



# PROPUESTA PARA CONSTRUIR UN NUEVO SISTEMA DE SALUD PARA CHILE

Bloque Sindical de Salud Secretaría de Salud CUT Dr. Salvador Allende  
Gossens

COMISIÓN TÉCNICA DE  
POLÍTICA DE SALUD

Coordinador: Matías  
Goyenechea H

## Tabla de contenido

<b>Presentación</b> .....	<b>2</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>Sistema Nacional de Protección al Derecho a la Salud</b> .....	<b>5</b>
1. <b>Derecho a la Salud</b> .....	<b>5</b>
2. <b>Fondo Universal de Salud (FUS)</b> .....	<b>6</b>
3. <b>Atención primaria universal</b> .....	<b>6</b>
4. <b>Incremento al 6% del producto interno bruto como piso para el gasto público de Salud</b> .	<b>6</b>
<b>Políticas públicas de salud con enfoque de derecho</b> .....	<b>7</b>
5. <b>Plan Nacional de Reducción de Tiempos de Espera</b> .....	<b>7</b>
6. <b>Medicamentos accesibles para la población</b> .....	<b>7</b>
7. <b>Fortalecimiento de la Autoridad sanitaria y Subsidio de incapacidad laboral</b> .....	<b>8</b>
8. <b>Sistema de Planificación de Recursos Humanos de salud (RHS).</b> .....	<b>9</b>
• <b>Sistema de Formación, Educación, perfeccionamiento intersectorial e interdisciplinario continuo del RHS</b> .....	<b>10</b>
• <b>Sistema de Fortalecimiento de la Carrera funcionaria del RHS</b> .....	<b>10</b>
• <b>Determinación de Brechas remuneraciones del RHS y Mecanismos de Incentivo de Remuneraciones</b> .....	<b>11</b>
• <b>Ambientes laborales y Calidad de Vida Laboral</b> .....	<b>11</b>
9. <b>Planificación de la inversión en infraestructura sanitaria,</b> .....	<b>12</b>
<b>Fortalecimiento de política sanitaria</b> .....	<b>13</b>
10. <b>La Salud Sexual y reproductiva</b> .....	<b>13</b>
11. <b>Salud del niño y el adolescente</b> .....	<b>14</b>
12. <b>Salud mental.</b> .....	<b>14</b>
13. <b>Participación y vinculación de la comunidad</b> .....	<b>13</b>
14. <b>Salud Odontológica</b> .....	<b>15</b>
15. <b>Sistema Nacional de Cuidados en el hogar:</b> .....	<b>15</b>
16. <b>Salud del Adulto Mayor</b> .....	<b>16</b>

## Presentación

Estamos viviendo un momento histórico en nuestro país, y las trabajadoras y trabajadores de la salud no hemos estado ausentes, en las grandes movilizaciones acontecidas en nuestro país. El presente documento es un esfuerzo de las diversas confederaciones y federaciones nacionales que, mostrando un tremendo gesto de generosidad, han hecho posible que hoy podamos contar con una propuesta única como organizaciones sindicales de salud, la que esperamos transformar en un documento unitario para el sector.

Esta propuesta es la clara señal que en la salud parte un nuevo ciclo, de unidad para impulsar las transformaciones profundas que hoy demanda fuertemente el pueblo de Chile, diciendo que no queremos más una salud de mercado. Hoy no resulta tolerable que los pacientes y usuarios del sistema no estén al centro de la preocupación y que tengamos que lidiar con cumplimiento de metas e indicadores económicos que no nos permiten entregar una salud de calidad. Las propuestas que se detallan a continuación abordan nuestra opinión respecto de la política pública en salud, recogiendo las demandas más sentidas de la población, y nutridas con los aportes de las confederaciones y federaciones nacionales donde están representados trabajadoras y trabajadores de la atención primaria, SEREMIS, redes hospitalarias, servicios de salud y reparticiones de salud centralizadas. Sumado a la integración de organizaciones que representan a trabajadores y trabajadoras del sector de salud privado de nuestro país.

Hoy Chile camina a paso firme hacia un cambio constitucional, estamos convencidos que las trabajadoras y trabajadores de la salud tenemos mucho que aportar al debate político sobre el rumbo que queremos que tome nuestra sociedad. Lo hacemos a través de este documento que es una propuesta clara para dar respuesta a demandas aplazadas durante años y que lamentablemente han significado la muerte para nuestra población. Los trabajadores y trabajadoras de la salud, no podemos estar ausentes en materia de propuestas para llenar de contenido el debate que vive nuestro país, no desde los que miran desde lejos si no que desde los que día a día han tenido que lidiar con los embates de una salud deficiente que ha puesto el mercado y el lucro por delante.

