

Septiembre 2020

# Propuesta programática para el fortalecimiento de la red pública de salud

**Ideas para enfrentar la post-pandemia**



***Fenpruss***

Confederación Nacional de Profesionales  
Universitarios de los Servicios de Salud

# Presentación

Desde el inicio de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Chile, la Confederación Fenpruss ha estado disponible y dispuesta a cooperar con las autoridades para buscar e implementar soluciones que articulen eficientemente todos los recursos de la red asistencial de salud, para así poder garantizar la entrega de prestaciones y el resguardo de la vida de la ciudadanía.

Como profesionales de la salud, somos plenamente conscientes de nuestra responsabilidad asistencial y de nuestra importancia para responder y resolver las necesidades de salud de nuestra población a lo largo del país.

La pandemia que nos afecta ha puesto a prueba nuestro sistema de salud y su red asistencial como nunca antes en la historia. Hoy, a 7 meses del primer caso confirmado en nuestro país, el virus continúa circulando en nuestra comunidad, demostrando así lo complejo que ha sido su control sanitario. Los nuevos brotes que hemos conocido en distintas zonas del país nos recuerdan que el COVID-19 continuará representando una gran amenaza hasta que no exista una vacuna. En este escenario de incertidumbre sanitaria, la posibilidad de restablecer relaciones sociales y las interacciones entre personas con normalidad se hace cada día más complejo.

Por ello, como Confederación Fenpruss, sabemos que debemos estar preparados/as y anticiparnos a los requerimientos de salud que han sido postergados por el contexto de la crisis sanitaria, especialmente las prestaciones habituales que se entregan en los establecimiento de salud de la red pública, lo que significará un incremento importante en las consultas médicas de especialidad, prestaciones diagnósticas, cirugías y atenciones GES que obligatoriamente han sido postergadas por el ordenamiento sanitario impuesto por la autoridad.

Con el objetivo de aportar en este potencial escenario futuro de exigencia asistencial, como organización sindical que reúne a todas, todes y todos los profesionales de la salud pública de Chile, hemos querido generar un documento que sintetiza nuestra propuesta asistencial en salud, para que se sume o complemente otras propuestas que puedan surgir desde otras organizaciones o instancias, y que apunten a superar esta situación y dar respuesta a aquellas personas que están a la espera de sus soluciones en salud que no están relacionadas con el COVID-19.

Esta propuesta sanitaria y asistencial fue trabajada por una Fuerza de Tarea que convocó a dirigentes y dirigentes de nuestra organización, a quienes sinceramente agradecemos su compromiso y dedicación con la salud pública de Chile. El documento pone el acento en materias que nuestra organización ha defendido por años en su camino sindical de fortalecimiento de la salud pública en Chile y que hoy son más urgentes que nunca.

Aldo Santibáñez Yáñez  
Presidente Nacional  
Confederación Fenpruss

# Resumen ejecutivo propuestas

## Preparación de la red

- Mantener el número de camas UCI de adulto a nivel país en al menos 1500 camas en el sector público, y aumentar la capacidad de camas UTI para que sirvan de soporte a las anteriores. Esto implica también, junto con la inversión en infraestructura, equipos y equipamiento; asegurar la cantidad de personal de salud necesario para su funcionamiento.
- Realizar el diagnóstico global de la brecha de inversión en la red de salud pública de país en todos los niveles de atención, para de esta manera definir las líneas de base para un plan de inversión plurianual como política pública permanente
- Fiscalizar adecuadamente la entrega de los Elementos de Protección Personal (EPP) al personal de salud (y su uso correcto), así como los sistemas de eliminación de dichos residuos, cumpliendo con las normas sanitarias respectivas. Mantener los precios de los EPP.
- Implementar ficha única electrónica en la red pública de salud.

## Protección del personal de salud

- Generar programas de seguimiento y atención en salud mental para el personal de salud.
- Generar las modificaciones administrativas necesarias que garanticen que el personal pueda tomar sus vacaciones y tener los descansos respectivos, así como avanzar en instrumentos legales que le otorguen mayores beneficios en materias de descanso considerando el trabajo realizado hasta la fecha.
- Reconocimiento pecuniario a los trabajadores/as de la salud que han estado laborando en el marco de la pandemia.

## Salud y pueblos originarios

- Normalizar condiciones contractuales de Facilitadores/as Interculturales y aumentar su planta para abordar las necesidades de las comunidades indígenas del país, garantizando los EPP correspondientes.
- Adecuar estrategia TTA con pertinencia cultural para comunidades y asociaciones indígenas, y a cargo de facilitadores interculturales.
- Retomar las prestaciones postergadas en salud, como el avance de los partos interculturales de los pueblos originarios, como también realizar un óptimo seguimiento estadístico que permita monitorear su cumplimiento.

