

## Tema 2: Sistema, modelo de atención y financiamiento de la salud.

### Introducción

La salud se ha entendido en gran parte del mundo como equivalente a un bien público<sup>1,2</sup>, noción particularmente clara dado el esfuerzo de la Organización Mundial de la Salud por la Cobertura Universal<sup>3</sup>. Es decir, una comunidad o país busca proveer acceso a toda su población, para lo cual el conjunto de la sociedad debe aportar para acceder a este bien, normalmente a través de arreglos tributarios o contributivos, entre otras estrategias que además permitan la solidaridad y protección financiera para quienes cuentan con menores recursos y poseen mayor riesgo.

Por otro lado, el gasto en salud aumenta de manera constante en Chile y en el mundo. En el año 2000, en el mundo se gastaban en promedio 587 dólares por persona, mientras que, en el 2015, la cifra alcanzó los 1.300 dólares<sup>4</sup> (dólares internacionales ajustados por paridad de poder adquisitivo-PPA). En términos globales, el 2014 se gastó en salud 9,2 billones de dólares, y para 11 años más (2030) se proyecta un gasto de 16 billones a nivel mundial<sup>5</sup>. Para el caso de Chile, solo como ejemplo, según datos de la OCDE, en el decenio 2008 a 2017 el gasto per cápita en salud prácticamente se duplicó<sup>6</sup>, y el aumento anualizado estimado del gasto per cápita para el período 2014-2040 es de 3,6%<sup>5</sup>.

Considerando lo anterior, gran parte del mundo se enfrenta a la difícil tarea de mantener un amplio

acceso al sistema de salud, a la vez que intentan mejorar la eficiencia del sistema, de modo de controlar la escalada de gasto mencionada. Además, varias economías desarrolladas se encuentran enfrentando desafíos importantes para el adecuado financiamiento en sus sistemas de salud, como el caso de Inglaterra y Francia, por nombrar algunos reconocidamente buenos modelos<sup>7,8</sup>. En este contexto, Chile no es la excepción, y desde el inicio de las movilizaciones de octubre de 2019 en el país, el tema de la salud es uno de los aspectos recurrentes en la discusión pública. La pandemia por COVID-19, por otro lado, ha evidenciado la relevancia del sector frente a las amenazas que representan las enfermedades infecciosas emergentes.

En consecuencia, se hace evidente que nuestro sistema requiere de cambios importantes, discusión en la cual la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile pretende aportar con ideas que se suman a las ya propuestas por distintos actores. Si bien en el proceso de decisiones de políticas públicas sobre estos temas hay bastante información sobre posibles arreglos institucionales para reformular la estructura del sector salud, aún hay importantes aspectos contextuales que se deben considerar para lograr reformas que avancen de manera efectiva y eficiente en la resolución del problema, para lograr acceso y equidad en salud,

como la población hoy lo demanda.

Considerando las principales demandas de la comunidad, antecedentes y estudios locales<sup>9</sup> y fuentes oficiales<sup>10,11</sup>, el diagnóstico de la necesidad de reformas se observa coherente entre distintas fuentes; las soluciones, sin embargo, muestran mayor heterogeneidad. Algunos aspectos de la problemática serán abordados brevemente más adelante. Se trata de un tema amplio y muy relevante, y las siguientes propuestas abordan los aspectos principales, ya que, debido a la extensión de cada tema y la necesidad de síntesis, en el presente análisis no se profundiza en cada uno de ellos.

En consideración a lo mencionado previamente, se propone que el Sistema de Salud que se construya para el futuro en Chile debe estar basado en las siguientes declaraciones o principios básicos:

La Salud Pública y la atención de salud son equivalentes a un bien público, que debe ser provisto por el conjunto de la sociedad, con acceso universal, solidaridad, equidad, calidad, transparencia y una fuerte participación social, considerando la centralidad en la persona como eje del sistema; con la eficiencia como un imperativo ético y técnico para los cambios que se requieren, y con un enfoque que incorpore los determinantes sociales de la salud.

## Problemas y Propuestas

### Problema 1

La actual organización del modelo de financiamiento del Sistema de Salud chileno muestra importantes debilidades y riesgos en términos de equidad, eficiencia, segmentación y falta de solidaridad.

El financiamiento de un sistema de salud consta, en términos generales, de tres grandes funciones que se deben cumplir, y que deben alinearse para el logro de los objetivos que un país se proponga en materia de salud. Estas funciones son<sup>12</sup>:

- a. Recolección de recursos (impuestos generales, contribuciones, entre otros);
- b. Mancomunación (administración de los recursos en una o más organizaciones, cuyo foco es la difusión de riesgos y evitar vincular el evento de necesitar asistencia de salud con la capacidad de pago de la persona); y
- c. Sistema de compra o transferencias a prestadores de salud, que incluye la definición del conjunto de beneficios a entregar a las personas.