Queremos aprovechar este acto para relevar nuestros temas, los que hoy se escuchan en la calle, mejor salud, atención digna y de calidad. Es esta la unidad que tiene que llenar de contenidos esta movilización, tiene que poner los temas para que sean las demandas en salud de nuestro pueblo y es en este espacio donde hemos contribuido con los 4 puntos de lucha conjunta para transformar la salud; que nuestra futura constitución garantice el derecho a la salud, aumento del per cápita hasta alcanzar los 10 mil pesos, que nuestro país tenga un gasto de al menos 6% del PIB, y un mecanismo de financiamiento que permita arrebatar la administración del 7% de cotización a las Isapres, las que se han enriquecido a costa de la salud. Estos son puntos mínimos de acuerdo, con todos los sectores, pero nosotros los trabajadoras y trabajadores de la salud, creemos que debemos exigirnos más,

avanzar al largo plazo hacia un Sistema Universal de Salud basado en la atención primaria, eliminar el lucro con la enfermedad y ha terminar con la salud concebida como un negocio. No queremos más hospitales concesionados, queremos el termino de las listas de esperas, así como terminar con el abuso en los fármacos y también hacernos cargo de la salud mental de nuestro país que es critica. Pero aun queremos llegar mas allá, queremos que salud este en todas las políticas que pensemos, la vivienda, la alimentación, la recreación, como parte de un nuevo modelo de salud, no seguiremos viviendo en un país de enfermos, queremos dejar un legado a los niños de nuestro Chile de prevención y promoción de salud. Esto implica cambiar el paradigma y tener una verdadera salud que aborde todos los ámbitos que nos permita hacernos cargo de la rehabilitación y de la recuperación de todas y todos, una salud que integre la mirada de género que reconozca los conocimientos ancestrales de los pueblos originarios, que reconozca el buen vivir como parte esencial.

Queremos una salud pensada dese los territorios con participación real de nuestros usuarios donde juntos podamos construir nuestras políticas pensadas para los pueblos y desde los propios pueblos de Chile. No podemos dejar de mencionar el momento que atraviesa nuestro país y el reconocimiento al logro de esta movilización de la cual hemos sido parte, el que hoy hablemos de una nueva Constitución para Chile. Que bajo nuestra definición debe ser con participación real del movimiento social y sindical a través de una asamblea constituyente que permita definir no solo los cambios, si no que también los mecanismos y quorum que debe tener este proceso. Hoy es ineludible contar con presencia de las organizaciones sociales y sindicales, en el cual los trabajadores y trabajadoras organizados jugamos un rol principal.

Finalmente queremos establecer un compromiso de fortalecimiento de la unidad de construcción de más contenidos, pero también de lucha conjunta por una sociedad mas justa. Chile despertó y el mundo de la salud también. Seguiremos luchando por una nueva constitución política que garantice nuestros derechos y que refleje otra forma de relacionarnos donde nadie puede estar ausente. La historia la hacen los pueblos y nuestro pueblo esta construyendo la propia y el mundo de la salud es parte de esta transformación siguiendo el legado sanitario de Salvador Allende, con la alegría que nos caracteriza porque nada puede ser en vano seguimos luchando por un Chile distinto.

## Introducción

Desde el 18 de octubre de 2019, se han puesto en cuestión los pilares, certezas y dogmas hegemónicos en Chile, los principios y políticas inspiradas por el modelo neoliberal-subsidiario. Ideas que estructuran la realidad del Estado, los servicios públicos, las políticas y los derechos de la población. En Salud los últimos 40 años están marcados, por la expansión del mercado en la salud, área en la que no tenía presencia o era muy limitada. Son las políticas neoliberales y de carácter subsidiario las que empujan y fomentan la creación de mercado.

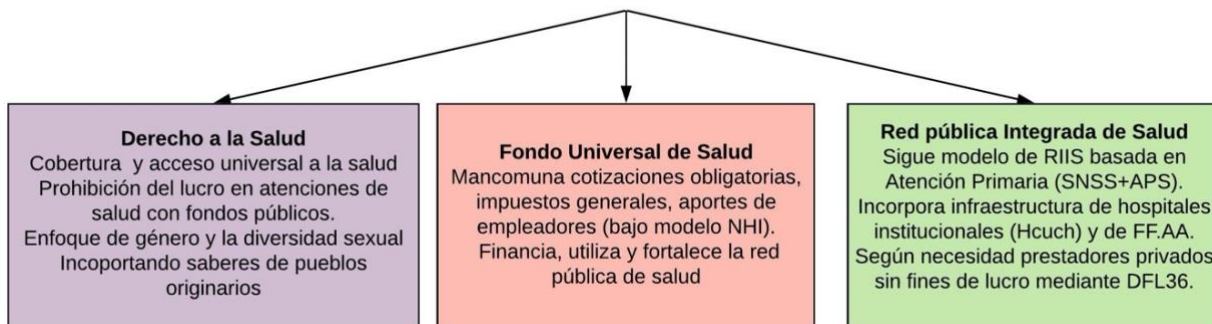
La población *tomo por asalto* a través de su movilización y creatividad al *paraíso del consumo*; neoliberal. El sector de salud ha sido parte de todo el proceso de movilizaciones, en donde se ha gestado una inédita unidad de todos los actores, la propuesta que presentamos a continuación esta construida sobre los cimientos y pilares que deja este proceso unitario. La primera parte toma los “4 puntos” del mundo social de salud, desarrollando en ellos su contenido, con principios y elementos técnicos de política de salud, esta sección busca concretar un “*Sistema Nacional de Protección al Derecho a la Salud*”. La segunda parte de este texto consta de propuestas que fueron construidas con los actores sociales de salud y que conforman política pública de salud con enfoque de derecho. Finalmente se incluyen temas de salud que no han sido priorizados en la política sanitaria, donde juzgamos que debe hacerse un esfuerzo por mejorar.

