrativos, la inercia de los modelos de atención, la centralidad de la comunicación, el impacto del apoyo de las autoridades y el rol de la gestión del cambio

La dimensión de los procesos se compone por aquellos procesos administrativos, los modelos de cuidados, el compromiso de la comunidad, el apoyo a la implementación y la gestión del cambio.

En primer lugar, al considerar los procesos administrativos, las personas entrevistadas de ambas comunas señalan que la firma del convenio fue tardía. Este convenio, firmado en marzo, implicaba montos que requerían la aprobación de Contraloría, lo que ralentizó el proceso y afectó la llegada de los recursos. Como consecuencia, los fondos llegaron a la comuna rural en agosto de 2023 y a la comuna urbana en septiembre del mismo año. Ello tuvo múltiples repercusiones en la implementación del programa en ambas comunas. La más relevante, sobre todo para la comuna rural, fue la imposibilidad de contratar a los profesionales para abordar las distintas actividades consideradas, por ejemplo, la extensión horaria, que solo pudo comenzar en el último trimestre de 2023. El retraso en el inicio de las actividades, las cuales habían sido promocionadas a la comunidad desde la firma del convenio, pudo afectar negativamente la opinión de los usuarios, quienes no veían llegar las prestaciones prometidas, como la clínica móvil.

A pesar de ello, ambas comunas avanzaron en la implementación del programa desde el principio, enfocándose en áreas que no requirieran la ejecución inmediata de los recursos tal como la planificación y protocolos. Ello permitió una implementación más rápida y efectiva una vez recibidos los recursos. La comuna urbana, en particular, demostró una mayor flexibilidad en estos avances, incluso en el uso adelantado de algunos recursos. Las personas entrevistadas atribuyen esta estrategia a la administración y gestión de la Corporación Municipal en lugar del Departamento de Salud, quienes tendrían más dificultades para hacerlo. Además, señalan que estos recursos pudieron ser usados para la contratación de personal e iniciar la extensión horaria previo a la llegada de los recursos asignados. La siguiente cita ejemplifica lo indicado:

“estuvimos todos estos meses tratando de levantar la estrategia con recursos propios porque ya teníamos contratada la gente, porque además la estrategia contiene cosas que había que cumplir, como, por ejemplo, una extensión horaria de 30 horas. Para eso necesitabas contratar más personal [...] por suerte nosotros somos corporación y además pudimos hacerlo, pero yo sé que hay otras comunas que al ser Departamento de Salud les cuesta mucho más y tienen que esperar que lleguen todos los recursos para poder empezar a ejecutar” (directivo, comuna urbana).

En segundo lugar, en referencia al modelo de cuidados y la implementación del modelo de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), de acuerdo con las entrevistas, tanto la comuna rural como la urbana cuentan con estratificación y atención por riesgo, sin embargo, la implementación del modelo ECICEP ha sido lenta en ambas comunas. Por una parte, el modelo es reconocido como un cambio radical respecto de cómo se hacen las cosas en la actualidad, lo que ha resultado en una atención limitada a un pequeño número de usuarios. Estas diferencias se basan principalmente en un enfoque integral del modelo en contraposición a la habitual atención programática (o basada en programas), lo que tiene implicaciones no solo en la cantidad de profesionales y la composición del equipo involucrado. Asimismo, también tiene un impacto en términos del rendimiento requerido, que es menor dado que el equipo debe estar 1,5 horas con cada paciente, lo que supone rehacer agendas. Según lo señalado por las personas entrevistadas, estas diferencias generan cierta resistencia tanto en el equipo, incluyendo los administrativos, como en los usuarios, que mostrarían la tendencia de buscar atenderse a través de los programas.

“(entre) los facilitadores (del programa se puede mencionar) que es multidisciplinario, que puede estar un médico y otro profesional acompañado y eso hace que sea un poco más integral. Y la complicación, yo creo que, como todo proceso nuevo, es cambiar un poco el paradigma del control cardiovascular a ECICEP, y eso yo creo que nos ha generado conflicto, porque si no todos están en conocimiento y entienden esta estrategia, tienden a hacer lo antiguo y no avanzamos como con la nueva estrategia [...] a veces el usuario sale de su control, es ECICEP y va a pedir una hora para su control de cardio y entonces uno le dice, no, [...] eso pasa mucho. Y también de manera administrativa, o sea que nadie se fijó que este paciente ya era ECICEP y le entregamos una hora de control cardio, entonces eso pasa, cuando está recién partiendo y no está tan masificado, no ha sido tan conocida esta estrategia” (profesional, comuna urbana).

En el caso de la comuna rural, la implementación del modelo comenzó a mediados de 2021 utilizando recursos propios, sin embargo, solo se pudo contratar jornadas una vez que llegaron los recursos del Programa de Universalización de la APS, principalmente para enfermeras y TENS, y con la incorporación del médico nuevo en diciembre. Asimismo, comentan que el monitoreo se realiza de manera manual y que han tenido dificultades con la estratificación, principalmente por problemas con la ficha clínica Fonendo. En la comuna urbana, por su parte, no se había avanzado antes en el ECICEP. Según las personas entrevistadas, el proceso “está partiendo y este año [2023] se ha fortalecido un poco más”. Un tema que emerge de las entrevistas está relacionado con los incentivos o su ausencia en la implementación del modelo, y a la falta de claridad respecto a las metas, lo que sumado al menor rendimiento de los equipos en la atención bajo el modelo ECICEP, podría generar resistencias en el avance y dificultar la instalación del modelo.

“[La implementación] le cuesta mucho [a todos] [...] yo creo que el papeleo de llenar los planes, de registrar y de enfocarse igual en otra área. También el tema de los registros [...] cómo se le da más tiempo al ECICEP, porque el médico tiene que ver de todo, entonces quita más horas a los otros programas y que todavía nos siguen pidiendo metas de acuerdo con ciertos indicadores que son más de atención, no es de modelo de salud familiar. Entonces la estrategia en sí está, pero hay que darle mayor continuidad en cuanto a la información” (profesional, comuna rural).

Por otra parte, entre los factores que facilitan avanzar en la implementación del modelo ECICEP se mencionan el compromiso y apoyo de los directivos y de los equipos de atención, así como la colaboración del Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) en relación con el agendamiento.

En tercer lugar, en cuanto al compromiso de la comunidad, se identificaron elementos relevantes tanto en relación con el involucramiento de la comunidad como de la satisfacción usuaria. Respecto al involucramiento de la comunidad en el marco del programa, según las personas entrevistadas de ambas comunas, tanto en las entrevistas individuales como grupales, se expresa que se han realizado con éxito las actividades consideradas para estos fines. Ello se evidencia principalmente en los diálogos ciudadanos, los cuales lograron una alta participación por parte de los usuarios. En la comuna rural, incluso se llegó a priorizar servicios a través de votación para su implementación por la salud municipal de la comuna. Destaca, en ese contexto, el rol de los encargados de la participación y del equipo motor.

Cabe señalar que ambas comunas ya contaban con avances previos en relación con la participación de la comunidad, lo que ha facilitado el avance de la implementación del programa en este ámbito, usando los mismos canales, actividades y mecanismos que se venían utilizando con anterioridad. Un tema que surge de las entrevistas hacia los equipos de salud es la identificación de temores que tenían los usuarios FONASA, como la preocupación por compartir los recursos ya escasos de la salud municipal con nuevos usuarios que no son FONASA, lo que se confirmó en las entrevistas realizadas a usuarios. Sin embargo, estos temores se han disipado en la medida que los usuarios han comenzado a percibir los beneficios concretos de la Universalización de la APS, como la extensión horaria de la atención.

“hubo un grupo que [al principio] tuvo resistencia, porque tenían miedo de que lo poco que tenían se lo quitaran estos nuevos usuarios. Pero a medida que ellos fueron entendiendo este proceso, y sobre todo en el segundo diálogo, donde mostramos cifras de lo que se había aumentado en recursos humanos y cuántas otras prestaciones se habían podido otorgar [...] eso como que graficó lo que significaba la universalización” (directivo, comuna rural).

Otro tema que emerge en el contexto de la participación usuaria es el de la estrategia comunicacional desde el nivel central y hacia los usuarios. Según lo expresado por los actores claves, dicha estrategia ha sido nula y/o deficiente y que sería enriquecedor contar con una en la medida en que ello podría facilitar la inscripción de personas y permitir que la ciudadanía impulse la demanda. Las personas entrevistadas afirman que ha faltado difusión del programa y que no se ha visto un aumento significativo de la participación de usuarios no FONASA, elementos que podrían haber motivado a otras comunas a sumarse al programa.

“Bueno, la comunidad está en conocimiento de la estrategia, pero imagino que no es su totalidad, porque si no tendríamos filas de gente que viene a hacer a APS universal y no ha sido así, ha sido súper paulatino el ingreso y el acceso de las personas a APS universal, así que más hemos salido a buscar que lo que han llegado de manera espontánea” (profesional, comuna urbana).

En relación con la satisfacción usuaria, a partir de las entrevistas grupales a usuarios fue posible constatar que, en primer lugar, un mayor conocimiento por parte de los usuarios de la comuna rural en comparación con la urbana. En segundo lugar, se observó una alta satisfacción usuaria, sobre todo de aquellos usuarios FONASA que tienen contacto regular con los centros de salud y que han notado los cambios ocurridos en los últimos meses (aunque no necesariamente los relacionan directamente con el programa). Además, se reportó una mayor satisfacción entre aquellos que se inscribieron recientemente en la APS.

“Mi experiencia en el CESFAM es muy buena [...] si uno necesita una hora, llama a las 7 de la mañana y la hora está y te atiende un médico y los médicos son buenos. Si uno llega a la hora, espera 5 minutos, te atienden y no tienes que esperar más que eso. Si necesito un medicamento, ponerme una inyección, me la dan, la retiro y me la pongo, entonces, mi experiencia es esa” (usuaria, comuna urbana).

Esta alta satisfacción también se extiende a los usuarios ISAPRE y Dipreca que se han incorporado a la APS como parte del programa, lo que les permite establecer una vinculación más directa con ella.

“Yo me atendí en Dipreca, por lo tanto, yo no tenía hasta este año derecho a atenderme en el CESFAM [...] por la salud primaria pionera que salió nuestra comuna a nivel nacional [...] Hubo una reunión [...] para informarnos de esto a nivel comunal que fue muy buena e interesante [...] yo pertenezco a un grupo de adulto mayor y por eso nuestra coordinadora [...] me orientó para que yo me inscribiera [...] al CESFAM, lo cual me ha atendido muy bien” (usuario, comuna rural).

Por su parte, entre los usuarios de FONASA entrevistados que no han tenido contacto con los centros de salud en los últimos meses, se vislumbra una mayor resistencia a reconocer los avances de la Universalización de APS. Sus opiniones están más arraigadas a un discurso anclado a experiencias anteriores que refuerzan una percepción negativa del servicio público.

