

La nueva reforma que necesita Chile: la reforma de los prestadores.

The new Health Care Reform that Chile needs: The Providers' Reform

Oswaldo Artaza¹

Jorge Lastra²

RESUMEN

En Chile, ya se ha cumplido más de una década desde que se iniciara la implementación de la última reforma a su sistema de salud. Junto a los avances, se advierte que salud sigue siendo un ámbito prioritario en la preocupación ciudadana y que persisten grandes desafíos. Dentro de éstos, destaca el resolver los pendientes del aseguramiento privado planteados en el fallo del Tribunal Constitucional y por sobre todo, dado a que la reforma no modificó sustancialmente la prestación de servicios, urge transformar al sector prestador tanto público como privado, a fin de contribuir en Chile, a resolver de manera efectiva y eficiente las nuevas necesidades de salud de personas y comunidades. La resolución para la Estrategia Para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud adoptada en el 53.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud por los países Miembros, se constituye en una buena guía para debatir sobre una reforma a la reforma, orientando a que un mayor gasto público en salud vaya junto a una transformación del sistema prestador chileno en la lógica de un modelo estructurado en redes integradas y basado en la estrategia de la Atención Primaria a la Salud, con la consecuente alineación hacia ello, de los recursos humanos y financieros.

Palabras clave: Política de salud; servicios de salud; investigación sobre servicios de salud; Chile; América Latina, política de salud; reforma del modelo; atención ambulatoria resolutiva; compraventa de servicios médicos; equipo de familia; campos clínicos; atención socio-sanitaria; investigación.

Los tiempos corren rápido y las necesidades de cambio en salud no se detienen. Transcurridas ya más de una década de aprobada la última reforma a la salud (ver recuadro: las reformas a la salud en Chile), es necesario plantearse, desde la óptica de las políticas públicas, una nueva serie de cambios, esta vez, para responder a nuevas o viejas interrogantes que quedaron pendientes tras las últimas reformas, recogiendo especialmente las lecciones aprendidas.

Las encuestas de opinión señalan³, de manera persistente, a la salud como uno de los grandes temas ciudadanos, expresando una negativa valoración que las personas dan al sector salud; lo cual es clara señal de nuevas y viejas expectativas no resueltas. Es evidente que aspectos de la reforma, como el plan "AUGE", han tenido efectos positivos, como es el instalar el derecho a la atención de salud, así como su impacto en equidad y en resultados sanitarios en algunas áreas, como mortalidad por infarto(2, 3, 5, 5, 6). Pero también, existen fundadas críticas de diversos sectores y el claro descontento de la población, relacionado con el trato, es decir, el respeto a la dignidad de las personas y a dificultades de acceso oportuno a servicios de especialidades y quirúrgicos, en problemas de salud no priorizados en el plan de garantías explícitas y en la no resolución de aspectos pendientes en el aseguramiento privado, entre otros.

1 Directivo Hospital Base de Valdivia, Correspondencia a oartaza@gmail.com.

2 Profesor de Salud pública, Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello y Director Hospital Luis Calvo Mackenna

3 La salud es el tema que suele ocupar el segundo lugar de preocupación en la población como problema al que debería dedicar el mayor esfuerzo en solucionar el Gobierno (CEP, 2017) y en la encuesta de Evaluación del Gobierno por la empresa ADIMARK el 75 % de la población desapruueba lo que se está haciendo en salud (ADIMARK, Encuesta de Evaluación del Gobierno, Agosto de 2017).

Las reformas a la salud en Chile (1)

El sistema de salud chileno, ha estado sujeto a tres procesos de reforma. El primero (1952), dio origen al Sistema Nacional de Salud (SNS), el segundo durante la dictadura militar (1980), de profunda inspiración neo liberal descentralizó al SNS, entregó el primer nivel de atención a la administración municipal, creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) e impulsó el desarrollo del sector privado con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres); y el tercero (2002/2005), que instaló un conjunto de garantías exigibles en salud ("Régimen de Garantías en Salud" en oportunidad, acceso, protección financiera y calidad, mejor conocido como plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas "AUGE"); una mayor capacidad regulatoria del Estado a los actores para asegurar el cumplimiento de las garantías, transformando a la Superintendencia de Isapres, que se había creado a principios de los años noventa para regular a las aseguradoras privadas, en una nueva entidad (Superintendencia de Salud) para fiscalizar el cumplimiento de los derechos (las garantías) en el sector público como privado tanto a nivel de seguros (Intendencia de Seguros), como de garantizar la calidad de prestadores individuales e institucionales (Intendencia de Prestadores); y, que pretendió reformar a la prestación pública intentando potenciar a las redes de atención a través de los Consejos de Red Asistencial y mejorar la gestión hospitalaria al crear la figura de la "autogestión en red" para los hospitales de mayor complejidad. En estos últimos aspectos, a juicio de los autores, es donde hay más aspectos pendientes.