La elaboración de este trabajo implicó la participación y propuestas de las organizaciones de trabajadores de la salud, así como a otras instancias en donde se obtuvo valiosas retroalimentaciones. La redacción de las propuestas estuvo a cargo de:

Comisión Técnica de Política de Salud  
19 de diciembre 2019

Sistema Nacional de Protección al Derecho a la Salud

## Sistema Nacional de Protección al Derecho a la Salud



1. **Derecho a la Salud** garantizado por el Estado incluyendo, pero no limitado a, las dimensiones de acceso equitativo oportuno, a servicios de calidad, protección financiera, para toda la población, lo cual implica concretar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La forma de efectuar estos cambios es a través de una Asamblea Constituyente que produzca una Nueva Constitución Política y leyes sectoriales.

Consideramos que el derecho a la salud debe incluir:

- Un nuevo concepto de Salud, donde los **aspectos no curativos deben estar integrados en el derecho a la salud**, con especial énfasis en la prevención, la promoción de la salud y participación comunitaria. Es decir, comprender la salud integralmente, más allá de la enfermedad y referida al bienestar pleno de la población. El Estado debe velar por la equidad en los estados de salud de los distintos grupos de la población.
- **Lucro**: El lucro no es compatible con los principios y el derecho a la salud señalado, mas bien puede ser un impedimento para la consecución del acceso y la cobertura universales de salud. Consideramos que el lucro produce inducción de demanda y selección de prestaciones no sanitariamente eficientes, **debe ser prohibido el lucro en prestaciones de salud con fondos públicos y de la seguridad social**.
- Se debe considerar un **enfoque de salud que incluye perspectivas de género y diversidad sexual**.
- **Pueblos originarios**. Hay que incluir diversas comprensiones y cosmovisión de la salud de los pueblos originarios y abrir espacios a la salud desde esas perspectivas legitimadas. La institucionalidad actual es insuficiente, manteniendo el ejercicio paternalista de la medicina tradicional sobre la medicina de pueblos originarios. En un nuevo Estado plurinacional el reconocimiento debe contemplar los conocimientos en salud.

2. **Fondo Universal de Salud (FUS) a través de modelo de Seguro Nacional de Salud:** Es decir que exista una sola institución, de carácter público, que sea el único responsable de la administración de las contribuciones de la seguridad social. Se reúne en el FUS todos los aportes públicos mediante impuestos generales y cotizaciones obligatorias al interior del fondo. Se eliminan de esta forma a las Isapres y se recupera para el fondo público el 7% obligatorio del cual las ISAPRE han venido usufructuando. Podrán existir seguros complementarios voluntarios regulados y con un rol acotado. **Fondo Universal de Salud por ley debe financiar, utilizar y fortalecer la Red Pública de prestadores de salud propendiendo a una red integrada de salud basada en Atención Primaria de Salud, en caso de que la red no cuente con capacidad propia, se podrá incluir en la red prestadores privados sin fines de lucro a través de los DFL 36.** El sistema de salud paralelo que tienen las FFAA, así como lo relacionado con la Salud ocupacional (mutuales) debe ser incorporado al FUS. Estos cambios deben guardar coherencia con la perspectiva de avanzar posteriormente hacia un sistema universal de salud, en la medida de que se vaya cambiando la estructura tributaria del país hacia una progresiva, se podrá ir eliminando las contribuciones obligatorias.
3. **Atención primaria universal y Per cápita:** Dada importancia de la **APS** como base de la red pública de salud, esta debe ser **universal y de inscripción automática** de acuerdo con domicilio y lugar de trabajo. Hoy se ha comprobado de la existencia de importantes brechas financieras identificadas por varios estudios como Debrott e Ibáñez (2014), Santelices y colaboradores (2014), por lo que se demanda un monto basal de \$ 10.000 pesos (pesos 2020) para el per cápita. Adicionalmente se debe avanzar en:
- Actualización del plan de salud familiar de acuerdo con perfil epidemiológico de la población y los problemas de salud emergentes, desde la perspectiva de los determinantes sociales de salud.
  - El financiamiento debe ser equitativo en la distribución de los recursos, para lograr cumplimiento de todas las funciones que debe desarrollar la APS.
  - Es necesario que el Estado aporte recursos para la normalización de la infraestructura y condiciones sanitarias de los establecimientos, con especial preocupación en la salud rural y al resto de la infraestructura de APS. En base a las brechas identificadas.
4. **Incremento al 6% del producto interno bruto como piso para el gasto público de Salud** para cierre del déficit estructural y seguir las recomendaciones internacionales. En salud debe primar como principio la gratuidad, en tanto posibilidad de acceso a la atención de salud independiente de la capacidad de pago. Aumentar los recursos a un 6% del PIB nos permitirá que disminuya el gasto de bolsillo de la población y la ocurrencia de gastos catastróficos.
- El **aumento de recaudación de cotización e impuestos debe ser destinado al fortalecimiento del sector público**, aumentado recursos para la atención primaria,

el reconocimiento del gasto real en el nivel hospitalario, así como para financiar la expansión de la red pública.