En cuarto lugar, se exploró el rol que cumple el apoyo brindado por las autoridades regionales, el Servicio de Salud y las autoridades comunales. La realidad de las dos comunas consultadas difiere en términos del involucramiento de las autoridades. En la comuna rural, el involucramiento de las autoridades regionales y del Servicio de Salud ha sido más bien reactivo. Se plantea en las entrevistas que al comienzo de la implementación del programa el apoyo fue más bien débil y el equipo se sentía poco acompañado y con mucha desinformación. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, esto ha evolucionado hacia un mayor acompañamiento en la actualidad. En principio, esto ocurrió por insistencia del equipo local, a pesar de que las orientaciones técnicas para la implementación (MINSAL, 2023e) definen explícitamente el rol de los distintos actores involucrados en la implementación, incluyendo a la SEREMI y el Servicio de Salud.

“Ahora creo que después de unos 3 meses de desarrollado hemos tenido el acompañamiento de la dirección del Servicio y de la SEREMI; creo que en esta región no fue todo lo fluido que debió haber sido, pero como nosotros somos un equipo que estaba comprometido, tuvimos la facilidad de hacer el contacto con el MINSAL y cuando teníamos alguna duda con respecto a alguna estrategia, nuestro contacto era directamente con el MINSAL y el equipo de reforma, un 7 [...] Creo que en las autoridades regionales no anduvimos tan fluido [...] ahora lo logramos, pero en un principio nos costó” (directivo, comuna rural).

En la comuna urbana, en cambio, se manifiesta haber recibido apoyo por parte de la SEREMI, especialmente en temas de participación y determinantes sociales de la salud, y del Servicio de Salud que se mostró disponible a colaborar. En cuanto al involucramiento a nivel municipal, ambas comunas resaltan la importancia de contar con el apoyo de los alcaldes para llevar a cabo el proceso, así como también de la Corporación Municipal o Departamento de Salud.

En quinto lugar, respecto a la gestión del cambio, se observó que la implementación del programa ha sido efectiva y que ha implicado la modificación de procesos, su flexibilización y adaptación a la realidad local, con un significativo involucramiento de los trabajadores. En este contexto, ambas comunas comparten experiencias similares en el sentido de que han necesitado adaptar sus agendas, equipos e infraestructura a los requerimientos de la Universalización de la APS, y a pesar de las dificultades, lo han logrado de manera exitosa. Por ejemplo, en la comuna rural, se han acomodado las agendas en función de la infraestructura disponible, y en la comuna urbana se han redistribuido los espacios para responder al aumento de atenciones por la extensión horaria. Además, en ambas comunas se ha avanzado en la implementación de la telemedicina y del modelo ECICEP, y se ha establecido la extensión horaria.

Un punto que cabe destacar sobre el involucramiento de los trabajadores ha sido el compromiso de los equipos en ambas comunas, de tener un equipo con un alto nivel de profesionalismo que se suma desde el principio. Sin embargo, también se identifican desafíos como, por ejemplo, en la comuna urbana, donde han enfrentado dificultades para involucrar a todos los trabajadores, no solo al equipo que trabaja en el programa, y la ausencia de reconocimiento de la importancia del programa a nivel del

CESFAM completo. Se reconoce cierta reticencia inicial entre los trabajadores a la universalización, ya que, en su imaginario, según su relato, se asociaría a realizar el mismo trabajo por los mismos ingresos. No obstante, luego de tener más información sobre el programa, se reconocen diversos beneficios y efectos positivos sobre los trabajadores, como la posibilidad de acceder a oportunidades de formación debido al reacomodo de los horarios, en específico, por la extensión horaria.

En la comuna rural, por su parte, se destaca como un facilitador para la implementación del programa el haber involucrado a los funcionarios desde el primer día, capacitándolos y haciéndolos partícipes del proceso, y la disposición de instancias como reuniones de equipo y con directivos para fomentar su involucración. Se reconoce también que la cultura organizacional contribuyó a que no hubiera resistencia por parte de los equipos, a pesar de no contar con recursos adicionales para incrementar los salarios, y que incluso se pudiera avanzar en su implementación en un contexto de desastre natural como fueron las inundaciones que afectaron a la comuna en dos ocasiones durante el año 2023.

“Ha habido instancias (pero) quizás deberían haber un poco más de reuniones [...] fue muy rápido debido a que teníamos el tema de las inundaciones [...] y el equipo también, saliendo de una pandemia, luego las inundaciones, y nos dice que tenemos que implementar esta nueva modalidad, lo cual fue un desafío igual importante para nosotros, y hemos tenido muy poco [...] tiempo para las cantidades de reuniones que debiésemos tener, pero sí hemos tenido. Y la jefatura sí nos han dado todas las facilidades para poder tener ese tipo de reunión” (profesional, comuna rural).

A pesar de que se han destacado estas experiencias positivas, es importante mencionar que no se ha delineado un modelo organizacional de gestión del cambio propiamente tal (o un equipo a cargo), sino más bien un avance improvisado (en la medida que llegan los recursos o surgen las necesidades) basado en voluntades y compromiso del equipo y de los directivos. Ello permite identificar un compromiso con la importancia de la salud familiar y un convencimiento de que la universalización disminuirá la desigualdad. Cabe indicar que la carga administrativa adicional que conlleva la implementación del programa ha sido señalada por las personas entrevistadas como muy alta, situación que podría aliviarse si se destinaran recursos extra para el apoyo en esta área. Finalmente, es relevante señalar que al momento de aceptar ser comunas pioneras, se les propuso la implementación del programa como un proceso de creación conjunta.

E. Los avances en términos de los productos: progresos en cobertura universal, en la implementación de factores que facilitan el acceso al servicio de salud y la participación de la comunidad

Finalmente, la dimensión de los productos está compuesta por la cobertura universal, los habilitadores para facilitar el acceso a servicios esenciales de APS y los diálogos ciudadanos.

Con relación a la cobertura universal, como muestra el cuadro 4, es posible señalar que, al mes de agosto de 2023, las siete comunas habían cumplido la meta de inscripción de usuarios que correspondía alcanzar un 40% de la población potencial. Además, todas las comunas lograron construir una línea base de la disponibilidad de contactos de los usuarios, lo que significa que un 46,7% y el 89,4% de la población inscrita en Canela y Alhué fue validada con más de un contacto con los centros de salud, a excepción de La Cruz que no cuenta con registro clínico habilitado. Por otra parte, las siete comunas cuentan con al menos un establecimiento funcionando con ampliación de extensión horaria y hasta agosto de 2023, todas las comunas habían firmado el acuerdo administrativo que compromete a la administración comunal frente al Ministerio de Salud a trabajar aspectos asociados a la optimización de procesos, gestión administrativa de salud y recursos humanos, físicos y financieros, entre otros.

Cuadro 4
Dimensión productos / Subdimensión Cobertura universal

Indicador	Fórmula	Unidad	Comuna							
			Alhué	Canela	Coltauco	La Cruz ^a	Linares	Perquenco	Renca	
Inscripción universal - Nuevos inscritos en los establecimientos de APS (al 09.10.2023)	Numerador	Nuevos inscritos	1 746	960	3 619	4 344	7 087	520	16 178	
	Resultado		71,9%	150,9%	136,8%	69,2%	57,0%	133,7%	65,9%	
	Denominador	Población potencial	2 429	636	2 646	6 276	12 426	389	24 535	
Utilización de los servicios - Tasa de contacto con servicios de APS (a agosto 2023)	Numerador	Personas con contacto >1	6 343	4 526	10 476	-	42 204	4 126	73 553	
	Resultado		89,4%	46,7%	61,8%	-	47,7%	64,8%	54,5%	
	Denominador	PIV 2023	7 097	9 685	16 964	-	88 404	6 363	134 866	
Extensión horaria - Porcentaje de establecimientos funcionando con ampliación de extensión horaria (a agosto 2023)	Numerador	N° establecimientos con pautas de supervisión cumplidas	1	1	1	1	4	1	4	
	Resultado		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Denominador	N° establecimientos con pautas de supervisión aplicadas	1	1	1	1	4	1	4	
Optimización de los procesos administrativos - Firma acuerdo administrativo (a agosto 2023)	Cualitativo	Sí/No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	

Fuente: Elaboración propia en base a fuentes de información detalladas en sección anterior para cada indicador.

^a Comuna sin registro clínico electrónico habilitado (0,02% línea base de contactabilidad).

Cuadro 5
Dimensión productos / Subdimensión Habilitadores para facilitar el acceso a los servicios esenciales

Indicador	Fórmula	Unidad	Comuna							
			Alhué	Canela	Coltauco	La Cruz	Linares	Perquenco	Renca	
Atenciones extramuro (a agosto 2023)	Cualitativo	Sí/No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si	
Sistema de gestión remota de la demanda - Planes de gestión remota de la demanda (a agosto 2023)	Cualitativo	Sí/No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Si	
Estrategia ECICEP - Ingreso de la población con estratificación de riesgo alto (G3) a ECICEP (a agosto 2023)	Numerador	Personas alto riesgo ingresadas ECICEP	110	0	20	17	116	0	171	
	Resultado	%	13,4%	0%	^b	63,0%	^b	0%	1,8%	
	Denominador	Total personas con alto riesgo	822	366	-	27	-	0	9 588	
Gestión de experiencia usuaria - Plan de gestión de la experiencia usuaria	Cualitativo	Sí/No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	

Fuente: Elaboración propia en base a fuentes de información detalladas en sección anterior para cada indicador.

^a No aplica, sistema implementado.

^b Aún no es posible definir el total de personas con riesgo alto (0% línea base).

En relación con los habilitadores para facilitar el acceso a servicios esenciales de APS, como se presenta en el cuadro 5, hasta agosto de 2023, las siete comunas pioneras cumplieron con la construcción de la línea base, lo que permitirá monitorear el aumento del número de acciones de salud que se realizan fuera de los establecimientos (extramuro). Además, todas las comunas cuentan con Planes de gestión remota de la demanda, con excepción de Renca, que ya tiene el sistema implementado. Por otra parte, a agosto de 2023, las siete comunas tenían calculada su línea base respecto al porcentaje de personas con alto riesgo ingresadas (aunque en Coltauco y Linares, a esa fecha, no fue posible definir el total de personas con riesgo alto, marcando una línea base de 0%). Finalmente, para la misma fecha, solo Canela, La Cruz y Perquenco reportaron contar con un Plan de Gestión de la Experiencia Usuaría.

Por último, con relación a la implementación de los diálogos ciudadanos, todas las comunas pioneras reportan haber realizado al menos un encuentro previo al 30 de agosto de 2023.