El momento político del anterior gobierno con una agenda de reformas muy amplia en lo hacendario, educacional y laboral, dio poco margen para acometer cambios en salud de relevancia, y al estar temas valóricos como el aborto en tres causales y el de las pensiones muy visibles en la agenda, se dieron insuficientes espacios para la reflexión y el debate sobre lo ya realizado en salud, especialmente sobre los desafíos pendientes para generar condiciones técnicas y políticas para los próximos pasos de cara al inicio de una nueva administración. El esfuerzo del actual gobierno, se centró principalmente en ampliar la oferta, a través de grandes inversiones en infraestructura de nivel hospitalario y en la atención primaria de salud, así como en la formación de especialistas, sin considerar una mirada al modelo de atención, haciendo finalmente más de lo mismo, que hasta aquí no ha resultado satisfactorio para la resolución de los problemas que son más significativos para la población: el trato y la oportunidad de la atención⁴.

A fines del año 2014, los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprobaron una resolución para el logro del acceso y la cobertura universal en salud, que mandata a desarrollar acciones específicas en cuatro áreas estratégicas; fortalecimiento de la rectoría y

gobernanza; más y mejor financiamiento; transformación de la prestación; y, acción sobre los determinantes sociales⁵. Este compromiso suscrito por nuestro país, es una buena guía para revisar nuestros avances y visualizar lo que tendremos que hacer en el futuro próximo.

En el ámbito del financiamiento, aunque Chile en los últimos años ha aumentado el gasto en salud más rápido que en cualquier otro país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), sigue estando lejos de la media de gasto de dichos países y continúa con un alto componente de gasto de bolsillo (sobre el 30%)⁶. El gasto público es aún insuficiente, lo que se pone en evidencia especialmente en las dificultades para el acceso a medicamentos, y en las limitaciones de la actual oferta en resolución quirúrgica y de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de especialidades en la población adulta. Estas deficiencias serán claramente más notorias en el futuro cercano por las razones demográficas y epidemiológicas por todos conocidas. Esto nos obliga a tomar muy en serio el acuerdo plasmado en el 53° Consejo Directivo de OPS sobre "más y mejor financiamiento"⁷. "Más" se refiere a llegar a lo menos a un 6% del Producto Interno Bruto (PIB) en gasto público (lo que nos obligará en la próxima década a duplicarlo, con

4 Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud, Elaborado por Datavoz, Junio de 2016. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14189_recurso_1.pdf

5 Resolución para la Estrategia Para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=es#Documentosoficiales, descargando documento CD53/5, Rev. 2 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

6 OECD Health at a Glance 2015. Disponible en <http://www.oecd.org/chile/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-CHILE-In-Spanish.pdf>

7 OPS. CD53/5, Rev. 2, pág. 12. Línea estratégica 3: Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios. Documento 53° Consejo Directivo 2014.

la correspondiente exigencia de la generación del espacio fiscal para ello⁸). Desafío nada fácil dada la presión tributaria primero para educación y luego pensiones, lo que deja muy poco margen para ampliar espacio fiscal para salud en el futuro cercano, lo que augura se agraven las tensiones entre posibilidades, necesidades y expectativas. “Mejor financiamiento”, se refiere a cómo mejorar la calidad y eficiencia⁽⁷⁾ de dicho gasto, lo que está totalmente ligado al ámbito de la transformación de la prestación de los servicios.

Más recursos, por supuesto necesarios, no serán nunca suficientes sino se aborda en Chile una reforma profunda a los prestadores: la transformación del modelo de atención⁽⁸⁾, de gestión, mecanismos de pago y las políticas de desarrollo de capital humano para el sector prestador público y privado. Es evidente que hay un gran desafío pendiente para que el sistema de salud chileno gane en calidad del gasto, estando efectivamente estructurado en redes integradas basadas en la estrategia de la atención primaria a la salud (APS)⁹. Hay total consenso internacional, de que “la” manera racional, justa y efectiva para enfrentar la llamada “epidemia” de las enfermedades crónicas no transmisibles es modelando los sistemas en la lógica de APS (9, 19, 11, 12), donde el espacio ambulatorio tiene alta inversión y el recurso humano y las tecnologías apropiadas para una alta resolutivez, que responde integralmente a las necesidades de la población.