## Modificaciones al Seguro de Salud

- Avanzar en el horizonte a la creación de un Seguro Único en Salud.
- Creación de un Plan de Salud Nacional garantizado a toda la población.
- Creación de un Fondo Mancomunado Nacional de Salud, que se componga con financiamiento del 7% de los cotizantes de FONASA e ISAPRE de manera progresiva, y además con aportes fiscales de crecimiento progresivo. El Fondo Mancomunado Nacional en Salud financiará de manera progresiva beneficios universales comenzando con el financiamiento de medicamentos de alto costo y la atención primaria dentro del primer año, continuando en el siguiente año con la cobertura de la totalidad de medicamentos y agregando beneficios de manera progresiva hasta completar todo el financiamiento del Plan de Salud Nacional.

## Antecedentes

COVID-19 es una infección causada por el coronavirus SARS-CoV-2 (WHO 2020). Se identificó por primera vez en Wuhan, China, el 31 de diciembre de 2019 [2Hui2020]; tres meses después, se identificaron casi medio millón de casos de contagio en 197 países. El 11 de marzo de 2020, la OMS caracterizó el brote de COVID-19 como una pandemia.

El virus ha aumentado la carga asistencial en los sistemas de salud de todo el mundo, donde además de la atención a la población afectada por el COVID-19, se debe atender otras enfermedades que requieren tratamiento, como procedimientos de urgencia o control de enfermedades crónicas.

Este nuevo escenario mundial ha interpuesto nuevos desafíos para todos los sistemas de salud. La OMS, en su reporte del 14 de abril de actualización de la estrategia frente al COVID-19, señala que los objetivos estratégicos mundiales son: **Movilizar** a todos los actores a actuar de manera articulada, **controlar** los casos esporádicos y grupos de casos y prevenir la transmisión comunitaria mediante la detección precoz y aislamiento, **contener** la transmisión comunitaria mediante la prevención del contagio, **reducir** la mortalidad prestando atención clínica adecuada y oportuna, y **desarrollar** terapias seguras y eficaces para la población.

## Control de la pandemia con estrategia de Trazabilidad

Para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, se ha definido a la Atención Primaria en Salud como una base esencial para la respuesta global al COVID-19, donde juega un rol central en el objetivo de controlar y contener la transmisión comunitaria, logrando diferenciar pacientes positivos mediante un diagnóstico temprano y un seguimiento oportuno. En esta línea, entre los principios fundamentales de la Atención Primaria en la respuesta sanitaria, se ha destacado el identificar y gestionar posibles casos lo antes posible, como también contactos para su aislamiento precoz.

Esta estrategia significa que los exámenes de diagnóstico deben estar ampliamente disponibles y las barreras para estos deben ser lo más bajas posibles, con instalaciones de prueba ubicadas dentro de los recintos de Atención Primaria de manera de poder evitar una sobredemanda en la atención terciaria y reducir el riesgo de transmisión.

Todos los países que han logrado mantener el virus del SARS-CoV-2 bajo control han tenido una amplia disponibilidad de exámenes de diagnósticos, combinado con un óptimo rastreo de contactos y el aislamiento precoz de los mismos. La justificación de esto es que las estimaciones actuales del número de reproducción básico (R0) de COVID-19 son alrededor de 2-3 . Para doblar la curva epidémica hacia abajo (que solo sucederá una vez que el número de reproducción efectivo  $R < 1$ ), debemos evitar el 50-70% de las posibles transmisiones. Se estima que las personas positivas de COVID-19 tienen mayor probabilidad de contagiar a otros antes y dentro de los 5 días posteriores al inicio de los síntomas. Dentro de los 5 días del inicio de los síntomas, la tasa de ataque fue del 1.0% (IC 95%, 0.6% -1.5%). Con exposiciones pre sintomáticas exclusivas, la tasa de ataque fue de 0.7% (IC 95%, 0.2% -2.4%), y con exposiciones 6 días o más después del inicio de los síntomas, hubo 0 casos

de 852 contactos (IC 95%, 0% -0.4 %). En este sentido, el aislamiento de casos y el de contactos son medidas clave para enfrentar al virus, y la experiencia COVID-19 de otros países lo demuestra con fuerza. Después de un resultado positivo de la prueba, esa persona debe aislarse para evitar la transmisión posterior. Se debe hacer un seguimiento de los contactos cercanos de la persona y aconsejar su aislamiento de manera preventiva. Estas medidas pueden prevenir una gran fracción de posibles cadenas de transmisión.

Nueva Zelanda, que ha aplicado una estrategia de vigilancia continua, ha reducido al mínimo la posibilidad de un brote comunitario. Entre el 22 de enero y el 12 de mayo las Juntas de Salud Distritales han llevado a cabo 197.0849 testeos, sobre una población de 4.951.500 habitantes, lo que equivale al 3,9% de la población. Los testeos se han guiado por un estricto control geográfico, basándose en su sistema de atención primaria en salud. De este modo, la política se ha focalizado en pesquisar y testear los casos sintomáticos, a la vez de contener a grupos de contagio.