- Creación de **impuestos saludables**, que graven los alimentos ultra procesados, bebidas azucaradas, tabaco y alcoholes. Excepción de IVA para alimentos saludables.
- Creación de **impuestos saludables**, que graven los alimentos ultra procesados, bebidas azucaradas, tabaco y alcoholes. Excepción de IVA para alimentos saludables.
- El **gasto público debe ser eficiente en términos sanitarios**, se deben fortalecer los mecanismos de control internos, así como generar mecanismos de transparencia en el uso de los recursos y de control ciudadano.
- **Control democrático:** Esto implica que en los servicios de salud y en los establecimientos de la red deben existir espacios deliberativos y vinculantes con trabajadores, academia y la comunidad.
- **Consejo Nacional de Salud:** entidad de gobierno de la red de salud, compuesta por autoridades sectoriales, representantes de la academia y las organizaciones de los trabajadores de salud.

## Políticas públicas de salud con enfoque de derecho

### 5. Plan Nacional de Reducción de Tiempos de Espera

Proponemos un Plan Nacional de Reducción de Tiempos de Espera; basado en el fortalecimiento efectivo de las capacidades instaladas de la red pública, que incluya los dispositivos tecnológicos diagnósticos y terapéuticos, y los equipos de salud con las competencias específicas para la resolución de los problemas de salud derivados desde la atención primaria. Lo anterior, debiese terminar paulatinamente con los servicios de prestadores privados, tanto la compra a sociedades médicas que utilizan las instituciones públicas y/o la compra de a establecimientos privados.

Los mecanismos de priorización de listas de espera deberán considerar no solo criterios de riesgo clínico y temporalidad, sino reforzar y crear instrumentos para evaluar la complejidad social de los usuarios en espera, mejorando la participación e incidencia de APS en la definición de criterios junto al nivel secundario.

### 6. Medicamentos accesibles para la población

Creemos que la mejor manera de enfrentar el alto costo de los medicamentos debe orientarse en: Medicamentos accesibles para la población

- fortalecer capacidad como comprador centralizado del Estado respecto de los medicamentos para todo el país (**Fortalecer capacidad y rol de CENABAST como comprador centralizado del Estado, considerando la adquisición de medicamentos para todo el país.**)
- El Estado debe garantizar los stocks de medicamentos en la red pública para la población de acceda de forma gratuita.



- Establecer mecanismos de **regulación de precios, estableciendo banda de precios** para medicamentos en la producción y la cadena de distribución.
- **Caducar patentes** a medicamentos innovadores invocando el interés público, en casos de emergencia.
- Al largo plazo **producir capacidad propia de producción de fármacos y vacunas**. En conjunto con educación y las universidades.
- Los medicamentos deben incluirse en la **cobertura del Fondo Universal de Salud** o Seguro Nacional Salud para disminuir de manera disminuya el gasto de bolsillo.
- Incorporar los tratamientos farmacológicos como parte de la cobertura del sistema de salud.
- Diseñar e implementar estrategia de medicamentos genéricos a nivel nacional (recomendación de la OMS).
- Generar fuentes de información estatales que permitan evaluar la trazabilidad de la venta y dispensación de medicamentos a fin de evaluar el gasto de bolsillo de la población.
- Implementar la actualización del Formulario Nacional de Medicamentos en la selección y disponibilidad de medicamentos esenciales en el país.
- Modernizar la gestión de la información en materia de medicamentos en todo el sistema de salud (receta electrónica, estadísticas públicas sobre consumo de medicamentos, etc).
- Implementar política de responsabilidad empresarial y asistencial para la gestión de residuos y la disminución del impacto negativo de los medicamentos en las personas y el medio ambiente.

## 7. Fortalecimiento de la Autoridad sanitaria y Subsidio de incapacidad laboral

- **Autoridad Sanitaria:** Aspiramos al permanente Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria. De igual manera se deben mantener y fortalecer las potestades de la Subsecretaría de Salud Pública tendientes a impedir o mitigar la presencia de enfermedades que se puedan prevenir. Aumentar la capacidad de fiscalización, de tribunal sanitario y las atribuciones que posee la autoridad sanitaria.
- **Salud en todas las políticas,** es decir esto implica partir por que la Subsecretaría de Salud asuma un rol de efectuar una evaluación sanitaria de las diversas políticas públicas a nivel nacional. Así como las Seremis deben hacerlo a nivel regionales y territorial, incluyendo el impacto de proyectos de diversa naturaleza.
- **Mantener el SIL dentro de la cobertura de salud financiado con los recursos del Fondo.** Una separación del Seguro de Incapacidad Laboral (SIL) de la institucionalidad de salud, que está establecida en la COMPIN, implica una pérdida de la mirada sanitaria respecto de las licencias médicas, pudiendo primar visiones que tiendan a limitar un derecho. Es fundamental fortalecer la gestión de la COMPIN desde los sistemas informáticos que tiene a su disposición hasta lo relacionado a personal para lograr responder de una mejor forma a las necesidades de la población