Chile deberá innovar con osadía en su modelo de atención, más allá de los intereses corporativos o de grupos de presión, para perfeccionar el actual modelo de salud familiar; desarrollar nuevas soluciones y dispositivos ambulatorios en el propio hábitat de las personas; incorporar nuevos elementos de gestión y gobernanza en las redes para la integración efectiva de los actores y asegurar la continuidad del cuidado; y, aumentar sustantivamente la inversión en el primer nivel de atención mucho más allá del actual 20% del total del gasto⁽¹³⁾, de modo hacerlo más resolutivo, lo que sin duda contribuirá a una mejor percepción de su calidad y a un mayor costo efectividad^(14,15,16). Existe evidencia en que una de las brechas más importantes en Chile entre la oferta pública y privada de atención de salud, está en la disposición de recursos en el ámbito ambulatorio

para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que permiten evitar recurrencia de consultas de morbilidad, de urgencia y de requerimientos de especialistas y de hospitalizaciones muchas veces innecesarias. Un ejemplo de lo anterior, es que mientras la proporción de procedimientos de este tipo, respecto del total de prestaciones en el sector privado chileno es de 18 %, en el sector público es sólo del 9 %, dando cuenta de un gran déficit en esta área⁽¹⁷⁾. Lo anterior implica disponer en el primer nivel de atención, de condiciones e incentivos correctos para contar con profesionales y técnicos con las competencias y capacidad para realizar acciones y soluciones integrales que resuelvan efectivamente las necesidades de las personas y comunidades, trabajando en equipos interdisciplinarios, junto a las tecnologías sanitarias probadamente costo efectivas, y el apoyo continuo de las especialidades en dicho nivel de atención. Es urgente materializar un cambio de modelo de atención, de forma se pueda realizar prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados de largo plazo fuera del espacio hospitalario. Este desafío no lo podremos abordar de modo suficiente de continuar con un paradigma excesivamente hospitalo céntrico que ya ha probado su agotamiento e incapacidad de respuesta.

No basta entonces con resolver los déficits de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) hace tanto tiempo señalados por el Tribunal Constitucional⁽¹⁸⁾, e impulsar un conjunto de beneficios común para los afiliados del Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Isapres, sino que también es esencial que ambos sectores de prestación de servicios –público y privado- ajusten sus modelos de atención a uno efectivamente conformado en redes basadas en APS. De no hacerlo, nos estamos condenando a un sistema cada vez más oneroso y que no será capaz de satisfacer las mayores demandas de las personas y comunidades. No es sostenible, desde ningún punto de vista, que las personas acudan directamente a un especialista o que la puerta de entrada siga siendo la urgencia de hospitales agudos independientemente de su sistema de aseguramiento. Cada persona deberá tener un equipo de familia multidisciplinario, cercano, resolutivo, confiable y de alta calidad, sea en el sector público o privado. Los espacios de libre elección, con su consiguiente mayor costo,

8 Según Hacienda –ver informe DIPRES 2013, disponible en http://www.dipres.gob.cl/572/articles-114714_doc_pdf.pdf las proyecciones indican que el gasto público total en salud pasaría de un crecimiento promedio de 9,0%, en el período 1990-2012, a un crecimiento anual promedio de 4,4% en el período 2012-2050. En relación al PIB, en dicho escenario se obtendría que el gasto público en salud pasaría de representar un 3,5% del PIB en 2012 a 6,8% recién para el 2050.

9 OPS. CD53/5, Rev. 2, pág. 9. Línea estratégica 1: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades. Documento 53 ° Consejo Directivo 2014.

pueden promoverse en la posibilidad de escoger equipo de familia y en eventuales mejores condiciones de hotelería. Junto a dar solución a los problemas más urgentes del área del aseguramiento y antes de resolver su solución final, tendremos que necesariamente poner el foco en el modo en que hemos modelado a nuestro sector prestador público y privado. En síntesis, necesitamos una reforma a la prestación de servicios en el conjunto del sistema de salud chileno.