Cada una de estas funciones tiene desafíos importantes y muy relacionados unos con otros. Del mismo modo, dependiendo del conjunto de arreglos que cada país posea, se pueden observar algunas consecuencias en los sistemas de salud.

Así, la experiencia comparada mundial muestra

que sistemas como el chileno son ineficientes en la asignación del gasto<sup>13</sup>, particularmente por los problemas en las fases de recaudación y de mancomunación, donde se dispone de un fondo público (FONASA) y seguros privados. Algunos factores que explican esto son: Chile posee un sistema privado menos regulado, con tendencia inflacionaria en los precios y con fuerte discriminación por riesgo (aquellos de más riesgo deben pagar primas más caras), que, pese a la reciente eliminación de las diferencias de precio por sexo, se mantienen diferencias por edad. Esto es justamente contrario a los fundamentos de un esquema de seguros de salud, donde la difusión de riesgo es un objetivo de eficiencia. De este modo, la evidencia muestra que el sistema actual posee múltiples debilidades, genera inequidades entre subsistemas, poca transparencia en el sector privado de aseguramiento con instrumentos de selección de riesgos, así como definiciones de primas de manera individual, lo que encarece los planes de salud según riesgo<sup>14,15</sup>. Asimismo, se observan problemas de déficit de financiamiento en el sector público. Aproximadamente, el gasto privado y público resultan equivalentes al 2017, en condiciones que el sector privado de aseguramiento no representa más del 20% de sus usuarios, en comparación con el sector público<sup>16</sup>. Además, una porción importante del gasto privado se debe al gasto de bolsillo de beneficiarios de ambos sistemas<sup>17</sup>. Esto genera riesgo financiero para las familias y problemas de acceso.

Por otro lado, en un análisis muy grueso y general, resulta interesante comparar algunos aspectos de

los sistemas privado y público. Según datos de la Superintendencia de Salud<sup>18</sup>, se proyectaba para el año 2019 cotizaciones anuales por 3,16 billones de pesos, considerando el adicional voluntario al 7% y otros períodos pagados durante el año. Si solo se considera el obligatorio, este llega aproximadamente a 2,01 billones. Por su parte, según datos de ejecución presupuestaria de la Dirección de Presupuestos (DIPRES)<sup>19</sup> del año 2019 para FONASA, la estimación según datos enero-noviembre de aportes del trabajador es de 2,5 billones. Comparando las carteras, los cotizantes promedios estimados de Isapres abiertas fue de 1.956.488 el 2019 (3.335.830 beneficiarios). Para el caso de Fonasa, los datos disponibles del 2017 muestran que hubo 7.269.262 cotizantes (13.926.475 beneficiarios totales). Al considerar la relación aportes de cotizantes, más extras (voluntarios en el privado, y aporte fiscal en el público) se observa que, en términos gruesos, la recaudación promedio por beneficiario en el sector privado es de alrededor de 79 mil pesos, en comparación con algo más de 48 mil pesos en el sector público. A lo anterior, se debe agregar las importantes diferencias en riesgo de cada uno de los subgrupos, explicados por las diferencias en ingresos y otros determinantes sociales de la salud. Esta estimación rápida y gruesa, que sin duda requiere precisiones y más análisis, muestra importantes diferencias en disponibilidad de recursos entre subsistemas, sin considerar el problema de las diferencias de base en la infraestructura, dotaciones y disponibilidad de tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

**Propuesta 1****Establecer un Fondo Mancomunado Único de Salud.**

La disparidad de recursos y diferencias en los riesgos asumidos por los distintos segmentos (Isapre y FONASA) resulta difícil de justificar, por lo que cualquier solución debiera eliminar esa situación o, de mantenerla, sería necesario establecer algún tipo de unificación y nivelación entre ambos grupos, lo que resulta técnica y socialmente complejo. En consecuencia, un sistema de mancomunidad pública único es la mejor opción para Chile (un solo fondo, que administre todos los recursos de salud para Chile), dado que es más eficiente y permite administrar de mejor manera el riesgo de la población. La eficiencia técnica se traduce en un sistema que facilita la solidaridad, la difusión de riesgos y mejor manejo de los recursos disponibles.

La experiencia mundial comparada demuestra que una solución frecuente es poseer un fondo único para administrar los recursos, y así mejorar las funcionalidades de un sistema que asume la salud pública y la atención de salud como un equivalente a un bien público. Desde el punto de vista técnico, las alternativas para crear un modelo de mancomunidad único, en este caso se resumen en tres, siendo la primera la más recomendada, considerando las complejidades y riesgos del segundo y tercer modelo<sup>13,20,21,22</sup>:

- a. Un sistema de seguro único nacional.
- b. Un sistema nacional de salud, financiado por impuestos.