El trabajo desarrollado por el personal de atención primaria considera el seguimiento y aislamiento rápido de los casos confirmados, posteriormente se procede a la búsqueda de los contactos cercanos confirmados o probables para su seguimiento, aislamiento y tratamiento.

Esta política de un rápido seguimiento y aislamiento de grupos de contagio o “clusters” ha sido clave en evitar que la enfermedad se propague aún más. Si bien existen clusters de diversos tamaños, para el gobierno de Nueva Zelanda se considera como “grupo significativo” cuando hay 10 o más casos confirmados o probables, conectados a través de la transmisión y que no son todos parte del mismo hogar (ejemplos de un cluster significativo es un grupo que asistió a un matrimonio, así como también los residentes de un hogar de ancianos).

Esta estrategia, sumada a un precoz cierre de sus fronteras, permitió que el 27 de abril su primera ministra anunciara la eliminación de la pandemia en el país, con 1122 casos detectados (80% recuperados) y 19 fallecidos.

## Retomar prestaciones postergadas

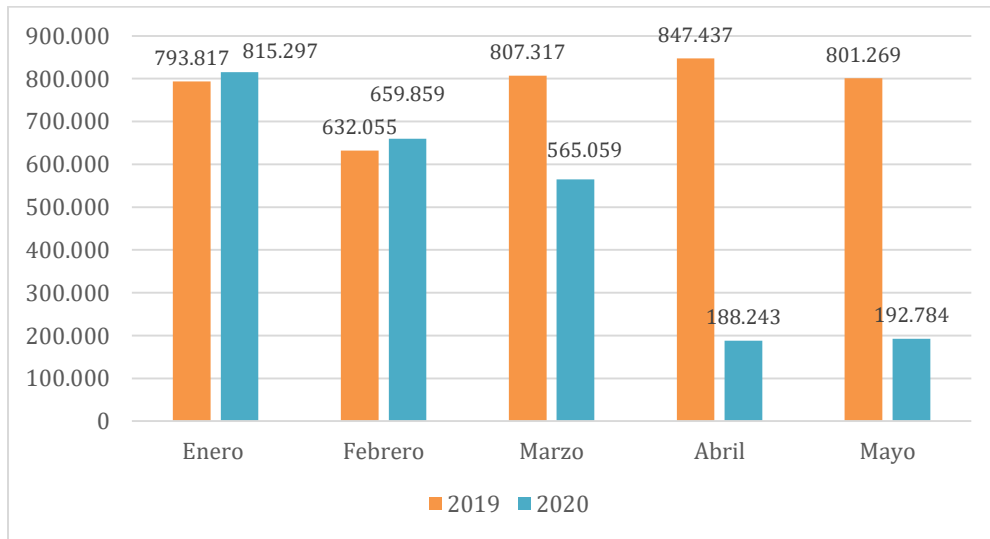
El confinamiento prolongado en nuestro país ha tenido como efecto reducciones en la actividad física y los aumentos correspondientes de los comportamientos sedentarios, alza en los niveles de estrés y acceso limitado a atención médica de rutina, lo que generaría una llamada “tercera ola” de enfermedades derivadas de estas consecuencias.

En algunos países se estima una disminución del 50-80% en el número de casos nuevos de pacientes con ACV que podrían haberse beneficiado de terapia y no ingresaron a los hospitales. En Inglaterra se registró una reducción de 40% (IC 95%: 37-43) en las hospitalizaciones por síndrome coronario agudo. España reportó una disminución de 71% en la media de ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca en el primer mes del confinamiento, en comparación a los tres años previos.

En nuestro país, la magnitud de este fenómeno aún no ha sido evidenciada en publicaciones científicas, aunque reportes preliminares han encontrado disminuciones de las consultas por ACV y de las notificaciones de enfermedades GES.

Los datos que se conocen en Chile sobre el impacto en las acciones de salud que se efectúan en la red, muestran que la crisis sanitaria golpea con mucha fuerza. Desde el punto de vista de las consultas nuevas de especialidad y los controles, se puede apreciar una caída entre enero y mayo en 1.460.653 atenciones respecto del 2019.