Un modelo de atención compartido que supere la relación de mercado por uno de cooperación o complementariedad público privada, requiere de cambios profundos en el mercado de la fuerza de trabajo de modo evitar la feroz competencia entre sectores por los especialistas. Un modelo común debe privilegiar modos colaborativos de optimizar a nuestro recurso humano. Lo anterior nos debe obligar a pensar en la mejor “carrera sanitaria” y en los incentivos requeridos para propiciar y sostener un modelo integrado. Con respecto a que la formación del personal de la salud sea considerada desde esta perspectiva, requiere por una parte cambiar su enfoque hacia la enfermedad por uno centrado en la salud de las personas y de las comunidades, que ella se realice en y para el ámbito ambulatorio, y por otra, obliga a la autoridad, a ejercer plenamente su rol regulador, es decir, tomar posesión de los campos clínicos como bien público y ejercer rectoría para asegurar un uso de ellos con lógica de función social y no como mera mercancía de cambio.

Los desafíos en el sector prestador público, tienen pendiente generar lecciones aprendidas sobre la “autogestión en red” de los hospitales(19,20,21), sobre la conformación, gobernanza e integración de las redes(22, 23, 24) sobre los mecanismos de pago (particularmente al recurso humano), entre muchos tópicos. Con respecto a la gobernanza de las redes públicas, parece esencial independizarlas de la captura político partidista dándoles un marco de gobierno corporativo que permita establecer e implementar estrategias de mediano y largo plazo. Al respecto hay interesantes esfuerzos de generación de consensos transversales como la propuesta realizada por el Centro de Estudios Públicos y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile(25). Con respecto a los hospitales públicos, la preocupación ha girado sobre su eficiencia en el uso de los recursos(26,27,28), ya que por una parte los aumentos constantes en su financiamiento están condenados a nunca alcanzar sus “costos reales” y a no traducirse en aumentos de su productividad, lo que se explica –además de los

factores demográficos y epidemiológicos- por la tendencia permanente de los equipos clínicos de agregar (muchas veces por presiones de la industria) nuevas tecnologías más costosas (no siempre con estudios de costo efectividad que las avalen) y por otra parte a realizar cada vez menos actividades en sus horarios funcionarios para generar las mismas en horarios de “compra de servicios” de manera más lucrativa. Todo lo anterior se traduce en igual actividad pero a costos siempre crecientes. En la base del fenómeno anterior está también la modalidad de cómo los médicos son remunerados: en sus horarios funcionarios son pagados por “horas médicas” sin relación alguna a producción; los mismos médicos suelen ser contratados por “compra de servicio” a valores mucho más altos para realizar actividad fuera de horario para reducir listas de espera, y también realizan para los hospitales públicos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos a precios de mercado en las clínicas privadas. Los intentos por tener mejoras de actividad sólo a través de más médicos a horario completo vía mejorar las remuneraciones no han tenido resultados ya que el incentivo más poderoso seguirá siendo el reducir horario funcionario, producir menos en las mañanas y “vender servicios”, lo que evidentemente se traduce en iguales prestaciones y más caras. Una solución –no exenta de complejidad política- es derechamente revisar la forma de relación contractual con el cuerpo médico de manera se relacione con la producción efectiva y se pueda evitar estas distorsiones e incentivos incorrectos. Es decir, incentivos que fomenten la productividad y que resguarden simultáneamente todas las exigencias de registro y de calidad, que hoy difícilmente comprometen a los clínicos como debiera ser.

El tema de la “deuda hospitalaria”(29) que permanentemente acapara la atención de los medios de comunicación, se constituye en sí mismo en un obstáculo a inversiones más audaces en APS, dado a que partes importantes de los nuevos recursos que se disponen deben ir a paliar esta constante presión inflacionaria ejercida desde los hospitales.

A su vez, en el sector prestador privado ya no es sostenible seguir en la lógica de fomento al consumo de prestaciones con su correlato inflacionario que afecta no sólo a dicho sector sino al sistema en su conjunto. Lo anterior obliga a que la prestación privada comparta una misma lógica que la del sector público y a una revisión profunda del actual mecanismo de libre elección del FONASA. Para ambos sectores habrá que revisar las lógicas de inversión y de los mecanismos de pago, de un

modo alineado con un modelo integrado basado en APS. Con respecto a la inversión, habrá que privilegiar el mejoramiento de la infraestructura del primer nivel y de la disponibilidad de tecnologías sanitarias apropiadas; potenciar la creación de establecimientos de alta complejidad ambulatorios y de internación comunitaria para largas estancias; desarrollar eficaces redes de cuidados socio sanitarios para el manejo de requerimientos de adultos mayores, rehabilitación, manejo de postrados y del cuidado paliativo; y, no continuar con políticas de inversión que se centran excesivamente en los hospitales de agudos. En materia de tecnologías, explotar todos los aspectos de la telemedicina, que se han utilizado de manera insuficiente en el sector salud y que tienen una potencialidad aún no completamente desarrollada y que dada las particularidades de nuestro país, pueden ser y han sido ya de mucha utilidad. Con respecto a los mecanismos de pago, éstos deberán superar el “fee for service”, los pagos históricos y remuneraciones desligadas del desempeño, de modo de fomentar la integración de redes y el resultado sanitario generando los incentivos al recurso humano para que estén alineados con lo anterior.