IV. Los determinantes de la implementación exitosa del Programa de Universalización de la APS

Existen diversos elementos que operan como determinantes para el éxito de la implementación del Programa de Universalización de la APS, tales como la ruralidad (en términos, por ejemplo, de la forma en que se acerca la salud a las personas/postas rurales y rondas, entre otros), el aislamiento (en términos de la conectividad necesaria para la implementación de nuevas tecnologías) o el índice de dependencia (en relación, por ejemplo, con la brecha digital en personas mayores y cómo abordarla para el éxito de la implementación de las nuevas tecnologías). Ello implica que estos aspectos deben ser considerados al momento de flexibilizar la implementación del programa y adaptarla a las realidades locales, especialmente al considerar que Chile es un país caracterizado por su alta heterogeneidad, con territorios con diferentes niveles de dispersión, conectividad y brechas digitales, entre otras diferencias.

En el ámbito de la gobernanza y la institucionalidad, los resultados de esta investigación resaltan la importancia de contar con un marco jurídico claro que no solo aborde las etapas iniciales del programa con orientaciones y directrices claras, sino que también disipe la incertidumbre respecto al mediano y largo plazo, como la escalabilidad a otras comunas y el futuro de las comunas pioneras. También se desprende la importancia del compromiso político para el éxito de la implementación, que trasciende de lo local o municipal. Ello es central al proyectar una escalabilidad del Programa de Universalización de la APS, dado que, al incrementar la cantidad de municipios involucrados, el Equipo de Reforma MINSAL no podrá desplegarse de manera directa en todas las comunas del país. Asimismo, se evidencia la relevancia de contar con espacios formales o mecanismos institucionales para la participación ciudadana, dado que su existencia e implementación previa al programa facilitan el proceso de implementación, permitiendo aprovechar la existencia de mecanismos ya existentes al servicio del programa.

En términos de la dimensión financiera, se pudo constatar la realidad en relación con los recursos disponibles para las distintas comunas pioneras, así como la importancia de los recursos que fueron destinados a la salud municipal en el marco del Programa de Universalización de la APS (entre un 7% y un 25% del gasto en salud comunal anual (total devengado)).

A su vez, respecto a la dimensión de los insumos, se observó la relevancia de contar con los recursos humanos e infraestructura necesarios para la implementación del programa y cómo las comunas han tenido que adaptarse a la disponibilidad de estos recursos para avanzar en el proceso de implementación. En el

caso de los medicamentos, equipamiento y dispositivos médicos, pareciera ser más fácil y/o rápido para las comunas adaptar su disponibilidad a los nuevos requerimientos. Asimismo, se evidenció la importancia y urgencia de contar con un sistema de información que permita monitorear y evaluar la implementación del programa, considerando que las comunas dan respuesta de forma individual y heterogénea a este requerimiento. También, se pudo constatar las diferentes realidades en relación con el uso de la ficha clínica electrónica que, independiente de si son gratuitas o pagadas, presentan problemáticas en común en términos de su interoperabilidad entre distintos establecimientos y regiones, y especialmente, entre el nivel primario y secundario de atención. Ello resulta fundamental para garantizar una atención de salud integral y coordinada, que supere la fragmentación de la atención, asegure la continuidad del cuidado al permitir a los profesionales acceder a la información de los pacientes independiente del lugar de atención y potencie la eficiencia evitando duplicidades y errores.

En el ámbito de los procesos, la oportunidad tanto de la firma del convenio entre el MINSAL y los Servicios de Salud, como el consecuente traspaso oportuno de recursos, resultan fundamentales para el éxito de la implementación del programa. Posibles retrasos en esta materia se traducen en importantes restricciones como la imposibilidad de contratación de recursos humanos y, por lo tanto, restringe el inicio de varios de los componentes del programa, como, por ejemplo, la extensión horaria. De igual modo, se constató la relevancia del compromiso de la comunidad para el éxito de la implementación del programa, tanto a través de su involucramiento activo como de la satisfacción usuaria. En adición, se evidenció cómo los "nuevos usuarios" (FONASA que antes no tenían contacto, ISAPRE o FFAA) se encuentran muy satisfechos con los beneficios de la Universalización de la APS, sobre todo con la posibilidad de atenderse en horarios que antes no estaban disponibles. Además, se destaca la necesidad de contar con el apoyo por parte de las autoridades regionales, del Servicio de Salud y comunales desde los inicios de la implementación del programa, de forma activa y no solo reactiva ante consultas o solicitudes de las comunas.

A pesar de los resultados positivos para los indicadores relacionados a la modificación de los procesos, flexibilidad y adaptación de la implementación del programa a la realidad local e involucramiento de los trabajadores, también son centrales en su logro las voluntades y el compromiso de directivos, sin identificarse un modelo de gestión del cambio formal o establecido. Ello se traduce en una especie de improvisación en relación con cómo abordar los diferentes desafíos impuestos por el proceso de construcción conjunta de la implementación.

Respecto a los procesos, se pudieron evidenciar los distintos grados de avance del modelo ECICEP y el modo en que se gestionaron recursos para contratar profesionales para su implementación a través del Programa de Universalización de la APS. De igual manera, se observó la dificultad asociada al cambio de paradigma desde uno basado en programas hacia una atención integral y a la forma de atención del modelo (menor rendimiento por profesional hora y conformación de equipos de atención), y cómo los sistemas de registro pueden facilitar o dificultar la estratificación de acuerdo con el riesgo. Este último punto ilustra de forma integrada la importancia de los procesos y cómo deficiencias o fallas, como problemas asociados a la firma del convenio y recepción de los recursos, pueden afectar el avance en el resto del modelo ECICEP, pero también, cómo esto puede ser, de cierta forma, contrarrestado al contar con otras fortalezas como la flexibilidad y el compromiso del equipo.

Finalmente, en relación con los productos, es posible señalar que las siete comunas pioneras han logrado cumplir las diferentes metas impuestas para la evaluación de la implementación del programa. Ello incluye aspectos relacionados con la cobertura universal, como la inscripción de nuevos usuarios, la tasa de contacto, la extensión horaria y la firma del acuerdo administrativo. También, de aquellos asociados a los habilitadores para facilitar el acceso a los servicios esenciales tales como las atenciones extramuro, los planes de gestión remota de la demanda y la línea base para el ingreso de la población con estratificación de riesgo a ECICEP. Por último, las siete comunas han logrado realizar al menos un diálogo ciudadano en el marco de la implementación del programa.

V. La centralidad de considerar la integralidad del Programa de Universalización de la APS para su implementación: reflexiones finales

El análisis presentado en este documento destaca la importancia de abordar la implementación de un programa como la Universalización de la APS a partir de un marco conceptual amplio que considere su integralidad, es decir, las distintas dimensiones y sus interacciones. El contexto afecta las estructuras, sobre todo considerando que el financiamiento de la APS está directamente relacionado con indicadores como la pobreza, la ruralidad, el aislamiento, el desempeño difícil y la presencia de personas mayores (que se cuentan entre los indexadores del per cápita basal). A su vez, el financiamiento afecta a los insumos, como la disponibilidad de recursos humanos y medicamentos, entre otros. Por otro lado, los procesos no solo se ven influenciados entre sí, sino que también tienen un impacto sobre los insumos y los productos o contenidos, por ejemplo, retrasos de la firma de los convenios pueden generar demoras en la contratación de recursos humanos lo que, a su vez, se puede traducir en retrasos en la implementación de la extensión horaria. De esta forma, la propuesta del presente estudio propone un enfoque integral para comprender a cabalidad las diferentes interacciones e implicancias en cadena que se puedan identificar, en lugar de analizar parcialmente aspectos que puedan tener origen en otros eslabones de la misma cadena.

En consideración a los resultados presentados, que permitieron identificar buenas prácticas y desafíos que enfrentan las comunas pioneras del programa, es posible plantear recomendaciones para su implementación. En primer lugar, se entregan recomendaciones asociadas con aspectos comunicacionales, con la intención de fortalecer el avance del Programa de Universalización de la APS a nivel nacional. Luego, le siguen recomendaciones relacionadas con su escalabilidad, seguidas por reflexiones sobre los procesos administrativos, de gestión y de implementación propiamente tal. Finalmente, se entregan sugerencias relacionadas con los insumos.

A. Aspectos comunicacionales

- Se considera importante diseñar e implementar una estrategia comunicacional a nivel nacional que difunda el Programa de Universalización de la APS a nivel masivo, cubriendo a todas las comunidades y territorio del país, con el propósito de apoyar las estrategias

comunicacionales y de enrolamiento locales, evidenciando los beneficios y aportes del programa a los potenciales nuevos usuarios (i.e. FONASA no registrados, ISAPRE, FFAA, CAPREDENA), como también a los usuarios actualmente inscritos que no tienen contacto habitual con la APS. Ello con el objetivo de generar visibilidad política y social, e incorporar el programa a la agenda pública y política, generando interés tanto en la comunidad (para lograr un enrolamiento masivo), como en otras comunas (por incorporarse al programa como comunas pioneras).

- Se recomienda elaborar e implementar una estrategia comunicacional interna o institucional que difunda el Programa de Universalización de la APS entre los distintos departamentos y divisiones del MINSAL y a toda la institucionalidad involucrada (FONASA, SEREMI, Servicios de Salud, trabajadores de la salud). Ello es necesario para incorporar el programa en la estructura del sistema de salud, de manera que no sea percibido como un programa aparte y que se definan e identifiquen los roles a cumplir por las diferentes instancias (de acuerdo con las orientaciones técnicas ya disponibles). Esto es importante al considerar que, en un contexto de escalabilidad, el Equipo de Reforma del MINSAL ya no podrá mantener el mismo rol activo y de disponibilidad directa actual para cada una de las comunas que se encuentre implementando el programa, por lo que será fundamental contar con el apoyo, compromiso e involucramiento de los distintos actores.

B. Escalabilidad

- En un contexto de escalabilidad del Programa de Universalización de la APS en Chile, y considerando las distintas realidades locales, se plantea la necesidad de reforzar las orientaciones, roles de los distintos actores y protocolizar las actividades, así como el apoyo directo a las comunas, para asegurar el éxito en su implementación. Se sugiere considerar que, no en todos los casos, se reproducirá un arreglo de intereses en que confluya el compromiso de directivos, trabajadores y la satisfacción de los usuarios, por lo que el éxito de la implementación del programa no puede depender principalmente de la voluntad de las jefaturas o los trabajadores, ya que ello dificultaría su replicabilidad. En el mismo contexto, es necesario tener en cuenta que no todas las comunas contarán con una implementación avanzada de algunos componentes del programa, como ECICEP, telemedicina y/o participación de la comunidad.
- En un contexto de escalabilidad, es importante considerar la creación de un Programa de Comunas Mentoras que replique la experiencia donde las comunas pioneras con mayores avances en la implementación del Programa de Universalización de la APS puedan apoyar a las nuevas comunas y traspasar su experiencia en cuanto a los desafíos enfrentados, la forma de solucionarlos, las buenas prácticas, errores y aprendizajes, entre otros.