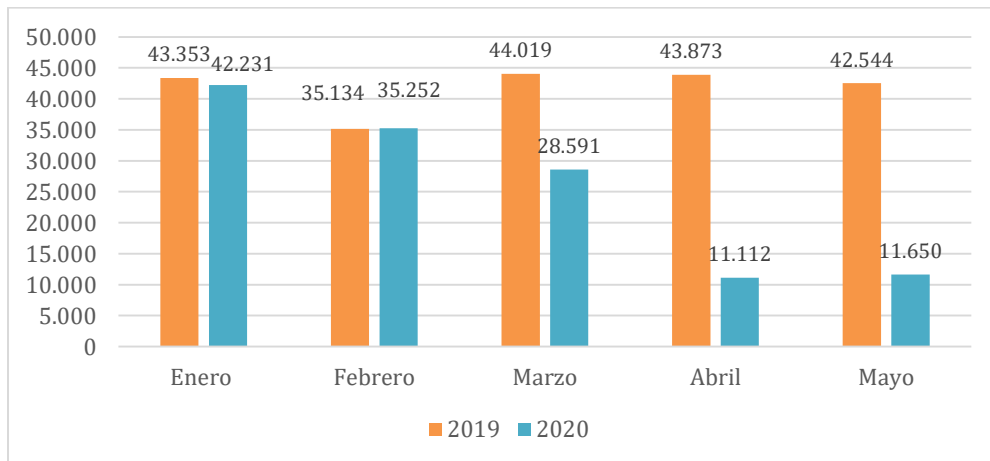
**Gráfico 1. Producción de consultas y controles de especialidad**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos MINSAL.

En relación con la productividad de los pabellones también se puede apreciar una disminución significativa en la cantidad de intervenciones comparando con el 2019. El descenso es de un 38%, lo que implica 80.087 intervenciones menos entre enero y mayo.

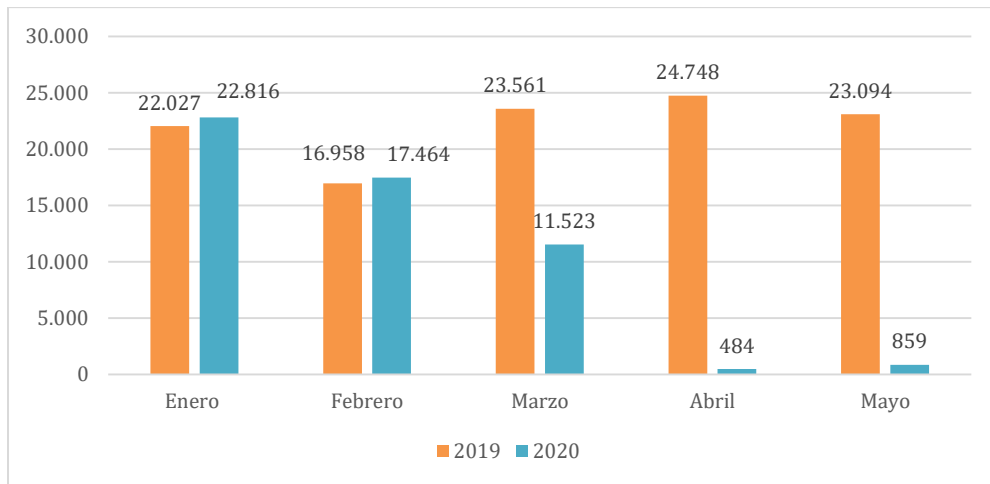
**Gráfico 2. Producción intervenciones quirúrgicas**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos MINSAL.

Respecto de la producción de altas odontológicas, estas son el tipo de prestaciones de salud que más se vieron afectadas por la crisis sanitaria. En particular, en los meses de abril y mayo la producción casi fue ninguna. En relación con la producción 2019, hay un descenso de 52%, lo que se traduce en 57.242 altas odontológicas menos.

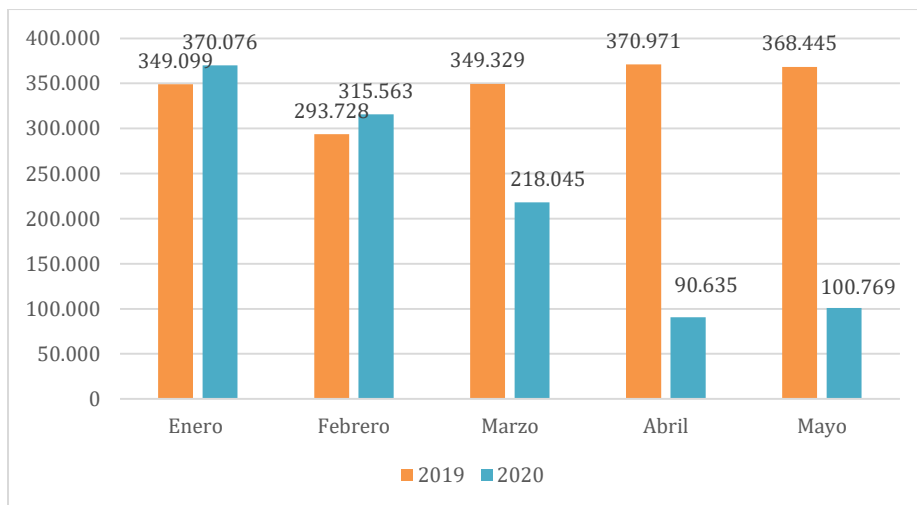
**Gráfico 3. Producción de altas odontológicas**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos MINSAL.