El debate sobre los cambios necesarios para el futuro próximo, debe colocar al centro las necesidades de salud más urgentes de personas y comunidades y en base a ellas implementar el mejor modo de organizarnos para cumplir con dichos requerimientos con eficiencia y calidad, buscando alinear inversión, recurso humano, tecnologías apropiadas y financiamiento suficiente para sostener el modelo óptimo que satisfaga dichas necesidades. Modelo que además de cuidar los recursos responda respetando plenamente la dignidad de sus usuarios, especialmente en los aspectos que ya han sido suficientemente estudiados, el trato digno, la entrega de información oportuna y pertinente, la oportunidad en la atención y sobre todo, terminar con la “sensación de discriminación”¹⁰.

Escuchar el descontento ciudadano y poner en el centro las necesidades de las personas, nos obliga a aprender de los logros alcanzados y a preguntarnos sobre los próximos pasos, sobre la “reforma a la reforma” a nivel de la prestación de servicios tanto pública como privada. Lo importante es que lo hagamos sobre evidencia, esforzándonos por dar gobernanza a un sector presionado por intereses de múltiples actores, lo que requiere no sólo de consensos técnicos, sino

también de amplios acuerdos sociales, como ya ha sido posible en la historia del país.

REFERENCIAS

1. O Artaza, F Sacoto, Fernando / A Yglesias, L Yáñez, F Martínez, J Torres-Goitia. Reformas y Financiamiento de Sistemas y Servicios de Salud en la Subregión Andina. [Internet]. Lima: Organismo Andino en Salud-Convenio Hipólito Unanue; 2004 [Fecha de acceso: Ene de 2018]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/documentos/Libro%20Estudio%20y%20Reformas%20vfinal.pdf>
2. Valdivieso D Vicente, Montero L Joaquín. El plan AUGE: 2005 al 2009. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2010 Ago [Fecha de acceso: 2016 Ene 07]; 138(8): 1040-1046. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800015&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800015.
3. Nazzari N Carolina, Campos T Pabla, Corbalán H Ramón, Lanús Z Fernando, Bartolucci J Jorge, Sanhueza C Patricio et al. Impacto del plan AUGE en el tratamiento de pacientes con infarto agudo al miocardio con supradesnivel ST, en hospitales chilenos. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2008 Oct [Fecha de acceso: 2016 Ene 07]; 136(10): 1231-1239. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001000001&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008001000001.
4. Concha D Felipe, Pastén V Nicole, Espinosa F Victoria, López A Fanny. Impacto de la Implementación del Plan Auge en la Detección Antenatal de Cardiopatías Congénitas. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2008 [Fecha de acceso: 2016 Ene 07]; 73(3): 163-172. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300005&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300005.
5. Jimenez de la Jara J, Bossert TJ. Chile's health sector reform: lessons from four re-form periods. In: Berman P, ed. Health sector reform in developing countries: making health development sustainable. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1995:199-214.

10 Informe cualitativo “estudio de usuarios del sistema de salud y prestadores respecto de la ley de derechos y deberes”. Jefa de Proyecto: Paulina Valenzuela A., contraparte técnica: Marcela Pezoa G. y Scarlett Morales U. DataVoz. Enero 2014. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-9821_recurso_1.pdf