## 8. Sistema de Planificación de Recursos Humanos de salud (RHS).

- Se debe contar capacidad de planificar, definir los perfiles de RHS que requiere la Red según macrozonas, el cual debe ser vinculante respecto de las Universidades que sean financiadas por el Estado y que accedan a gratuidad y hagan uso de los campus clínicos de la red pública.
- Es imprescindible contar con estudios e información que permitan la normalización de las dotaciones y cerrar las brechas del conjunto del equipo de salud de acuerdo con metodologías estandarizadas, se debe contar con un panel asesor que permita dar respuesta a las necesidades cambiantes de la población.
- Se debe implementar un sistema de planificación de RHS, cuyos productos sean vinculantes y tengan la capacidad de incidencia suficiente sobre los otros procesos de planificación sanitaria, en especial de los proyectos de inversión hospitalaria. La determinación de las necesidades de personal de los establecimientos de Salud, es decir, establecer la cantidad y cualidad de personal que requiere la red asistencial para cumplir con la cartera de servicios requerida, debe basarse en las demandas de salud de la población, considerando la carga de enfermedad poblacional según territorio y su complejidad social. Lo anterior, siempre mirado desde el punto de vista del equipo clínico de salud de acuerdo con la definición de estándares. Las políticas públicas en esta materia deben considerar:
  - El reconocimiento Normativo de la Relación Asistencial Docente, su regulación y planificación con el Mundo Formador.
  - Las sinergias entre los formadores del RHS y red prestadora.
  - El Rol formador del Sistema Sanitario en la definición del perfil del RHS.
  - Estandarización de tareas y definición responsabilidades, que permita mejorar las capacidades de los propios Servicios de Salud regionales en la Planificación del RHS.
  - Fortalecer los sistemas de registro y monitoreo del personal de salud, a través del mejoramiento de las tecnologías de la información, esto no solo con propósito normativo y de remuneraciones, sino con propósito de planificación sanitaria.
  - Institucionalización efectiva a través de marco normativo, de instancias de coordinación entre MINSAL, universidades y gremios, de manera vinculante.
  - Monitoreo de la movilidad público-privada y las migraciones de profesionales (territorialmente y entre el sistema público-privado).
  - Abrir el debate de la sustitución horizontal y vertical de funciones entre profesionales médicos y no médicos.
  - La incorporación vinculante con las estrategias de salud a nivel programático
  - La evaluación de los modelos de trabajo propuestos.

- Se debe considerar en la planificación del RHS, los distintos niveles de complejidad de las acciones de salud, las que van desde la ejecución de funciones de, prevención, vigilancia, promoción en salud y fiscalización pública y usando los sistemas de caracterización de modelos de gestión de complejidad, de modo de establecer estrategias que aseguren equipos idóneos desde el punto de vista técnico y motivacional, favoreciendo el logro de los objetivos estratégicos.
- **Procesos de reclutamiento y mantención del RHS.** Es vital establecer procedimientos normados de incorporación del personal sanitario, que permita lograr que todas las instituciones que componen el Sector Público de Salud cuenten con el personal idóneo para alcanzar las metas institucionales, considerando las actividades de reclutamiento, selección y acogida e integración de personas.
- Sistema de Formación, Educación, perfeccionamiento intersectorial e interdisciplinario continuo del RHS. Es necesario contar con estrategias de Educación y Perfeccionamiento Continuo del RHS que incorpore a todo el equipo de Salud. Se debe contar con el reconocimiento de al labora formadora del sistema sanitario chileno, tanto en la formación interprofesional como en la labor que realiza los centros formadores. La estrategia que se propone, debe contener elementos concretos que vinculen los perfiles del personal con las brechas de competencias que requiere el SNS en sus distintos niveles, se debe avanzar en el reconocimiento y fortalecimiento de la especialización del RHS necesario para la realización de las distintas acciones de salud, se debe avanzar en un marco normativo que regule el establecimiento de los perfiles, su mecanismo de cierre de brecha, la participación de los representantes del RHS y la transparencia y participación en los procesos de compras que impidan la corrupción y faltas a la probidad.
- Sistema de Fortalecimiento de la Carrera funcionaria del RHS y política de incentivos. Se requiere, que, con la finalidad de alcanzar un funcionamiento adecuado de la carrera de los funcionarias y funcionarios del sistema sanitario, perfeccionar en forma continua los procesos de evaluación de desempeño y capacitación pertinente, en base a la aplicación de metodologías de definición de cargos y perfiles. Es imprescindible, efectuar anualmente procesos correspondientes de promoción y ascenso, calificación, capacitación, mantención, aplicando estrategias de orientación a los funcionarios sobre sus derechos, así como de difusión de resultados y mecanismos que aseguren la oportunidad, transparencia y adecuación de los procesos. Se debe contar con una instancia, tipo mesa técnica, con representación de los funcionarios/as de todos los estamentos y Subsecretarías, con el propósito de realizar el control y monitoreo del cumplimiento de la norma y que

permita asesorar a la autoridad en estrategias de mejora continua. Los incentivos deben ser necesariamente orientados al mejoramiento de la atención a la población y deben contar con la participación y representación de los funcionarios. Parte del sistema de incentivo debe contener la Formación, Educación y Perfeccionamiento Continuo del RHS, esto permitirá generar incentivos a los trabajadores para el perfeccionamiento de su desempeño, considerando que las técnicas y tecnologías en salud son un proceso de constante cambio.