C. Procesos

- Se recomienda que la firma del convenio, en lo posible, se lleve a cabo el año anterior, considerando los plazos de toma de razón en Contraloría y otros que pudieran demorar el traspaso de los recursos. Ello permitiría que las comunas tuvieran acceso a los recursos a partir de enero del primer año y, de esa forma, puedan ejecutar dichos recursos de acuerdo con la planificación establecida, sobre todo en lo que respecta a la contratación de recursos humanos, para lograr una implementación óptima del programa.
- Se considera fundamental avanzar en la resolución de aquellos aspectos en que persiste la incertidumbre para las comunas pioneras respecto del proceso de implementación del programa, tomando en cuenta su escalabilidad para el resto de las comunas. Entre los principales elementos de incertidumbre se identifican las dudas respecto a cómo van a

ser entregados los recursos en los años siguientes, si serán entregados o no, cómo serán medidos en relación con al programa y cómo afectará al resto de las actividades por las que son medidos. Asimismo, surgen dudas respecto a cómo se irán incorporando nuevas comunas al programa y sobre la implementación misma, por ejemplo, cómo se debe derivar a los otros niveles de atención en los casos de los usuarios no FONASA, tales como los pertenecientes a ISAPRE y CAPREDENA.

- Es central que el proceso de implementación del Programa de Universalización de la APS y su planificación, tengan en consideración la realidad administrativa de la APS en las distintas comunas, ya sea una Corporación Municipal o un Departamento de Salud, y las implicancias prácticas asociadas, por ejemplo, respecto a la flexibilidad en el uso de los recursos y otras que puedan identificarse.
- Se sugiere propiciar el establecimiento de un modelo de gestión que considere directrices claras para avanzar y conducir el cambio, permitiendo flexibilidad para la adaptación a las realidades locales y que incluya recursos para la formación de un equipo de gestión del cambio.
- La medición del éxito de la gestión, sus indicadores asociados y el registro de la actividad, deben estar alineados y, por lo tanto, ser modificados consecuentemente con la implementación del programa. Lo anterior, de manera de generar los incentivos apropiados para los directivos y equipos, y permitir el monitoreo y evaluación del programa de Universalización de la APS.
- Respecto a la participación de la comunidad, se plantea la necesidad de contar con un diseño y protocolo de estrategias y actividades distintas a las puestas en práctica previo a la implementación, sobre todo para ser adoptadas en aquellas comunas con mayores avances. Por otra parte, es importante considerar que no todas las comunas van a tener progresos en este ámbito, por lo que, en un contexto de escalabilidad, es posible que varias comunas requieran de un mayor apoyo. Para dichos fines, el establecimiento de protocolos, preferentemente con la ayuda de las comunas pioneras exitosas en este aspecto, podría ser de utilidad para las comunas que se vayan incorporando.
- En un país vulnerable a emergencias y desastres, es fundamental que el Programa de Universalización de la APS considere un plan de contingencia para las comunas en las cuales se empiece a implementar el programa y que sean afectadas por alguno de estos fenómenos. Es central que ello esté en estrecha articulación con los demás componentes de los sistemas de protección social para potenciar e incrementar sus efectos sobre la salud y el bienestar integral de la población.

D. Insumos

- Se recomienda avanzar en el diseño e implementación de un sistema de monitoreo y evaluación que sea adoptado de manera universal por las comunas. Es importante que dicho sistema considere tanto las necesidades de registro de las actividades asociadas a las distintas estrategias implementadas en la APS, incluyendo el Programa de Universalización, y las metas establecidas para la gestión como la tecnología requerida (sistema informático para la recogida, almacenamiento y transmisión de la información) y las condiciones para que sea implementada de manera exitosa (por ejemplo, de conectividad).
- En relación con la ficha clínica electrónica, se recomienda que todas las comunas cuenten con la misma o al menos que sean compatibles entre ellas. Ello permitiría la interoperabilidad con los otros niveles de atención y que se encuentren alineadas con la estratificación asociada al modelo ECICEP, con otros componentes asociados al Programa de Universalización de la APS, y a otras estrategias y programas implementados en la APS, así como potencialmente con otros sectores distintos a la salud.
- En paralelo con el avance en la implementación de la telemedicina y Telesalud, se recomienda diseñar e implementar estrategias de reducción de brechas digitales para poblaciones con

menor experiencia o facilidad en el uso de tecnologías digitales (por ejemplo, personas mayores), que permitan acercar estas nuevas modalidades de atención/agendamiento a toda la población, sin dejar a nadie atrás. En el mismo contexto, se recomienda hacer un levantamiento, a nivel de todas las comunas del país, de las capacidades de conectividad, de manera de elaborar un plan de abordaje de brechas de conectividad acorde con la incorporación de las comunas en el horizonte temporal establecido para estos fines.

- En relación con la contratación de recursos humanos para la salud en APS, es central considerar la heterogeneidad presente en las distintas comunas del país, tanto en términos de ruralidad, aislamiento, condiciones de vida y, en particular, de las condiciones salariales que pueden ofrecer a sus trabajadores de la salud. Se recomienda avanzar en el diseño de una política integral de atracción y retención de los profesionales y técnicos, que permita incorporar las distintas herramientas con las que cuenta el MINSAL al servicio de las necesidades de las comunas (por ejemplo, a través de un sistema de becas, etapa de formación, internados, carrera funcionaria, estatutos, entre otros).
- Por último, en términos de la infraestructura y equipamiento, considerando que el Programa de Universalización de la APS impone nuevas necesidades en este ámbito, se recomienda levantar los requisitos de estos recursos para todas las comunas del país, tanto en las condiciones actuales como en un escenario de implementación del programa. Ello con el objetivo de elaborar un plan de abordaje de brechas de infraestructura y equipamiento acorde con la incorporación de las comunas en el horizonte temporal establecido para estos fines.

Bibliografía

- Almeida, G y otros (2018), La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42: e104. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>.
- Banco Mundial/MINSAL (Ministerio de Salud) (2022), Documento metodológico sobre la pre-selección de comunas pioneras en el marco de la universalización de la Atención Primaria de Salud. Consultoría Banco Mundial – Ministerio de Salud. Diciembre 2022.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022), *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2022: la transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible* (LC/PUB.2022/15-P), Santiago.
- García-Huidobro, D. y otros (2018), "Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42:e160. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>.
- López Campillay, M. (2018), ¿Salud para Todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, 2018. 134 páginas.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2023), CASEN 2022. Resumen de resultados: Pobreza por ingresos, Pobreza multidimensional y Distribución de ingresos. Versión revisada en octubre de 2023.
- MINSAL (Ministerio de Salud) (2024), Universalización de la Atención Primaria de Salud. Abril 2024. Recuperado de: <https://saludresponde.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud/>.
- ____ (2023a), Resolución Exenta N°112. Aprueba Programa Universalización de Atención Primaria de Salud.
- ____ (2023b), Universalización de la Atención Primaria de Salud. Enero 2023. Minuta.
- ____ (2023c), Informe de cumplimiento Programa de Reforzamiento Universalización de la Atención Primaria de Salud. División de Atención Primaria – Comisión de Reforma, Ministerio de Salud.
- ____ (2023d), Instructivo para la primera rendición de los indicadores del Programa "Universalización de la Atención Primaria".
- ____ (2023e), Orientaciones técnicas para la universalización de la atención primaria de salud. Marco operativo para el primer año de implementación de comunas pioneras en atención primaria universal.
- ____ (2022a), Una Agenda para el Cambio y la Reforma al Sistema de Salud. Gobierno del Presidente Gabriel Boric Font. Minuta Comisión Reforma de Salud Nov-2022.
- ____ (2022b), Decreto 50. Fija establecimientos urbanos de desempeño difícil de atención primaria de salud, período 2023 a 2025.
- ____ (2022c), Decreto 51. Fija establecimientos rurales de desempeño difícil de atención primaria de salud, período 2023 a 2027.

- Naciones Unidas (2019a), Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible [en línea] https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global Indicator Framework after 2019 refinement_Spa.pdf.
- _____(2019b), The Sustainable Development Goals Report [Internet]. 2019. Disponible [en línea] <https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/#>.
- O'Brien, G. y otros (2020), "Health policy triangle framework: Narrative review of the recent literature", *Health Policy OPEN*, 1. Disponible [en línea] <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100016>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2018). Building the economic case for primary health care: a scoping review. Technical Series on Primary Health Care. WHO/HIS/SDS/2018.60.
- _____(2010a), Informe sobre la salud del mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal.
- _____(2010b), Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization 2010. ISBN 978 9241564052.
- _____(2009), Monitoring and evaluation of health systems strengthening. An operational framework. Geneva. November 2009.
- _____(2008), Informe sobre la salud del mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca.
- _____(2005), 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 16-25 de mayo de 2005.
- _____(1978). Declaración Alma Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978.
- OMS/UNICEF (Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2022), Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Technical Series on Primary Health Care.
- _____(2018a), Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Astana, Kazakhstan, 25-26 October 2018. WHO/HIS/SDS/2018.61.
- _____(2018b), A vision for primary care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva. WHO/HIS/SDS/2018.15.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud). (2018), "Health Indicators. Conceptual and operational considerations". Washington, DC. ISBN: 978-92-75-12005-7
- PUC (Pontificia Universidad Católica de Chile) (2014), "Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno", Centro de Políticas Públicas UC, *Temas de la Agenda Pública*, 9(67), abril 2014, ISSN 0718-9745.
- SUBDERE (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo) (2021), Documento identificación de localidades en condición de aislamiento. Estudio de base censal. División de Estudios y Políticas Públicas. Departamento de Estudios y Análisis Territorial. Marzo 2021.
- Téllez, A. (2006), "Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud"; *Temas de la Agenda Pública*, 1(2), agosto 2006.
- Universidad Autónoma de Chile (2020), Índice de Desarrollo Comunal. Chile 2020. Primera edición, septiembre, 2020. Santiago, Chile. Instituto Chileno de Estudios Municipales (ICHEM), Instituto de Estudios de Hábitat (IEH), Centro de Comunicaciones de las Ciencias.
- Walt, G., y L. Gilson (1994), "Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis", *Health Policy Plan*, 1994;9(4):353-70.

Anexos

Anexo A1 Indicadores según dimensión

1. Contexto

1.1. Sociodemográficos

Población comunal proyectada

Fórmula: Proyecciones poblacionales INE para el año 2023.

Año: 2023.

Fuente: Estimaciones y proyecciones 2002 – 2035 comuna y área urbana y rural. Proyección base 2017. INE.

Población comunal FONASA

Fórmula: Población beneficiaria FONASA.

Año: 2022.

Fuente: Registros administrativos FONASA/MINSAL. Datos abiertos FONASA. Tablero de Población Beneficiaria de FONASA. Información estadística mensual y caracterización socioeconómica de la población beneficiaria FONASA. Actualizado a diciembre 2022. [<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero-beneficiario>].

Porcentaje población comunal FONASA inscrita validada en atención primaria

Fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias FONASA inscritas validadas en APS comuna}_i}{N^{\circ} \text{ de beneficiarios FONASA comuna}_i} \times 100$$

Año: 2022.

Fuente: Registros administrativos FONASA/MINSAL.