- c. Un sistema de multi-seguros que redistribuye según riesgo entre los fondos, generando así un fondo “único virtual”.

Para entender la factibilidad de cada una de estas alternativas, así como cuán recomendable puede resultar alguna alternativa sobre las otras, para el caso de Chile, a continuación, se presenta el escenario probable y se discuten brevemente ventajas y desventajas:

- a) El seguro único nacional debería reunir los cotizantes del sector privado de aseguramiento con los del sector público, permitiendo mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos. Por supuesto, ello requiere que el nuevo seguro público debería ser una institución técnica con alta capacidad de gestión, independiente, y capaz de responder a las necesidades epidemiológicas de la población, con una gobernanza que incorpore la representación de los asegurados. Este seguro único debería incluir también al actual sistema de las FF.AA. y de orden. Respecto del sistema de salud laboral, se deberá analizar la conveniencia de integración al seguro único, de acuerdo a las ventajas y desventajas de aquello, lo que no es del todo claro y podría hacer más complejo el proceso inicialmente, por lo que se recomienda analizarlo en un estado más avanzado del proceso de cambio.

La cartera de servicios (conjunto de problemas y prestaciones a cubrir) tendrá que ser definida de acuerdo a criterios de necesidad y evidencia de las soluciones, con un alcance amplio para los requerimientos de salud de la población. Es decir, el plan de salud universal debe contener

las soluciones que se necesitan para el perfil epidemiológico actual, con estricto control para evitar gastos ineficientes o tratamientos sin soporte en la evidencia. Algún mecanismo adicional se puede definir para el tratamiento de condiciones de alto costo.

Por último, es importante mencionar que por la información disponible y la ya planteada, se sabe que el 7% actual no es suficiente para lograr una adecuada cobertura. En el subsistema público actual se agregan aportes estatales que superan la contribución de los afiliados a FONASA, y en el sistema privado la cotización promedio agrega unos 3 puntos porcentuales al legal. Es decir, en cualquier caso, al transitar a un seguro nacional único, se deberán contemplar más recursos para lograr cubrir la brecha. Además, en el contexto del seguro único, los seguros privados podrían modificar su negocio hacia sistemas complementarios/suplementarios.

Considerando la factibilidad práctica y técnica, esta sería la alternativa más recomendable a corto y mediano plazo. Sin duda, no está exenta de grandes desafíos, y del análisis de escenarios posibles para una transición adecuada, la que implica necesariamente más recursos y la inclusión del sector prestador privado de salud, claro que con negociaciones de precios y regulaciones que permitan sustentabilidad a largo plazo.

b) Por otro lado, la segunda alternativa, un sistema nacional de salud, financiado por impuestos, tiene el desafío de convertir no solo el aporte actual de las contribuciones (7%

legal) en impuestos, sino que se debe generar mayores ingresos como ya se ha mencionado, lo que genera problemas desde el punto de vista de la recaudación, más aún en un contexto de reformas paralelas en otros ámbitos sectoriales. De este modo, requiere de un ajuste técnicamente mucho más complicado en el mediano y largo plazo, por lo que, siendo una buena alternativa, sería difícilmente aplicable en estos momentos.

c) Por último, la opción de un sistema multi-seguros, que en la práctica corresponde a distintos mancomunadores y que en ciertos diseños incluye competencia por asegurados. Este sistema también es llamado fondo único virtual, ya que a través de mecanismos de ajuste de riesgo permite redistribuir recursos entre los distintos seguros según la cartera de asegurados, asemejándose a un fondo único real. Para el caso de Chile, permitiría cierta continuidad del esquema actual, pero integrando mecanismos para equiparar los distintos seguros (público y privados). Sin embargo, se requiere de niveles de regulación importantes, y que de implementarse necesitaría de incentivos y controles a la selección de riesgos (es decir, evitar ingresar en algunos seguros a personas con mayor riesgo). Además, es probable que la legitimidad de esta opción sea cuestionada, considerando la evaluación negativa de los seguros privados actuales y la escasa regulación de las deficiencias que presentó desde su creación. Adicionalmente, esta opción posee más altos costos de transacción y genera la necesidad de decisiones complejas sobre cómo regular el ingreso a distintos seguros disponibles, lo que sería particularmente complejo en el

caso chileno. Considerando las características antes mencionadas, esta es la alternativa menos recomendada para el caso de Chile.