- **Determinación de Brechas remuneraciones del RHS.** Se debe elaborar un estudio de brechas de remuneraciones del profesional sanitario, que permita establecer las diferencias en remuneraciones que existen entre las misma función y desempeño respecto a otras, es decir, al igual trabajo misma remuneración, para ello se debe estandarizar los desempeños de las distintas áreas de trabajo, considerando las competencias y complejidad la función del trabajo que se desempeña.
- **Ambientes laborales y Calidad de Vida Laboral.** En coherencia con las Normas de Aplicación General en materias de Gestión y Desarrollo de Personas, impartidas por la Dirección Nacional del Servicio Civil, en el marco de la Ley N°20.955, se deben desarrollar estrategias y acciones que promuevan ambientes laborales saludables, de mutuo respeto y no discriminación, así es como los Servicios de Salud deberán: Desarrollar un **Programa de Calidad de Vida Laboral**, con el objeto de lograr mejores grados de satisfacción y bienestar físico, psicológico y social por parte de los funcionarios en su labor y en su entorno de trabajo, con el fin de cumplir con los objetivos institucionales y así entregar mejores servicios a la ciudadanía. Este programa deberá abordar aspectos o acciones a nivel individual de los funcionarios, del ambiente de trabajo y de la organización.

Este programa deberá contar con el recurso humano y financiamiento exclusivo, cuya continuidad no dependa de la dirección de turno. Además, este programa realizará **evaluaciones regulares del estado de los ambientes laborales**, mediante instrumentos que, de acuerdo con la normativa vigente y las necesidades específicas, permitan tener evidencia para generar acciones de promoción, resguardo y mejoramiento de las condiciones y ambientes de trabajo para los funcionarios. Asimismo, deberán implementar programas o planes de intervención para mejorar aquellos aspectos en que, producto de la evaluación efectuada, se constaten brechas. Las acciones desarrolladas en este ámbito deberán garantizar la participación de los funcionarios y sus Asociaciones. **Elaborar y aplicar un protocolo de conciliación trabajo-familia**, para compatibilizar las responsabilidades laborales con las familiares y personales de sus funcionarios, que consideren, entre otros, las características de la organización del trabajo, de sus personas y principales

tensiones conciliatorias. Para elaborar este protocolo, los servicios deberán realizar diagnósticos que evidencien sus necesidades particulares y tensiones conciliatorias, según datos sociodemográficos de la organización a su vez se ejecuten programas de abordaje con recursos dirigidos a la solución de este tipo de tensiones.

**Elaborar, aplicar y difundir, un procedimiento de denuncia e investigación del maltrato, acoso laboral y acoso sexual**, teniendo presente la normativa vigente. Adicionalmente, deberán elaborar y desarrollar planes anuales de prevención y seguimiento del maltrato, acoso laboral y sexual, para promover el buen trato, ambientes laborales saludables y respeto a la dignidad de las personas, considerando acciones de difusión, sensibilización, formación y monitoreo, entre otras.

9. **Planificación de la inversión en infraestructura sanitaria**, en materia de **infraestructura sanitaria**, existen dos modelos: el tradicional o sectorial y el modelo de concesiones hospitalarias. En ambos casos estamos en presencia de formas en que se depende de actores privados con fines de lucro para efectuar el proceso, y en ambos casos se han detectado dificultades. Un elemento que resulta de vital importancia es que la política de inversión en salud carece de una mirada de Estado, en tanto política inter-temporal.

- **Rechazamos la aplicación de la modalidad de concesiones** en infraestructura en salud.
- Si bien, la modalidad de concesiones no debe ser utilizada, la existencia de establecimientos bajo esta modalidad obliga a hacer modificaciones en los diversos contratos para cambiar los mecanismos de pago bajo todo evento, a pagos según desempeño de la concesionaria. Así también se requiere hacer un cambio legal que **permita que la inspección fiscal en la fase de operación sea de responsabilidad del Ministerio de Salud y no de Obras Públicas**.
- Un elemento que vital es avanzar en mejorar la institucionalidad. **Para estos efectos se propone generar o fundar una Agencia Pública de Inversión en Salud**. Esta institución deberá tener a su cargo la planificación de inversión en salud, generando planes de inversiones *al menos a quince años*, así como coordinar los diversos equipos que hoy existen en los servicios. En esta agencia deberá existir un diagnóstico claro de la real capacidad que se posee para ejecutar procesos de inversión, de manera que la gestión de los proyectos sea exitosa.
- Por otra parte, el proceso de estudios de pre-inversión se debe simplificar. **El proceso de diagnóstico de infraestructura e instalaciones resulta largo e ineficiente, esto se puede simplificar mediante estudios con coeficientes técnicos, sin tener que levantar uno por uno cada uno de los servicios**. Adicionalmente se debe avanzar a la generación de bases tipo para efectos de acortar los tiempos.
- Respecto de las modalidades de provisión, es necesario hacer algunas modificaciones. **En relación con la modalidad sectorial se puede introducir la licitación de diseños estandarizados de infraestructura, que sean flexibles y que**