Población Inscrita Validada (PIV) Histórica 2011-2023. Comisión Reforma de Salud. División Gabinete Ministerial. Ministerio de Salud.

Datos abiertos FONASA. Tablero de Población Beneficiaria de FONASA. Información estadística mensual y caracterización socioeconómica de la población beneficiaria FONASA. Actualizado a diciembre 2022. [<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero-beneficiario>].

Tasa de pobreza comunal por ingresos

Fórmula: % personas en situación de pobreza por ingresos de acuerdo con la metodología del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Año: 2022.

Fuente: Estimaciones de Tasa de Pobreza por ingresos por comuna. Aplicación de Metodologías de Estimación para Áreas Pequeñas (SAE)). CASEN 2022. Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Nota: Incluye rango con límite inferior y superior.

Tasa de pobreza comunal multidimensional

Fórmula: % personas en situación de pobreza multidimensional de acuerdo con la metodología del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Año: 2022.

Fuente: Estimaciones de Tasa de Pobreza por ingresos por comuna. Aplicación de Metodologías de Estimación para Áreas Pequeñas (SAE). CASEN 2022. Observatorio Social. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Nota: Incluye rango con límite inferior y superior.

Promedio años de escolaridad

Fórmula:

$$\frac{\sum_{i=0}^n \text{Años escolaridad comuna}_i}{\text{Total población comuna}_i (N_i)}$$

Año: 2017.

Fuente: Censo 2017. CEPAL/CELADE Redatam.

Índice de Desarrollo Comunal

Fórmula: Índice compuesto, de acuerdo con la metodología propuesta por la Universidad Autónoma de Chile (2020).

Dimensiones consideradas: Salud y bienestar social, Economía y recursos, Educación.

Año: de 2014 a 2018 (dependiendo del año de medición de las distintas variables consideradas; por ejemplo: AVPP año 2014 ; PSU año 2018 ; porcentaje de hogares sin servicio básico año 2017).

Fuente: Universidad Autónoma de Chile (2020).

Lugar en ranking de Desarrollo Comunal

Fórmula: Orden de acuerdo con el Índice de Desarrollo Comunal, de acuerdo con la metodología propuesta por la Universidad Autónoma de Chile (2020).

Dimensiones consideradas: Salud y bienestar social, Economía y recursos, Educación.

Año: de 2014 a 2018 (dependiendo del año de medición de las distintas variables consideradas; por ejemplo: AVPP año 2014 ; PSU año 2018 ; porcentaje de hogares sin servicio básico año 2017).

Fuente: Universidad Autónoma de Chile (2020).

Índice de dependencia

Fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{de personas entre 0 y 14 años y 60 años y más comuna}_i}{\text{N}^\circ \text{de personas entre 15 y 59 años comuna}_i} \times 100$$

Año: 2017.

Fuente: Estimaciones y proyecciones 2002-2035 comuna y área urbana y rural. Proyección base 2017. INE.

Índice de masculinidad

Fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de hombres comuna}_i}{N^{\circ} \text{ de mujeres comuna}_i} \times 100$$

Año: 2017.

Fuente: Estimaciones y proyecciones 2002-2035 comuna y área urbana y rural. Proyección base 2017. INE.

Porcentaje de ruralidad

Fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ personas zona rural comuna}_i}{\text{Total población comuna}_i (N_i)} \times 100$$

Año: 2017.

Fuente: Estimaciones y proyecciones 2002-2035 comuna y área urbana y rural. Proyección base 2017. INE.

Porcentaje de localidades en condiciones de aislamiento

Fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ localidades en condiciones de aislamiento comuna}_i}{\text{Total localidades comuna}_i (N_i)} \times 100$$

Año: 2017.

Fuente: Documento Identificación de localidades en condición de aislamiento. Estudio de base censal (SUBDERE, 2021).

Porcentaje establecimientos de salud en condiciones de desempeño difícil

Fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ establecimientos desempeño difícil comuna}_i}{\text{Total establecimientos comuna}_i (N_i)} \times 100$$

Año: 2023.

Fuente: para establecimientos urbanos – Decreto 50. Fija establecimientos urbanos de desempeño difícil de atención primaria de salud, período 2023 a 2025 (MINSAL, 2022b).

Para establecimientos rurales – Decreto 51. Fija establecimientos rurales de desempeño difícil de atención primaria de salud, período 2023 a 2027 (MINSAL, 2022c).

Total establecimientos: Base establecimientos Chile, DEIS MINSAL, 2023.

Porcentaje pueblos originarios

Fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ personas que se consideran pertenecientes a pueblo indígena u originario comuna}_i}{\text{Total población comuna}_i (N_i)}$$

Año: 2017.

Fuente: Censo 2017. CEPAL/CELADE Redatam.

Porcentaje país de nacimiento distinto a Chile

Fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ personas que se declaran haber nacido fuera de Chile comuna}_i}{\text{Total población comuna}_i (N_i)}$$

Año: 2017

Fuente: Censo 2017. CEPAL/CELADE Redatam.

2. Estructuras**2.1. Gobernanza****Existencia de un marco jurídico para la Estrategia a nivel nacional**

Fórmula: ¿Existe un marco jurídico (ley, decreto, resolución) para la Estrategia Universalización APS a nivel nacional?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Revisión documental.

Existencia de compromiso político a nivel regional

Fórmula: ¿Existe compromiso político a nivel de las autoridades regionales con la implementación de la Estrategia Universalización APS?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Existencia de compromiso político a nivel municipal

Fórmula: ¿Existe compromiso político a nivel de las autoridades comunales con la implementación de la Estrategia Universalización APS?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Existencia de espacios formales o mecanismos institucionales para la participación ciudadana

Fórmula: ¿Existen espacios formales o mecanismos institucionales que propicien la participación ciudadana en el contexto de la implementación de la Estrategia Universalización APS?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

2.2. Financiamiento

Gasto en salud comunal por inscrito validado (gasto total devengado) anual

Fórmula:

$$\frac{\text{Gasto salud (Gasto total devengado) anual comuna}_i}{\text{N}^\circ \text{ de personas beneficiarias FONASA inscritas validadas en APS comuna}_i}$$

Año: 2022.

Fuente: Ficha Comunal – Salud Municipal 2022. Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM) [http://datos.sinim.gov.cl/ficha_comunal.php#tab-salud-municipal-2017].

Población Inscrita Validada (PIV) Histórica 2011-2023. Comisión Reforma de Salud. División Gabinete Ministerial. Ministerio de Salud.

Aporte Municipal al Sector Salud comunal por inscrito validado anual

Fórmula:

$$\frac{\text{Aporte Municipal al Sector Salud anual comuna}_i}{\text{N}^\circ \text{ de personas beneficiarias FONASA inscritas validadas en APS comuna}_i}$$

Año: 2022.

Fuente: Ficha Comunal – Salud Municipal 2022. Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM) [http://datos.sinim.gov.cl/ficha_comunal.php#tab-salud-municipal-2017].

Población Inscrita Validada (PIV) Histórica 2011-2023. Comisión Reforma de Salud. División Gabinete Ministerial. Ministerio de Salud.

Presupuesto fiscal extra per cápita anual, en el marco de la APS Universal

Fórmula:

$$\frac{\text{Presupuesto asignado por convenio comuna}_i}{\text{Total población comuna}_i}$$

Año: 2023.

Fuente: Resolución Exenta 239. Distribuye recursos al Programa Universalización de Atención Primaria de Salud, para el año 2023.

Detalle desagregación Servicio de Salud Metropolitano Occidente: Comisión Reforma de Salud. División Gabinete Ministerial. Ministerio de Salud.

Asignación de recursos financieros municipales extra

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se ha contado con asignaciones de recursos financieros municipales extra?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Asignación de recursos distintos a financieros municipales extra

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se ha contado con asignaciones de recursos distintos a financieros (ej. en especies) municipales extra?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

3. Insumos

3.1. Fuerza de trabajo:

Necesidad de contratación de médicos/as

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se ha hecho necesaria la contratación de nuevos/as médicos/as?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Recursos humanos contratados – Médicos/as

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿han sido contratados nuevos médicos/as?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Necesidad de contratación de enfermeras/os/matronas/es

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se ha hecho necesaria la contratación de nuevas/os enfermeras/os/matronas/es?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Recursos humanos contratados – Enfermeras/os/Matronas/es

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿han sido contratados nuevas/os enfermeras/os/matronas/es?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Necesidad de contratación – Técnicos/as en enfermería

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se ha hecho necesaria la contratación de técnicos en enfermería?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Recursos humanos contratados – Técnicas/os en enfermería

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿han sido contratados nuevas/os técnicas/os en enfermería?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Necesidad de contratación otros profesionales de la salud

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se ha hecho necesaria la contratación de otros profesionales de la salud (distintos a médicos/as, enfermeras/os/matronas/es, técnicas/os en enfermería)?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Recursos humanos contratados – Otros profesionales de la salud

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿han sido contratados otros profesionales de la salud?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Dificultad para la contratación de Recursos Humanos

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se han enfrentado dificultades para la contratación de RRHH?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

3.2. Infraestructura**Necesidad de habilitación de infraestructura física existente**

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se ha hecho necesaria la habilitación de infraestructura existente?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Habilitación de infraestructura física existente

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿ha sido habilitada infraestructura existente?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Necesidad de construcción de nueva infraestructura física

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se ha hecho necesaria la construcción de nueva infraestructura?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Construcción de nueva infraestructura física

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿ha sido construida nueva infraestructura física?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Flexibilidad relativa a la disposición de infraestructura

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿han sido incorporados nuevos mecanismos/infraestructura para acercar la salud a las personas (ej. infraestructura móvil)?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

3.3. Medicamentos y otros productos - Cadena de suministros**Disponibilidad de medicamentos arsenal farmacológico APS**

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿ha habido disponibilidad de los medicamentos incluidos en el arsenal farmacológico de APS (sin quiebres de *stock*)?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves y *focus group* usuarios.

Disponibilidad de equipamiento

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿ha habido disponibilidad del equipamiento necesario?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves y *focus group* usuarios.

Disponibilidad de otros dispositivos médicos

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿ha habido disponibilidad de otros dispositivos médicos necesarios?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

3.4. Sistemas de información**Disponibilidad de registros (sistema de monitoreo) para la evaluación de la Estrategia Universalización APS**

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se cuenta con registros (sistema de monitoreo) que permitan evaluar la Estrategia?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

3.5. Tecnologías digitales para salud

Uso de ficha clínica electrónica

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se encuentra implementada y en uso la ficha clínica electrónica?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Uso de tecnologías digitales

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se encuentra implementado y en uso el acceso a telemedicina?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves y *focus group* usuarios.