Otra área en que se puede ver la afectación de la red asistencial producto de la crisis sanitaria es en la generación de garantías de oportunidad. Entre enero y mayo se produce una disminución de 37%, lo que implica 636.484 garantías no generadas.

**Gráfico 4 Generación de garantías de oportunidad (GES)**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos MINSAL.

# Propuestas de fortalecimiento de la red pública de salud

## Ampliación de la capacidad de camas críticas y del personal de salud

La crisis sanitaria producto del COVID-19 estará dejando una gran cantidad de atenciones de salud pendientes o en lista de espera, lo que implica una enorme cantidad de demanda sanitaria no satisfecha. En este sentido la expansión de la capacidad de la red asistencial producto del COVID-19 debe mantenerse al menos parcialmente para enfrentar esta mayor demanda asistencial. Pensamos que la expansión de las camas críticas deberían quedar en 1500. Esto implica que se debe ampliar la cantidad de personal para el funcionamiento de las camas adicionales y cerrar brechas de dotación. La distribución final de las camas debe considerar las posibilidades de absorber la mayor demanda por un posible nuevo brote de COVID-19, así como la demanda sanitaria no satisfecha.

Es necesario que las camas críticas que queden en el sistema de salud sean distribuidas adecuadamente en los centros de atención, teniendo en consideración que la pandemia está lejos de ser erradicada mientras no se encuentre una vacuna, más aún con las actuales tasas de positividad en regiones y con el alto nivel de agotamiento el personal de salud, además de una creciente cantidad de contagiados en los hospitales públicos.

Por ello, proponemos como principales tareas de corto plazo:

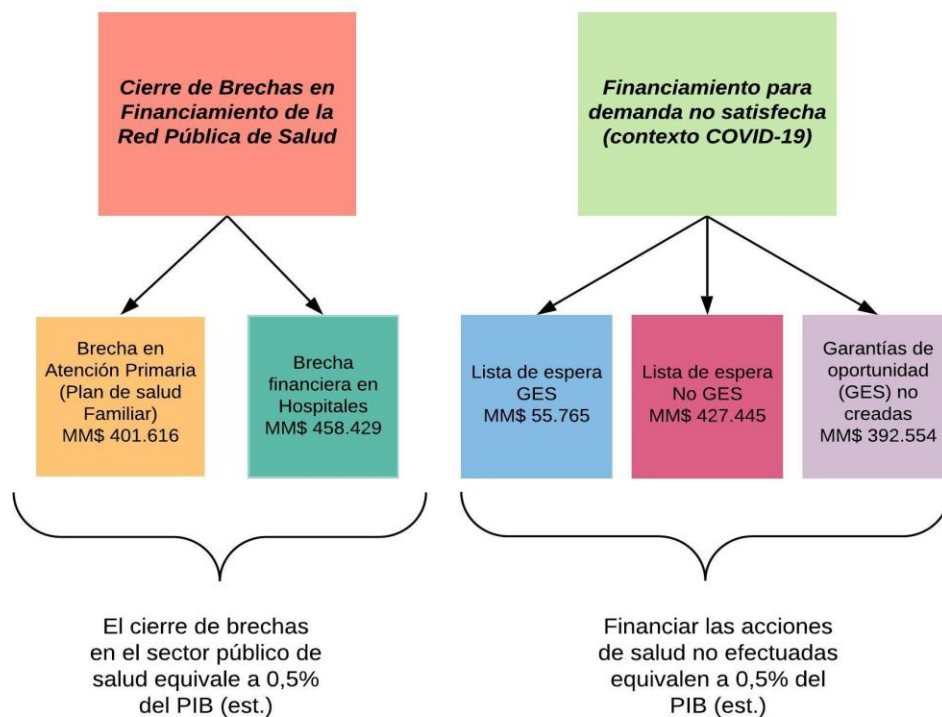
1. Mantener el número de camas UCI de adulto a nivel país en al menos 1500 camas en el sector público y aumentar la capacidad de camas UTI para que sirvan de soporte a las anteriores. Lo anterior implica también, junto con la inversión en infraestructura, equipos y equipamiento, parte importante ya realizada en la pandemia; regularizar las dotaciones del personal necesario para su funcionamiento de manera permanente.
2. Mantener las iniciativas del actual plan de inversión, acelerando los procesos de ejecución y el desarrollo de las iniciativas en estudio y diseño.
3. Revisar la política de concesiones o APP en la inversión en salud.
4. Realizar el diagnóstico global de la brecha de inversión en la red de salud pública del país en todos los niveles de atención, para de esta manera definir las líneas de base para un plan de inversión plurianual como política pública permanente que, junto con cerrar las brechas, se haga cargo de la reposición tanto de la infraestructura como de los equipos que cumplen su vida útil o quedan obsoletos.

Más allá del impacto que genera la inversión en infraestructura pública en salud en un proceso de reactivación económica, su objetivo central debe ser el aumentar de manera rápida la capacidad del sistema público para atender a toda la población, extendiendo la inversión en nueva infraestructura y equipos, y reponiendo la obsoleta, en los niveles primario, secundario y terciario.