**cuenten con participación social en sus elaboraciones. Lo anterior permitirá acortar costos y tiempos.**

#### 10. Participación y vinculación de la comunidad

Deben impulsarse instancias de trabajo intersectorial permanente, con participación de especialistas y de representantes de la comunidad con vinculación efectiva, para construir e implementar efectivos mecanismos comprometidos con la promoción de la salud, prevención, tratamiento precoz, efectivo y resolutivo, rehabilitación, integración socio comunitaria y rehabilitación.

Debe asegurar que a través de las instancias formalmente existentes y de otras que sea necesario desarrollar, la comunidad y los usuarios estén representados en la gestión y operación de todos los dispositivos de la red pública de salud, de modo de incidir en su rediseño para mejorar su efectividad y calidad, medida con indicadores que además de tener sentido técnico sanitario, tengan legitimidad socio comunitaria.

### Fortalecimiento de política sanitaria

#### 11. La Salud Sexual y reproductiva

- Acceso a la atención igualitaria, no discriminatoria, no sexista para mujeres, hombres, lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (garantizar tratamiento farmacológico, endocrinológico, cirugías de adecuación corporal y acompañamiento en salud mental al usuario y su familia). Es importante tener profesionales altamente calificados en programas especializados en polos de desarrollo nacional con una importante capacitación en primer nivel de atención que permita una continuidad de los cuidados en los territorios, respetando el ámbito de competencia de cada profesión. La alianza con educación es muy importante para el trabajo con jóvenes en espacios respetuosos que debieran ser por norma espacios creados con personal sanitario en los colegios ya que la experiencia de funcionamiento de dichos espacios en los colegios asegura que este grupo etario se acerque a los espacios escolares a buscar consejerías de anticoncepción o VIH y enfermedades de transmisión sexual, entre otros.
- Regular el acceso y las prestaciones con el resguardo ético correspondiente para personas con problemas graves de salud mental (por ejemplo, esterilización no consentida o también el impedimento de tener hijo/as)
- Pesquisa activa de VIH y acceso a tratamiento universal.
- El Estado debe garantizar los derechos sexuales y reproductivos libre y resguardar mientras eso pase que se cumpla la ley actual de aborto en las 3 causales. Partiendo por eliminar la objeción de conciencia institucional y regular la objeción de conciencia individual que atenta gravemente con el acceso sobre todo a mujeres de regiones que deben trasladarse grandes distancias con el consiguiente gasto de bolsillo y alejamiento de la familia.
- Todo esto es solo posible si se realiza un trabajo de formación y capacitación sobre derechos sexuales y reproductivos, asociado a un proceso contante de sensibilización a los equipos sanitarios en todos los niveles de atención, así como

también la vinculación con la formación en pregrado (cambios curriculares necesarios) como la formación de especialidad influyendo en las mayas curriculares de especialidades asociadas de distintas etapas de la vida.

## 12. Salud del niño y el adolescente

Para dignificar y humanizar los cuidados de los niños y adolescentes, se propone:

- Alianza y trabajo intersectorial con ministerio de educación es muy importante para el trabajo con niños y adolescentes en espacios amigables que debieran ser por norma espacios creados con profesional sanitario en los colegios, asegurando que este grupo etario se acerque a conductas de vida saludable con un real enfoque en la promoción de salud, prevención de accidentes y enfermedades.
- Alianza y trabajo intersectorial con ministerio de desarrollo social, el cuidado de niños en condiciones de vulnerabilidad en sus derechos fundamentales.
- Asegurar la atención de salud con lógica sanitaria a niños y adolescentes institucionalizados en centros de menores.
- Reestructuración profunda de Servicio Nacional de Menores.

## 13. Salud mental.

Temas en los que se debe avanzar:

- Debe existir un trato igualitario para la atención en Salud Mental, esto implica eliminar la discriminación a las enfermedades mentales. Reconociendo que la salud mental tiene impacto directo en las personas y en el entorno familiar y comunitario a corto mediano y largo plazo. El presupuesto destinado a salud mental debe incrementarse progresivamente, alcanzando en 5 años la cobertura del gasto real en salud. El incremento debe apuntar a resolver la inequidad de acceso, particularmente a prestaciones psicosociales, y a mejorar la calidad de estas. Garantizando y priorizando la atención por intento de suicidio.
- Se debe dar atención al trauma complejo.
- Ampliar la oferta disponible para el tratamiento de adicciones, mediante centros de referencia y dependencias.
- Considerando la salud como un derecho humano con un enfoque integral y multidimensional, debe quedar explícita lo imperativo que es la salud mental en las políticas públicas y regulaciones en este ámbito.
- El MINSAL debe explicitar su genuino compromiso con las definiciones técnicas del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, reimpulsando el desarrollo de las redes públicas de salud mental, actualizándolas y revitalizándolas en forma transparente y explícita, tras una discusión que priorice los intereses de la población por sobre las agendas personales y corporativas, cuyo impacto de mediano y largo plazo sea evidentemente opuesto a los intereses de los usuarios y las comunidades a que debieran servir. A partir del reconocimiento de la determinación social de los procesos: salud-enfermedad y atención mental; Los procesos de capacitación, educación