4. Procesos

4.1. Administrativos

Firma de convenios oportuna

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿fue firmado de forma oportuna el convenio entre el Servicio de Salud y la entidad municipal correspondiente?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Traspaso de recursos oportuno

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿fue oportuno el traspaso de recursos asociado al convenio entre el Servicio de Salud y la entidad municipal correspondiente?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

4.2. Modelo de cuidados - Implementación modelo ECICEP

Estratificación por riesgo

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se encuentra implementado un estratificador de riesgo para la población inscrita?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Atención de acuerdo con el riesgo

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿los servicios de atención primaria se otorgan de acuerdo con el riesgo de las personas?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

4.3. Compromiso de la comunidad

Involucramiento de la comunidad

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se ha involucrado a la comunidad en el proceso de implementación de la Estrategia?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves y *focus group* usuarios.

Satisfacción usuaria

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿cuál ha sido su nivel de satisfacción con la Estrategia?

Alto/Medio/Bajo

Año: 2023.

Fuente: *Focus group* usuarios.

4.4. Apoyo a la implementación

Apoyo por parte de las autoridades regionales

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se han involucrado en la implementación de la Estrategia las autoridades regionales (Gobernación, SEREMI)?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Apoyo por parte del Servicio de Salud

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se han involucrado en la implementación de la Estrategia las autoridades del Servicio de Salud?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Apoyo por parte de las autoridades comunales

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se han involucrado las autoridades comunales (alcaldía) en el proceso de implementación de la Estrategia?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

4.5. Gestión del cambio**Modificación de procesos de gestión**

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se han visto afectados/modificados los procesos de gestión?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Flexibilidad de adopción de la estrategia

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿ha sido la Estrategia lo suficientemente flexible para su implementación?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Adaptación de la estrategia a la realidad local

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿ha sido necesario adaptar/flexibilizar la estrategia planteada a nivel nacional a la realidad local?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

Involucramiento de los trabajadores

Fórmula: En el contexto de la Estrategia Universalización APS, durante el primer año de implementación, ¿se han involucrado los trabajadores en la implementación de la Estrategia?

SI/NO

Año: 2023.

Fuente: Entrevista actores claves.

5. Productos/contenido de la estrategia**5.1. Cobertura universal a prestaciones de la atención primaria****Inscripción universal – Nuevos inscritos en los establecimientos de APS**

Fórmula:

$$\frac{\text{Nuevos inscritos validados beneficiarios}}{\text{Población potencial de la APS Universal}}$$

Año: 2023 (al 09 de octubre de 2023).

Fuente: Informe de cumplimiento Programa de Reforzamiento Universalización de la Atención Primaria de Salud (2023c). De acuerdo con el Instructivo para la primera rendición (MINSAL, 2023d).

Utilización de los servicios – Tasa de contacto con servicios de APS

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de personas inscritas que han tenido al menos un contacto con la APS en el período}}{\text{Población inscrita validada año 2023}}$$

Año: 2023 (a agosto de 2023).

Fuente: Informe de cumplimiento Programa de Reforzamiento Universalización de la Atención Primaria de Salud (2023c). De acuerdo con el Instructivo para la primera rendición (MINSAL, 2023d).

Extensión horaria – Porcentaje de establecimientos funcionando con ampliación de extensión horaria

Fórmula:

$$\frac{\text{Personas con riesgo alto (G3) ingresadas a ECICEP}}{\text{Total de personas con riesgo alto (G3) inscritas en el establecimiento}}$$

Año: 2023 (a agosto de 2023).

Fuente: Informe de cumplimiento Programa de Reforzamiento Universalización de la Atención Primaria de Salud (2023c). De acuerdo con el Instructivo para la primera rendición (MINSAL, 2023d).

Optimización de los procesos administrativos – Firma acuerdo administrativo

Fórmula: Acuerdo administrativo firmado por todas las partes.

(SI/NO)

Año: 2023 (a agosto 2023).

Fuente: Informe de cumplimiento Programa de Reforzamiento Universalización de la Atención Primaria de Salud (2023c). De acuerdo con el Instructivo para la primera rendición (MINSAL, 2023d).

5.2. Habilitadores para facilitar el acceso a los servicios esenciales

Atenciones extramuro

Fórmula: Construcción de la línea base. Los equipos comunales y de Servicio de Salud proveyeron los datos para calcular la línea base y ésta se calculó.

SI/NO

Año: 2023 (a agosto de 2023).

Fuente: Informe de cumplimiento Programa de Reforzamiento Universalización de la Atención Primaria de Salud (2023c). De acuerdo con el Instructivo para la primera rendición (MINSAL, 2023d).

Sistema de gestión remota de la demanda – Planes de gestión remota de la demanda

Fórmula: Planes de gestión remota de la demanda.

SI/NO

Año: 2023 (a agosto de 2023).

Fuente: Informe de cumplimiento Programa de Reforzamiento Universalización de la Atención Primaria de Salud (2023c). De acuerdo con el Instructivo para la primera rendición (MINSAL, 2023d).

Estrategia ECICEP - Ingreso de la población con estratificación de riesgo alto (G3) a ECICEP

Fórmula:

$$\frac{\text{Personas con riesgo alto(G3)ingresadas a ECICEP}}{\text{Total de personas con riesgo alto(G3)inscritas en el establecimiento}}$$

Año: 2023 (a agosto de 2023).

Fuente: Informe de cumplimiento Programa de Reforzamiento Universalización de la Atención Primaria de Salud (2023c). De acuerdo con el Instructivo para la primera rendición (MINSAL, 2023d).

Gestión de experiencia usuaria - Plan de gestión de la experiencia usuaria

Fórmula: Plan de gestión de experiencia usuaria aprobado.

(SI/NO)

Año: 2023 (agosto de 2023).

Fuente: Informe de cumplimiento Programa de Reforzamiento Universalización de la Atención Primaria de Salud (2023c). De acuerdo con el Instructivo para la primera rendición (MINSAL, 2023d).

5.3. Estrategia de participación para la identificación de barreras de aceptabilidad de los servicios de APS

Diálogos ciudadanos – N° de encuentros realizados

Fórmula: N° de encuentros realizados

Año: 2023 (a agosto de 2023).

Fuente: Informe de cumplimiento Programa de Reforzamiento Universalización de la Atención Primaria de Salud (2023c). De acuerdo con el Instructivo para la primera rendición (MINSAL, 2023d).

Anexo A 2

Aplicación del Esquema de Análisis - Metodología

Los indicadores utilizados en el esquema de análisis de este documento, especificados en el cuadro 1 de la sección II.C y en el Anexo 1, fueron recopilados a partir de métodos cuantitativos y cualitativos. En el caso de los primeros, se consideró la totalidad de las comunas pioneras y su aplicación fue supeditada a la disponibilidad de información, ya sea a través de fuentes de información públicas o de la entrega por parte del Ministerio de Salud de Chile.

En cuanto a los indicadores recogidos por métodos cualitativos, se recopiló la información a partir de entrevistas y grupos focales realizados en dos de las comunas pioneras: **una urbana y otra rural**, las cuales fueron seleccionadas en conjunto por MINSAL y CEPAL. En particular, se realizaron **cinco entrevistas semi-estructuradas** a informantes claves en cada comuna, y **una entrevista grupal o grupo focal** con usuarios en **cada comuna**. En adición a la recopilación de la información necesaria para la construcción de los indicadores planteados, se logró profundizar en las razones subyacentes a dichos resultados.

Entre los **actores claves entrevistados** en cada comuna se encuentran:

- 1 Corporación Municipal - Encargado de salud/Departamento de Salud Municipal - Director.
- 2 Directivos/as Centro de Salud.
- 1 Trabajador/a Centro de Salud – Profesional.
- 1 Trabajador/a Centro de Salud – Técnico/a/Administrativo/a.

En el caso de los **grupos focales**, los criterios para su conformación fueron los siguientes:

- Todos los participantes deben estar inscritos en APS de la comuna;
- Que a lo menos dos participantes fueran beneficiarios ISAPRE, CAPREDENA u otro distinto a FONASA;
- Que a lo menos dos participantes fueran nuevos usuarios FONASA;
- Que el resto de los participantes pertenezcan a FONASA previamente (antigüedad).

El **grupo focal de la comuna rural** se conformó por **nueve personas** (ocho mujeres y un hombre; promedio de edad 59 años; siete asistentes hace más de un año, dos empezaron a asistir durante los últimos cuatro meses; siete beneficiarios FONASA, uno ISAPRE y uno DIPRECA), mientras que en el **grupo focal de la comuna urbana participaron diez personas** (ocho mujeres y dos hombres; promedio de edad 39 años; seis asistentes hace más de un año, cuatro empezaron a asistir durante los últimos cuatro meses; ocho beneficiarios FONASA y dos ISAPRE).

Las entrevistas individuales tuvieron una duración máxima de 60 minutos mientras que los focus groups se extendieron hasta 90 minutos, y fueron realizadas entre el 02 de noviembre y el 27 de diciembre de 2023.

Las entrevistas individuales fueron realizadas de forma online, con excepción de una en la comuna rural (que fue presencial), mientras que los grupos focales fueron realizados de forma presencial. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas, y las transcripciones codificadas y analizadas.

Cabe mencionar que las pautas de las entrevistas semi-estructuradas a actores claves y grupos focales, a partir de las cuales se recopiló la información para los indicadores cualitativos, se encuentran detalladas en los Anexos 3 y 4 respectivamente. Además, en cada entrevista se solicitó a las personas entrevistadas firmar un consentimiento informado para su participación en el estudio.

Anexo A 3

Pautas entrevistas individuales

Entrevistado Corporación Municipal o Departamento de Salud

Proyecto: "Análisis de la implementación del Programa de Universalización de la Atención Primaria de Salud en comunas pioneras en Chile"

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se encuentra realizando un estudio cuyo objetivo es analizar la implementación temprana del Programa de Universalización de APS, caracterizando el proceso, y a partir de ellos identificar aciertos y desafíos que enfrentan las comunas pioneras del proyecto con el fin de desarrollar un esquema de análisis que pueda ser replicado posteriormente por el equipo del MINSAL en otros contextos y territorios.

En este contexto, nos interesa conocer la experiencia de diferentes actores claves en este proceso de implementación. Por esto le hemos contactado e invitado a participar de la presente entrevista, la cual durará como máximo 60 minutos.

Nos interesa mucho conocer la experiencia en relación con la implementación del programa tanto como autoridad municipal, como desde su perspectiva a nivel de los distintos centros de salud de la comuna.