La demanda sanitaria no satisfecha generada durante el 2020 debe ser principalmente resuelta en el sector público, no obstante, en caso de ser necesario efectuar uso de la capacidad instalada en el sector privado, esto debe ser realizado mediante fijación de precios por parte del FONASA, evitando sobreprecios por parte de los privados.

El aumento de capacidad de la red asistencial (camas y personal), la demanda de salud no satisfecha, así como las brechas de financiamiento, deben ser abordadas en el proceso de presupuesto de salud 2021. Esto requiere un aumento de recursos para el sector salud de al menos 1% del PIB o entre 17% y 20% de los recursos fijados en la Ley de Presupuesto 2020.



**El presupuesto de salud 2021 necesita idealmente un crecimiento entre 17% a 20% o un crecimiento equivalente a 1% del PIB**

Actualmente el gobierno aumentó el presupuesto 2020 en un 10%, lo que implica que este aumento debe mantenerse para el 2020 y adicionar entre 7% y 10% adicional.

## Funcionamiento seguro de la red asistencial

Se debe mantener en toda la red pública el cuidado del personal de salud mediante la entrega de EPP y continuidad de los protocolos, con sus respectivas actualizaciones. En este punto se requiere fiscalizar adecuadamente la entrega de los Elementos de protección personal (EPP) al personal (y su uso correcto), así como los sistemas de eliminación de los residuos que generan, cumpliendo con las normas sanitarias respectivas. Es menester salvaguardar los precios de los EPP y evitar las fallas de mercado de los insumos de protección personal.

Adicionalmente, en un contexto donde no se debe descartar posibles rebrotes de SARS-COV2, debemos potenciar la estrategia de salud digital y avanzar en la implementación de una ficha clínica electrónica única. Esto es vital para seguir potenciando la atención de salud no presencial y hacer más eficiente los procesos, logrando mejores resultados.

Fortalecer los equipos de control de IAAS, mediante recursos, capacitaciones y mayor personal. Urge trabajar en dicho punto evitando situaciones irregulares en la contratación de las residencias sanitarias y en otras contrataciones que se realicen. La pandemia no puede ser utilizada para inflar precios, ni menos para favorecer a determinadas empresas del sector salud.

## Reconocimiento a los trabajadores de la salud y su bienestar

A lo anterior, se debe agregar el seguimiento e intervención en la salud mental de los equipos que se han visto enfrentados a la pandemia, cautelando con ello la generación de climas laborales que permitan lidiar con el estrés presente en la atención de una población cada vez más demandante para efectos de la pandemia. Se requiere, entonces, fortalecer los equipos, contratar los profesionales necesarios y generar estrategias universales a la hora de llevar a cabo dichas intervenciones, considerando a todo el equipo de salud.

Se debe sumar en este punto la necesidad de generar las modificaciones administrativas necesarias que garanticen que el personal pueda tomar sus vacaciones y tener los descansos respectivos, así como avanzar en instrumentos legales que le otorguen mayores beneficios en materias de descanso, considerando el trabajo realizado hasta la fecha. Se debe generar, además, un reconocimiento pecuniario a los trabajadores/as de la salud que han estado laborando en el marco de la pandemia.

Es importante avanzar en fortalecer las Unidades de Salud de los Trabajadores existentes en los Servicios de Salud, y seguir en la línea de algunos beneficios de prestaciones generadas desde los Bienestares para atender a los funcionarios imponentes afectados por el COVID-19.

No es menor la necesidad de generar sistemas de reconocimiento a las y los trabajadores en el pago, por ejemplo, de las deudas CAE por parte del Estado, y avanzar también con medidas tendientes a mejorar las condiciones de los trabajadores que se desempeñan en sistema de trabajo remoto. Materias como la conciliación de la vida familiar con el trabajo son elemento que urgen revisar<sup>1</sup>. Esta situación debe ser reconocida por la autoridad específicamente por las áreas grises legales existentes, y no se debe aceptar innovaciones en esta materia que definitivamente perjudique a los trabajadores de la salud.