continua, formación y destinación de recursos humanos y la relación del MINSAL como financiador y empleador, deben alinearse imperativamente con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y mejorar la oportunidad de la atención continua de salud mental y psiquiatría a nivel secundario y terciario.

- Debe reimpulsarse un programa nacional de aseguramiento de calidad en el trabajo de salud mental, que permita resolver las brechas existentes, sobre la base de una medición con los mismos criterios recién señalados.

#### 14. Salud Odontológica

- Incorporar programas de prevención y promoción de la salud en la comunidad el sistema educativo local e incorporar tiempos y recursos protegidos de cepillado en escuela y trabajo en conjunto con garantizar los espacios para que esto se lleve a cabo.
- Garantizar atención dental a los grupos vulnerables crónicos reconocidos.
- Programas especiales para trabajadores considerando atención en horas no laborales.
- Programa para garantizar atención dental para los adultos mayores.
- Reforzar el plan nacional de salud bucal, aumentando cobertura de atenciones y recursos.

**15. Sistema Nacional de Cuidados en el hogar:** Se requiere de un sistema nacional que integre, en un conjunto coherente, políticas adecuadamente financiadas que permitan apoyar a las personas en situación de dependencia y/o discapacidad y sus cuidadoras/es, que sirva de articulador intersectorial para garantizar sus derechos y plena participación. Esto implica:

- Crear un registro nacional de cuidadores en el hogar acreditados dependiente de MINSAL.
- Facilitar el acceso a servicios integrales de salud física y mental.
- Establecer un monto mínimo mensual para el cuidador en el hogar destinado de forma permanente a esta labor.
- Garantizar derechos laborales y previsionales en relación con el trabajo de cuidados en el hogar.
- Promover la máxima participación posible en la sociedad, incluyendo apoyo a cuidadores para realizar otros trabajos, participación social y política, acceso a educación, actividades culturales y recreativas, entre otras necesidades que deben identificarse sobre la base de diálogo continuo en las comunidades en que desarrollan sus vidas.

Actualmente existe una alta proporción de personas en situación de dependencia que, considerando que problemas como la demencia aumentarán ostensiblemente su prevalencia en la próxima década, tenderá a aumentar en los próximos años. Es necesario reconocer el valor de un trabajo actualmente no remunerado, precarizado y con una alta carga para la salud física y mental que recae desproporcionadamente sobre mujeres, socializando y dignificando el trabajo de cuidados.



## 16. Salud del Adulto Mayor

Dignificar y humanizar los cuidados de las personas adultas mayores (AM) y dado el aumento de esta población, se propone:

- Resguardar un ingreso mensual que satisfaga sus necesidades, equivalente al sueldo mínimo.
- Resguardar el tiempo destinado al cuidado por sus redes de apoyo.
- Fortalecer el programa nacional de las personas adultas mayores a cargo del MINSAL con enfoque preventivo.
- Requiere profesionales calificados e integrales para la promoción de la salud y prevención de lesiones y pesquisa precoz de alteraciones de salud.
- Cuidado de personas AM dependientes, casos sociales y sus redes de apoyo.
- Regulación de la institucionalización de los AM.
- Fortalecer el trabajo intersectorial para incorporar al AM socialmente.
- Cobertura total del gasto en salud.



Organizaciones que participan en la elaboración de la propuesta:

Secretaría de Salud de la CUT Dr. Salvador Allende.

- Confederación Nacional de Asociaciones Funcionarios Técnicos en Enfermería de Chile, CONAFUTECH.
- Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud, CONFEDEPRUS.
- Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud, CONFENATS.
- Confederación Nacional de la Salud Municipal, CONFUSAM.
- Confederación Nacional FENATS Unitaria, FENATS UNITARIA.
- Confederación FENATS Nacional, FENATS NACIONAL.
- Confederación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud, FENPRUSS.
- Federación de Asociaciones de la Salud Pública, FEDASAP
- Federación Nacional de Sindicatos de la Salud Privada y afines, FENASSAP.
- Federación Nacional de Trabajadores de la Salud Privada, FENATRASAP
- Federación Nacional de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública, FENFUSSAP.
- Federación Nacional de Asociaciones de Funcionarios Técnicos de los Servicios de Salud, FENTESS.
- Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile, FENASENF
- Agrupación Nacional de Empleados Fiscales, ANEF.
- Asociación de Funcionarios y Funcionarias Subsecretaría de Redes Asistenciales, AFURED.