1. De esta forma, un primer tema que nos gustaría explorar tiene relación con el **compromiso político** que ha percibido desde las **autoridades regionales** (SEREMI, Gobernación) y también desde las autoridades del Servicio de Salud Metropolitano Occidente/O'Higgins con la implementación del programa,
 - a. ¿Cómo ha percibido usted el compromiso político por parte de las autoridades regionales y del Servicio de Salud relativo a la Universalización de la APS?
 - b. ¿En qué se ha manifestado?
 - c. En su opinión, ¿qué podría haberse hecho diferente?
 - d. ¿Se han involucrado en la implementación del programa las autoridades regionales y del Servicio de Salud? ¿de qué forma lo han hecho?
2. Por su parte, a nivel de las **autoridades comunales**,
 - a. ¿Cómo ha percibido usted el **compromiso político** por parte de las autoridades comunales (alcaldía) relativo a la Universalización de la APS?
 - b. ¿Se ha involucrado la alcaldía en la implementación del programa? ¿de qué forma lo ha hecho?
 - c. En su opinión, ¿qué podría haberse hecho diferente?
3. En relación con el **convenio asociado al programa**,
 - a. ¿Cómo se llevó a cabo el proceso de **firma del convenio** con el Servicio de Salud? ¿fue firmado de forma oportuna?
 - b. ¿Cómo se llevó a cabo el **traspaso de recursos** asociado al convenio? ¿fue oportuno?
4. En términos de **recursos para la implementación del programa** a nivel municipal,
 - a. En términos generales, ¿cómo han experimentado la disponibilidad y el uso de los recursos? ¿han tenido dificultades? ¿qué soluciones han implementado?
 - b. ¿Se han asignado **recursos financieros extra** para fines de la implementación del programa? ¿Cuántos?
 - c. ¿Para **algún fin en particular**?
 - d. ¿Y recursos **distintos a financieros** (ej. en especies)? ¿cuáles?

5. En relación con el monitoreo y evaluación del Programa de Universalización de la APS, a nivel **comunal**,
 - a. ¿Nos podría comentar cómo se desarrolla el **proceso de registro y monitoreo** del programa?
 - b. ¿Se cuenta con un **sistema de monitoreo/registros que permitan evaluar el programa y su implementación** en los distintos centros de salud de la comuna?
6. A nivel **municipal**, o desde su conocimiento de lo que está ocurriendo en los distintos centros de salud de la comuna, **respecto a la participación ciudadana**,
 - a. ¿Se han creado **espacios formales o mecanismos institucionales** que propicien la participación ciudadana en el contexto de la implementación del programa?
 - b. ¿Se ha logrado **involucrar a la comunidad en el proceso de implementación** del programa? ¿de qué manera se ha involucrado?
 - c. ¿Qué factores han dificultado o facilitado este espacio?
7. En relación con los **recursos humanos**, en el contexto de la implementación del programa,
 - a. ¿Se ha hecho **necesaria la contratación** de nuevos/as médicos/as? ¿enfermeras/os o matronas/es? ¿técnicos de enfermería? ¿otros profesionales de la salud?
 - b. ¿Ha sido posible **satisfacer esta necesidad** concretando la contratación de nuevos/as médicos/as? ¿enfermeras/os o matronas/es? ¿técnicos de enfermería? ¿otros profesionales de la salud?
 - c. ¿Se han enfrentado **dificultades para la contratación de RRHH**? ¿cuáles han sido las principales?
 - d. ¿Qué factores han **facilitado** esta dimensión?
8. En relación con la **infraestructura**, tanto física como móvil.
 - a. En términos generales, ¿cómo han acercado la salud a las personas en términos físicos/ infraestructura?
 - b. ¿Ha surgido la necesidad de **habilitar infraestructura existente** (mejoras, ampliaciones, etc.)?
 - c. ¿Se ha **logrado** habilitar esta infraestructura?;
 - d. ¿Ha sido necesario **construir infraestructura nueva** (ej. nuevos boxes de atención)?
 - e. ¿Cómo ha sido el **proceso de implementación** de esta habilitación o construcción? ¿cuáles han sido los principales obstáculos? ¿facilitadores?
 - f. ¿Se ha incorporado **infraestructura móvil** (vehículos, ambulancias)?
9. Respecto a **medicamentos, equipamiento y dispositivos**, desde su conocimiento sobre lo que ha ocurrido en los distintos centros.
 - a. ¿Ha habido **disponibilidad** de los medicamentos incluidos en el arsenal farmacológico de APS (sin quiebres de *stock*)?
 - b. ¿Del equipamiento necesario?
 - c. ¿De otros dispositivos médicos necesarios?
10. Sobre el uso **ficha clínica electrónica e interoperabilidad**
 - a. ¿Nos podría comentar cómo los **sistemas de registro** se articulan para facilitar la **trayectoria de los pacientes** entre el nivel primario y secundario?
 - b. ¿Se encuentra en uso la **ficha clínica electrónica**?

11. En relación con el uso de la **telemedicina**,
 - a. ¿Se encuentra **implementado y en uso el acceso a esta forma de atención**?
 - b. ¿Qué **servicios** se encuentran disponibles?
 - c. ¿Cómo ha sido el **proceso de adopción** de esta tecnología?
 - d. ¿Cuáles han sido las principales **dificultades y obstáculos**?
12. Respecto a la **implementación de la Estrategia ECICEP**,
 - a. ¿Cuál ha sido la experiencia de la implementación de ECICEP?
 - b. ¿Hasta qué punto se ha logrado implementar la Estrategia?
 - c. ¿Se ha **capacitado al personal** para facilitar esta implementación?
 - d. ¿Se encuentra implementado un **estratificador de riesgo** para la población inscrita?
 - e. ¿Los **servicios** de atención primaria se otorgan **de acuerdo con el riesgo** de las personas?
 - f. ¿Cuáles han sido las principales **dificultades y elementos facilitadores**?
13. Finalmente, en términos generales en relación con el **proceso de implementación del Programa de Universalización de la APS a nivel municipal**
 - a. ¿Cómo ha sido el proceso de implementación del programa? ¿ha sido el programa lo suficientemente flexible para su implementación?
 - b. ¿Se han enfrentado **dificultades** para la implementación del programa?
 - c. ¿Cuáles han sido las **principales dificultades** enfrentadas? ¿qué prácticas **diría usted que les han ayudado** a superarlas?
 - d. En este contexto, ¿ha sido necesario **adaptar/flexibilizar** el programa planteada a nivel nacional a la realidad local?
14. Para cerrar, ¿existe algún elemento o reflexión sobre el proceso de implementación del Programa de Universalización de la APS que no haya sido mencionado y que le parezca relevante de señalar?

Entrevistado Directivo Centro de Salud

Proyecto: "Análisis de la implementación del Programa de Universalización de la APS en comunas pioneras en Chile"

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se encuentra realizando un estudio cuyo objetivo es analizar la implementación temprana del Programa de Universalización de la APS, caracterizando el proceso, y a partir de ello identificar aciertos, desaciertos y desafíos que enfrentan las comunas pioneras del proyecto con el fin de desarrollar un esquema de análisis que pueda ser replicado posteriormente por el equipo del MINSAL en otros contextos y territorios.

En este contexto, nos interesa conocer la experiencia de diferentes actores claves en este proceso de implementación. Por esto le hemos contactado e invitado a participar de la presente entrevista, la cual durará como máximo 60 minutos.

Nos interesa mucho conocer la experiencia en relación con la implementación de la Estrategia a nivel de su centro de salud perteneciente a la comuna.

1. De esta forma, un primer tema que nos gustaría explorar tiene relación con el **compromiso político** que ha percibido desde las **autoridades comunales** (alcaldía, departamento/corporación municipal de salud) con la implementación del Programa de Universalización de la APS,

- a. ¿Cómo ha percibido usted el compromiso político por parte de las autoridades comunales relativo a la Universalización de la APS?
 - b. ¿En qué se ha manifestado?
 - c. En su opinión, ¿qué podría haberse hecho diferente?
 - d. ¿Se han involucrado las autoridades comunales en la implementación del programa? ¿de qué forma lo han hecho?
2. En relación con **traspaso de recursos** para la implementación del programa
 - a. En términos generales, ¿cómo han experimentado la **disponibilidad y el uso** de los recursos? ¿han tenido **dificultades**? ¿qué **soluciones** han implementado?
 - b. ¿Cómo se llevó a cabo el traspaso de recursos asociados al convenio? ¿fue éste **oportuno**?
 - c. ¿Han contado con los **recursos necesarios** para su implementación?
 - d. ¿Han recibido **recursos financieros extra** desde la Municipalidad para fines de la implementación del programa? ¿cuántos? ¿para algún **fin particular**?
 - e. ¿Y recursos **distintos a financieros** (ej. en especies)? ¿cuáles?

Respecto del **proceso de implementación del programa en su centro de salud:**

3. En relación con **monitoreo y evaluación** del programa,
 - a. ¿Nos podría comentar cómo se desarrolla el **proceso de registro y monitoreo** del programa?
 - b. ¿Cuentan con un sistema de monitoreo/registros que permitan evaluar el programa y su implementación?
4. Sobre la **participación ciudadana**,
 - a. ¿Se han creado **espacios formales o mecanismos institucionales** que propicien la participación ciudadana en el contexto de la implementación del programa?
 - b. ¿Se ha logrado **involucrar a la comunidad en el proceso de implementación** del programa? ¿de qué manera se ha involucrado?
 - c. ¿Qué factores han **dificultado o facilitado** este espacio?
5. Respecto a los **recursos humanos**, en el contexto de la implementación del programa,
 - a. ¿Se ha hecho **necesaria la contratación** de nuevos/as médicos/as? ¿enfermeras/os o matronas/es? ¿técnicos de enfermería? ¿otros profesionales de la salud?
 - b. ¿Ha sido posible **satisfacer esta necesidad** concretando la contratación de nuevos/as médicos/as? ¿enfermeras/os o matronas/es? ¿técnicos de enfermería? ¿otros profesionales de la salud?
 - c. ¿Se han enfrentado **dificultades para la contratación de RRHH**? ¿cuáles han sido las principales?
 - d. ¿Qué factores han **facilitado** esta dimensión?
6. En relación con la **infraestructura**, tanto física como móvil.
 - a. En términos generales, ¿cómo han acercado la salud a las personas en términos físicos/ infraestructura?
 - b. ¿Ha surgido la necesidad de **habilitar infraestructura existente** (mejoras, ampliaciones, etc.)?
 - c. ¿Se ha **logrado** habilitar esta infraestructura?;
 - d. ¿Ha sido necesario **construir infraestructura nueva** (ej. nuevos boxes de atención)?