6. Thomas J. Bossert, Ph.D., and Thomas Leisewitz, M.D., M.P.H. Innovation and Change in the Chilean Health System. *N Engl J Med.* 2016; 374: 1.
7. Artaza, O. Editorial. *Salud Pública de México*, [Internet] 2016 [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]; 58, (5): 493-495. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8183>
8. OMS, OPS. Transformando los servicios de salud hacia redes integradas. [Internet] Argentina; 2017. [Fecha de acceso: 18 ene. 2018] Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf
9. OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2007. [Fecha de acceso: 18 ene. 2018] 21(2,3). Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rps/v21n2-3/03.pdf>
10. OMS. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. [Internet] 2008. [Fecha de acceso: 18 ene. 2018] Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
11. Centro de Políticas Públicas UC. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. [Internet]. 2014. [Fecha de acceso: 18 ene. 2018] Disponible en: <http://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/fortalecimiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-propuestas-para-mejorar-el-sistema-sanitario.pdf>
12. Ministerio de Salud. Documento de posición respecto del valor social de la atención primaria de salud. [Internet]. 2017 [Fecha de acceso: 18 ene. 2018] Disponible en <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/11/Posici%C3%B3n-respecto-del-valor-social-APS.pdf>
13. Paula Benavides S., Rubén Castro L. e Ingrid Jones J. Sistema Público de Salud. Situación Actual y Proyecciones Fiscales 2013-2050”, [Internet]. DIPRES; 2013. [Fecha de acceso: 18 ene. 2018] Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/572/articles-114714_doc_pdf.pdf
14. Kringos, D.S., Boerma, W., Zee, J. van der, Groenewegen, P. Europe’s strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*: 2013, 32(4), 686-694
15. K. Püschel, A. Téllez, J. Montero, A. Brunner, B. Peñaloza, M. P. Rojas, F. Poblete, T. Pantoja. Hacia un Nuevo Modelo de Atención Primaria en Salud. *Estudios Públicos* [Internet]. 2013 [Fecha de acceso: 18 ene. 2018] 130: 23-52. Disponible en: http://www.cepchile.cl/dms/archivo_5336_3416/rev130_KPuschel-y-otros.pdf
16. Rojas MP. Propuesta para Chile. Santiago de Chile: Ediciones UC, 2011.
17. OPS. Salud en Chile 2010: Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. [Internet]. Santiago de Chile: 2011 [Fecha de acceso: 18 ene. 2018] Disponible en: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=101&Itemid=
18. Marshall P. Tabla de Factores de la Ley de Isapres y Derechos Fundamentales (Tribunal Constitucional). *Revista de derecho (Valdivia)* [Internet]. 2010 [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]; 23(2): 247-264. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502010000200013&lng=es&tlng=es.
19. Artaza B Osvaldo. Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2008 Abr [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]; 79(2): 127-130. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000200001>.
20. Méndez Claudio A, Torres A M Cristina. Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2010 [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]; 44(2): 366-371. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000200019>.
21. Méndez Claudio A., Miranda Christian, Torres M. Cristina, Márquez Myriam. Política de autogestión hospitalaria en Chile: percepciones de los tomadores de decisiones. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 Ene [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]; 33(1): 47-53. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/>

- S1020-49892013000100007
22. Vergara Marcos, Bisama Ligia, Moncada Patricio. Competencias esenciales para la gestión en red. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2012 Dic [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]; 140(12): 1593-1605. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001200013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001200013>
 23. Cunill Grau, Nuria; Fernandez, María Margarita; Vergara, Marcos. Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud: Un análisis a partir del caso chileno. *Salud colectiva*, Lanús, [Internet]. 2011 Abr [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]; 7 (1). Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100003&lng=es&rm=iso
 24. Artaza-Barrios Osvaldo, Toro-Devia Olga, Fuentes-García Alejandra, Alarcón-Hein Alex, Arteaga-Herrera Oscar. Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile. *Salud pública Méx* [Internet]. 2013 Dic [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]; 55(6): 650-658. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000014&lng=es
 25. CEP, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud. [Internet]. Santiago de Chile: CEP; 2017. Dic [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20170706/asocfile/20170706104922/cep_udechile_propuesta_salud.pdf
 26. Castro R. Midiendo la eficiencia de los hospitales públicos en Chile. *En foco 108* [Internet]. 2007 [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]. Disponible en http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/04072007104039.pdf
 27. Santelices C Emilio, Ormeño C Héctor, Delgado S Magdalena, Lui M Christopher, Valdés V Raúl, Durán C Lorena. Análisis de los determinantes de la eficiencia hospitalaria: el caso de Chile. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2013 Abr [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]; 141(4): 457-463. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000400006>.
 28. Barahona UP. Análisis de eficiencia hospitalaria en Chile. *Anales de la Facultad de Medicina*, [Internet.]. 2013 [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]; 72(1): 33-38. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1099>. Fecha de acceso: 18 ene. 2018 doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v72i1.1099>.
 29. Ahumada B, Lagos P, Sugg D. Sobregasto Operacional y Deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud. *Dipres* [Internet.]. 2016 [Fecha de acceso: 18 ene. 2018]. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/598/articles-154339_doc_pdf.pdf