---

<sup>1</sup> Trabajar en tiempos de pandemia <https://publicservices.international/resources/publications/trabajar-en-tiempos-de-pandemia---informe-de-resultados?id=11112&lang=es>

## Garantías de resguardo y ampliación de avances en atención de salud para pueblos indígenas

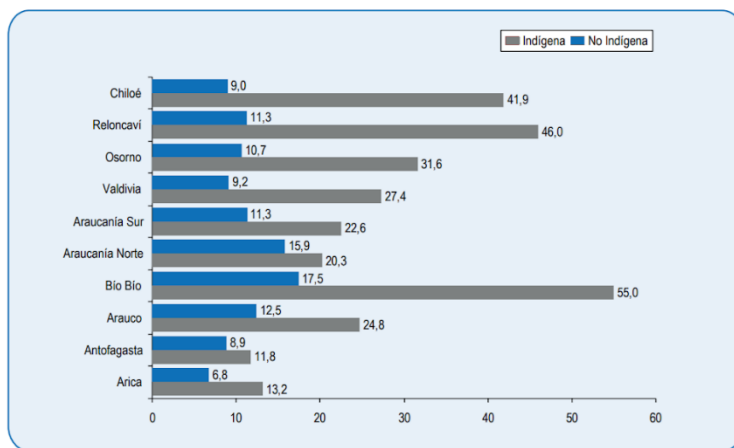
Actualmente Chile cuenta con 10 pueblos indígenas formalmente reconocidos, con una población total de 2.185.792 habitantes (12,8% de la población nacional según Censo realizado sin el pueblo chango).

La pobreza en la población indígena en general alcanza un 14,5%, mientras en no indígenas un 8%, brecha que aumenta en el caso de la pobreza multidimensional, que vincula a la población indígena con un 30,2% respecto de un 19,7% de la población no indígena.

Estas inequidades materiales se vuelven más complejas en materia de atención sanitaria dado el carácter hegemónico del sistema de salud occidental. Así, otros sistemas de salud se ven invisibilizados, siendo irrelevante la cultura de origen del usuario en el tratamiento de las enfermedades, no distinguiendo si ella responde al modelo médico occidental o es una enfermedad existente y tratable en otro modelo de sanación (indígena por ejemplo), errando el diagnóstico y agravando la situación.

Ello provoca que, por ejemplo, el riesgo de morir antes de cumplir un año en niños mapuche cuadruplica el de los no mapuche en la Provincia de Chiloé, y lo septuplica en el área de cobertura del Servicio de Salud Reloncaví. Sobre las enfermedades cardiovasculares, las y los indígenas residentes en el área de cobertura del Servicio de Salud Chiloé tienen un riesgo 250% más elevado de morir por causas asociadas a ECV que los no indígenas.

En el ámbito de la salud mental, la tasa de suicidio de la población indígena triplica a la población no indígena, llegando a situaciones dramáticas en Bío Bío, Chiloé, Reloncaví y Osorno, donde incluso se quintuplica en tasas sobre 1000 habitantes.



Fuente: Pedrero Malva, 2013 (a); 2014; MINSAL 2009, 2010, 2011; MINSAL, 2012; MINSAL, 2009 (a) y (b); MINSAL, 2012 y 2013 (b)

En ese ámbito, las propias OOTT del Minsal en la materia señalan que su origen está cifrado en:

*“Los trastornos que más afectan a la población indígena están relacionados con depresión, suicidio y alcoholismo, lo que se explicaría porque los pueblos indígenas están expuestos a condicionantes, sociales, políticas, económicas y culturales particulares, diferentes a las de la población en general, que los hacen estar más propensos al padecimiento de cierto tipo de enfermedades clasificadas desde el sistema biomédico como ‘salud mental’<sup>2</sup>. Esto se debe comprender en el marco de las determinantes sociales estructurales e históricas que afectan a la población indígena, en el entendido de que las personas pertenecientes a pueblos indígenas han estado históricamente expuestas a situaciones de discriminación sistemática, desarraigo familiar y territorial y falta de oportunidades laborales, entre otras”<sup>3</sup>.*

Estas situaciones de desigualdad provocadas por el contacto entre dos o más sociedades distintas, con marcos culturales preexistentes distintos y formas de explicar, tratar y resolver las situaciones de salud y enfermedad particulares, no han sido consideradas por el Minsal ni por los establecimientos de salud durante la pandemia de COVID-19, y ha devenido en la supresión arbitraria de avances relevantes que durante los 20 años del PESPI (Programa Especial en Salud y Pueblos Indígenas) se habían obtenido; tales como partos interculturales (con acompañamiento, entrega de placenta, participación de agentes de salud, etc.) y las derivaciones y atenciones de especialistas de salud propios de PPOO. Se han suprimido tratamientos de enfermos de PPOO con autoridades de salud de PPOO, así como las instancias de diálogo y evaluación de las organizaciones sociales indígenas. Además se ha llegado a una práctica aún más precarizada de los escasos Facilitadores Interculturales que ya deben soportar condiciones contractuales desiguales a nivel nacional, llegando incluso a unas francamente abusivas.

Todo lo anterior en parte por el desconocimiento de los equipos y el Minsal, que no demostró adecuación alguna de las políticas sanitarias para los pueblos originarios. Menos aún se preocupó de resguardar y asegurar aspectos fundamentales de los modelos de salud de los pueblos originarios como el acompañamiento y la perspectiva social de las enfermedades, dos dimensiones fundamentales para los modelos de atención que operan en el territorio chileno hace más de catorce mil años.