- e. ¿Cómo ha sido el **proceso de implementación** de esta habilitación o construcción?
¿Cuáles han sido los principales **obstáculos**? ¿**Facilitadores**?
- f. ¿Se ha incorporado **infraestructura móvil** (vehículos, ambulancias)?
7. Respecto a **medicamentos, equipamiento y dispositivos**,
 - a. ¿Ha habido **disponibilidad** de los medicamentos incluidos en el arsenal farmacológico de APS (sin quiebres de *stock*)?
 - b. ¿Del equipamiento necesario?
 - c. ¿De otros dispositivos médicos necesarios?
8. Sobre el uso **ficha clínica electrónica e interoperabilidad**
 - a. ¿Nos podría comentar cómo los **sistemas de registro** se articulan para facilitar la **trayectoria de los pacientes** entre el nivel primario y secundario?
 - b. ¿Se encuentra en uso la **ficha clínica electrónica**?
9. En relación con el uso de la **telemedicina**,
 - a. ¿Se encuentra **implementado y en uso el acceso a esta forma de atención**?
 - b. ¿Qué **servicios** se encuentran disponibles?
 - c. ¿Cómo ha sido el **proceso de adopción** de esta tecnología?
 - d. ¿Cuáles han sido las principales **dificultades y obstáculos**?
10. Respecto a la **implementación de la Estrategia ECICEP**,
 - a. ¿Cuál ha sido la experiencia de la implementación de ECICEP?
 - b. ¿Hasta qué punto se ha logrado implementar la estrategia?
 - c. ¿Se ha **capacitado al personal** para facilitar esta implementación?
 - d. ¿Se encuentra implementado un **estratificador de riesgo** para la población inscrita?
 - e. ¿Los **servicios** de atención primaria se otorgan **de acuerdo con el riesgo de las personas**?
 - f. ¿Cuáles han sido las principales **dificultades y elementos facilitadores**?
11. Finalmente, en términos generales en relación con el **proceso de implementación del Programa de Universalización de la APS a nivel de su centro de salud**
 - a. ¿Se han enfrentado **dificultades** para la implementación del programa?
 - b. ¿Cuáles han sido las **principales dificultades** enfrentadas?
 - c. ¿Qué **prácticas diría usted que les han ayudado** a superarlas?
 - d. En este contexto, ¿ha sido necesario **adaptar/flexibilizar** el programa planteado a nivel nacional a la realidad local?
 - e. ¿Se han visto afectados/modificados los **procesos de gestión**?
 - f. ¿Cuál ha sido el grado de **involucramiento por parte de los trabajadores**?
12. Para cerrar, ¿existe algún elemento o reflexión sobre el proceso de implementación del Programa de Universalización de la APS que no haya sido mencionado y que le parezca relevante de señalar?

Entrevistado Trabajador Centro de Salud (profesional o técnico)

Proyecto: "Análisis de la implementación del Programa de Universalización de la APS en comunas pioneras en Chile"

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se encuentra realizando un estudio cuyo objetivo es analizar la implementación temprana del Programa de Universalización de la APS, caracterizando el proceso, y a partir de ellos identificar aciertos, desaciertos y desafíos que enfrentan las comunas pioneras del proyecto con el fin de desarrollar un esquema de análisis que pueda ser replicado posteriormente por el equipo del MINSAL en otros contextos y territorios.

En este contexto, nos interesa conocer la experiencia de diferentes actores claves en este proceso de implementación. Por esto le hemos contactado e invitado a participar de la presente entrevista, la cual durará como máximo 60 minutos.

Nos interesa mucho conocer la experiencia en relación con la implementación del programa a nivel del centro de salud en el que usted se desempeña.

1. Respecto del **proceso de implementación** del programa en **centro de salud en el cual usted trabaja**.
 - a. ¿Cómo ha sido el **involucramiento de los trabajadores** del centro en el proceso de implementación del programa?
 - b. ¿En qué se ha evidenciado?
 - c. Desde su perspectiva, ¿cómo podría hacerse más **efectiva la participación de los trabajadores** para una mejor implementación del programa?
 - d. ¿Cuáles han sido las principales **dificultades** enfrentadas por los trabajadores en este proceso? ¿**facilitadores**?
2. Sobre la **participación ciudadana**,
 - a. ¿Ha podido percibir el **involucramiento de la comunidad** en el proceso de implementación del programa?
 - b. ¿De qué manera se ha involucrado?
 - c. Desde su conocimiento, ¿se han creado **espacios formales o mecanismos institucionales** que propicien la participación ciudadana en el contexto de la implementación del programa?
3. Desde su **experiencia**, en relación con la **infraestructura, tanto física como móvil**.
 - a. ¿Nos podría señalar cómo han acercado la salud a las personas en términos físicos/ infraestructura?
 - b. ¿Le parece que se necesita **habilitar infraestructura existente** (mejoras, ampliaciones, etc.)?
 - c. ¿**Construir infraestructura nueva** (ej. nuevos boxes de atención)?
 - d. ¿Incorporar **infraestructura móvil** (vehículos, ambulancias)?
4. Respecto a **medicamentos, equipamiento y dispositivos**, en el contexto del proceso de implementación,
 - a. ¿Se ha **enfrentado a quiebres de stock de los medicamentos** incluidos en el arsenal farmacológico de APS?
 - b. ¿Insuficiencias en el **equipamiento necesario**?
 - c. ¿De otros dispositivos médicos necesarios?

5. En relación con el uso de la **telemedicina**, en el centro en el que usted trabaja,
 - a. ¿Se encuentra **implementado y en uso el acceso a esta forma de atención**?
 - b. ¿Qué **servicios** se encuentran disponibles?
 - c. ¿Cómo ha sido el **proceso de adopción** de esta tecnología por parte de los **trabajadores**?
 - d. ¿Cuáles han sido las principales **dificultades y obstáculos**?
6. Respecto a la implementación de la Estrategia ECICEP,
 - a. ¿Cuál ha sido la experiencia de la implementación de ECICEP?
 - b. ¿Cómo ha sido la aceptación de la Estrategia por parte de los trabajadores del centro?
 - c. ¿Han existido instancias de **capacitación** para los trabajadores?
 - d. Desde su perspectiva, ¿hasta qué punto se ha logrado implementar la estrategia?
 - e. ¿Se encuentra implementado un **estratificador de riesgo** para la población inscrita?
 - f. ¿Los **servicios** de atención primaria se otorgan **de acuerdo con el riesgo** de las personas?
 - g. ¿Cuáles han sido las principales **dificultades y elementos facilitadores**?
7. Finalmente, en términos generales en relación con el **proceso de implementación del Programa de Universalización de la APS a nivel del centro de salud en el que usted trabaja**.
 - a. ¿Cómo ha sido el proceso de implementación del programa? ¿ha sido el programa lo suficientemente flexible para su implementación?
 - b. ¿Se han enfrentado dificultades para la implementación del programa?
 - c. ¿Cuáles han sido las **principales dificultades** enfrentadas?
 - d. ¿Qué **prácticas diría usted que les han ayudado** a superarlas?
 - e. ¿Cómo han logrado **adaptarse los trabajadores** del centro de salud a este nuevo programa?
 - f. ¿Cuál ha sido su **disposición** en este contexto?
8. Para cerrar, ¿existe algún elemento o reflexión sobre el proceso de implementación del Programa de Universalización de la APS que no haya sido mencionado y que le parezca relevante de señalar?

Anexo A 4

Pauta grupos focales

Proyecto: "Análisis de la implementación del Programa de Universalización de la APS en comunas pioneras en Chile"

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se encuentra realizando un estudio cuyo objetivo es analizar la implementación temprana del Programa de Universalización de la APS, caracterizando el proceso, y a partir de ellos identificar aciertos y desafíos que enfrentan las comunas pioneras del proyecto con el fin de desarrollar un esquema de análisis que pueda ser replicado posteriormente por el equipo del MINSAL en otros contextos y territorios.

En este contexto, nos interesa conocer la experiencia de actores claves de la comuna en este proceso de implementación. Por esto le hemos contactado e invitado a participar del presente grupo focal, el cual durará como máximo 90 minutos.

En su caso, nos interesa mucho conocer la experiencia en relación con la implementación del programa como usuarios de los servicios de atención primaria de la comuna.

1. Conocimiento Estrategia:

- a. Preguntas gatilladoras/orientadoras
 - i. ¿Sabían ustedes que su comuna es una de las comunas pioneras para la implementación del Programa de Universalización de la APS?
 - ii. ¿Conocen el programa?
 - iii. ¿Se les ha comunicado de alguna manera su existencia?
 - iv. ¿Saben de qué se trata?

2. Opinión y expectativas respecto al programa:

- a. Preguntas gatilladoras/orientadoras
 - i. ¿Qué les parece que se universalice la APS (que se puedan inscribir personas de FONASA que aún no se encuentran inscritas, o personas de ISAPRE o FFAA)?
 - ii. ¿Qué expectativas tienen de un programa como la que estamos analizando?
 - iii. ¿Cómo creen que les afectará (positiva o negativamente) a ustedes como usuarios de la atención primaria de salud?

3. Participación ciudadana en el programa

- a. Preguntas gatilladoras/orientadoras
 - i. En relación con la participación, ¿han participado de alguna forma del proceso de implementación del programa? ¿cómo? ¿cómo ha sido la experiencia?
 - ii. Desde su experiencia, ¿existen espacios formales o mecanismos institucionales que propicien la participación ciudadana en el contexto de la implementación del Programa de Universalización de la APS?
 - iii. ¿Se ha involucrado a la comunidad en el proceso de implementación del programa?

4. Servicios de atención

- a. Preguntas gatilladoras/orientadoras
 - i. ¿Están en contacto con su centro de salud? ¿de qué forma?
 - ii. En el contexto de sus atenciones, ¿ha ocurrido que no se encuentren disponibles los medicamentos que le recetan (quiebres de *stock*)? ¿y que no haya habido disponibilidad del equipamiento necesario? ¿o de insumos u otros dispositivos?
 - iii. ¿Ha notado cambios positivos en la entrega de atención? ¿cambios negativos? ¿cuáles?

5. Telemedicina

- a. Preguntas gatilladoras/orientadoras
 - i. ¿Están en conocimiento sobre si su centro de salud cuenta con servicios de telemedicina?
 - ii. ¿Han hecho uso de estos servicios? ¿qué les han parecido?

6. Satisfacción con la Estrategia

- a. Preguntas gatilladoras/orientadoras
 - i. En términos generales ¿qué tan satisfecho se encuentran con el programa?
 - ii. Si no conocen el programa, ¿qué tan satisfechos se encuentran con su contacto con el centro de atención primaria durante el presente año? ¿las atenciones recibidas? ¿han notado cambios en relación con años anteriores? ¿cuáles?
 - iii. ¿qué cambios o ajustes propondría al programa?

7. Para cerrar, ¿existe algún elemento o reflexión sobre el proceso de implementación del Programa de Universalización de la APS que no haya sido mencionado y que le parezca relevante de señalar?

En el presente documento se analiza la implementación inicial del programa Universalización de la Atención Primaria de Salud en Chile, centrada en las siete comunas pioneras en que el proceso comenzó en 2023. El objetivo principal es identificar buenas prácticas y desafíos para facilitar la expansión del programa a otras comunas del país. La relevancia de este análisis radica en que el sistema de salud chileno enfrenta desafíos significativos, como el subfinanciamiento crónico, la fragmentación en la provisión de servicios y la segmentación de la población entre los sistemas público y privado, que afectan la garantía del derecho a la salud de todas las personas y perpetúan las desigualdades en materia de salud. El estudio destaca la importancia de considerar en el proceso de implementación la integralidad del programa Universalización de la Atención Primaria de Salud, poniendo atención en la centralidad de factores como la heterogeneidad del contexto, la gobernanza y la necesidad de contar con los recursos necesarios de manera oportuna, así como los desafíos de garantizar los insumos requeridos para su implementación y de analizar los procesos y los avances en términos de los productos previstos.