Dicha omisión se expresa además en la ya cuestionada cobertura de las estrategias sanitarias para enfrentar el COVID-19, contemplando falta de pertinencia en el abordaje de la prevención con normas que no responden a la realidad cultural de los pueblos originarios. Estrategias articuladas, además, desde una óptica monocultural, con problemas para la atención de enfermos y el seguimiento y estudio de casos COVID-19, una deficiente vinculación entre la comunidad y el sistema de salud hegemónico occidental que deriva en la incomprensión por parte de los equipos acerca del impacto que tiene la pandemia en dichas poblaciones, con la consecuente incapacidad de prevenir, tratar y aislar.

---

<sup>2</sup> Orientaciones Técnicas para la atención en salud mental con pueblos indígenas, Minsal 2016. en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/028.MINSAL-salud-mental-indigena-2016.pdf>

<sup>3</sup> Idem

En ese marco, el propio informe del DEIS hasta julio de 2020, sobre el impacto del COVID en PPOO señala:

- 10.822 casos de COVID(+) pertenecen a alguno de los 9 pueblos originarios (el pueblo chango se incorpora a partir de septiembre)
- El 69% corresponde al pueblo mapuche (7466), el 12,4% al pueblo aymara (1344).
- El 42% de los contagiados a nivel país se encuentran entre los 20 y los 40 años.
- Se registran 209 fallecidos.
- En Arica y Araucanía los contagios de personas de PPOO ascienden al 20% del total.
- En términos de contagios totales, la región Metropolitana concentra 6263 casos de un total de 266.372.

Por lo anterior, se propone:

- Normalizar condiciones contractuales de Facilitadores Interculturales y aumentar su planta para abordar las necesidades de las comunidades indígenas del país.
- Adecuar estrategia TTA con pertinencia cultural para comunidades y asociaciones indígenas, a cargo de Facilitadores Interculturales.
- Asegurar disponibilidad de EPP para facilitadores y asesores interculturales, y para usuarios de acompañamiento.
- Resguardar avances en materia de partos interculturales: se denominan interculturales por desarrollar procesos terapéuticos indígenas al interior de establecimientos de salud. En ese marco, se requiere mantener los avances generados en materia de acompañamiento, entrega de placenta y apoyo medicinal, y evitar subsumir a la población indígena a las lógicas de atención occidentales.
- Cumplir con Norma 820 sobre registro estadístico, y publicar datos de manera periódica para estudio y análisis.
- Generar desde los servicios de salud apoyos y coordinaciones para retomar atenciones de salud indígenas (apoyo salvoconductos, traslados y monitoreo de necesidades).
- Reconocimiento sanitario del trabajo de autoridades tradicionales conforme al Convenio 169.
- Monitoreo de necesidades económicas y materiales para el apoyo en gestiones de apoyo entre comunidades y asociaciones indígenas urbanas fomentando y guiando prácticas culturales de fortalecimiento y apoyo comunitario.

## Nueva forma de Seguro en Salud

La magnitud de la carga de prestaciones que debe retomar el sistema chileno para mantener la salud de la población, requiere un proceso de transformación de nuestro modelo actual hacia uno que tenga como principio la cobertura universal. Para esto es necesario, en un proceso de transición, abordar los siguientes elementos:

- **Incorporación de población de otros seguros:** Cómo se incorporarán al sistema de salud las personas que actualmente cotizan en ISAPRES, CAPREDENA, DIPRECA y Seguro Ocupacional (Ley 16.744). Si será con el traspaso gradual de población hacia una cobertura establecida, o bien toda la población será traspasada de un momento a otro al seguro y la cobertura será gradual.
- **Rol de privados:** Cómo se integrarán las instituciones privadas al sistema de salud y cómo se articulará con el actual sistema público.
- **Etapas del proceso:** Línea temporal de hitos que permitirán una adecuada transición.

Para cumplir esto, se proponen las siguientes medidas:

- Avanzar hacia un Seguro Único en salud como horizonte.
- Creación de un Plan de Salud Nacional garantizado a toda la población.
- Creación de un Fondo Mancomunado Nacional de Salud, que se componga con financiamiento del 7% de los cotizantes de FONASA e ISAPRE de manera progresiva y además con aportes fiscales de crecimiento de manera progresiva.
- El Fondo Mancomunado Nacional en Salud financiará de manera progresiva beneficios universales, comenzando con el financiamiento de medicamentos de alto costo y la atención primaria dentro del primer año, continuando en el siguiente año con la cobertura de la totalidad de medicamentos y agregando beneficios de manera progresiva hasta completar todo el financiamiento del Plan de Salud Nacional.
- Planes fuera del Plan de Salud Nacional se transformarán en seguros complementarios, como el caso de las ISAPRES, que tendrán una nueva reglamentación definida por la superintendencia.
- Se debe prohibir la integración vertical entre seguros y prestadores privados, hoy esto ocurre bajo la figura de “grupos de empresa”.