Desde la perspectiva de la experiencia comparada y la evidencia disponible, si bien la literatura analítica de calidad no es abundante, la revisión sistemática más reciente<sup>23</sup> muestra que un sistema con un fondo único real (*single payer*) es mejor en términos de equidad, reducción de costos administrativos, mejor gestión del riesgo y negociación. Por otro lado, sistemas con múltiples fondos o seguros (*multi-payer*) ofrecen más posibilidades de elección, tienen más costos administrativos, puesto que requieren sofisticados sistemas de regulación y control, y son más difíciles de ser sujetos a captura gubernamental. Otras fuentes muestran resultados favorables al fondo único<sup>24</sup>, y un estudio más antiguo analiza datos de los países de la OCDE que muestra mejoras ligeras en el fondo único, aunque la calidad de la información presentaba debilidades<sup>25</sup>. En cualquier caso, el contexto específico es importante, y ninguna alternativa está exenta de riesgos y desafíos en su implementación.

Se debe analizar, por otro lado, la gestión del subsidio de incapacidad laboral (SIL), si mantenerlo en la nueva institucionalidad de FONASA o en una organización distinta.

Se deberán analizar los impactos de distintos escenarios respecto del uso estimado de servicios del nuevo gran grupo de beneficiarios asegurados, para planificar la mejor estrategia de cambio, incluyendo el grupo de personas que seguirán utilizando el sector privado de aseguramiento (en su nuevo formato) y sistema privado prestador con nuevas regulaciones y negociaciones de precios.

## Problema 2

Discutir sobre reformas al Sistema de Salud implica analizar el conjunto de funciones y la institucionalidad en que se organiza. Actualmente, en muchos lugares se discuten marcos de organización e implementación, que permitan integrar la perspectiva de salud en otras áreas sectoriales y, en particular, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, lo que es consistente con la clásica definición de sistema de salud de la OMS: *“Un sistema de salud consta de todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar o mantener la salud”*<sup>26</sup>. De acuerdo a esta mirada, la prestación de servicios de salud es uno de los componentes, pero suele captar gran parte de la atención. En tal sentido, un esfuerzo importante se viene realizando bajo la perspectiva de “Salud en Todas las Políticas” en el mundo<sup>27,28,29</sup>. Si bien en Chile la estructura del Ministerio considera esta dimensión, se podría pensar que la relevancia de las estrategias vinculadas a la promoción y prevención, en particular aquellas que requieren de la acción de varios sectores en el nivel local, puede ser expandida y mejorada en su capacidad de trabajar con otros ministerios sectoriales muy afines.

**Propuesta 2**

**Generar una institucionalidad para que ciertas funciones de salud pública, prevención y promoción posean una estructura interministerial fuerte.**

Es fundamental para reorganizar el Sistema de Salud, distinguir dos grandes componentes: a) salud pública, prevención, promoción de la salud y bienestar, misión transversal de todos los sectores del Estado, y b) Sistema de atención de salud. La salud en sus dimensiones de prevención, promoción y bienestar trasciende ampliamente un solo ministerio, por ello, se podría potenciar parte de esta función ya sea en una nueva estructura o creando una entidad dependiente del Ministerio de Salud pero más autónoma, que pueda articular mejor su rol, sin la constante tensión entre las otras funciones ministeriales, en particular la de la red de atención. Así, con una estructura interministerial fuerte y con presupuesto definido propio, se podrán desarrollar estructuras de coordinación y trabajo conjunto con, por ejemplo, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) que implementa muchas políticas sociales que impactan fuertemente en la salud de la población. Asimismo, se requiere una mejor integración con los gobiernos locales y las redes de atención de salud, para apoyar actividades de esta línea. Esto podría generar una acción más efectiva, integrada en todos los sectores, que evite la competencia por espacios y financiamiento con el sistema de provisión de la atención, que consume buena parte del gasto. Asimismo, se diferencian mejor las acciones de promoción y prevención

desde fuera de la red de atención, muchas veces sobrecargada con actividades de esa naturaleza y que, a la vez de resultar menos efectivas, compiten con las actividades de prestación de salud.

**Problema 3**

Uno de los grandes desafíos en los sistemas de salud en el mundo es la falta de eficiencia, que adopta distintas formas de expresión, como, por ejemplo, la entrega de servicios o intervenciones de poco valor o definitivamente innecesarias. La epidemia de cesáreas en el mundo es un claro reflejo de ello<sup>30</sup>: en el planeta, entre el año 2000 y 2015, casi duplicó su número<sup>31</sup>. En Chile la situación no es muy distinta, muy por sobre el 15% aproximado recomendado por la OMS<sup>32</sup>, con un 40% en el sistema público y cerca de un 70% fuera de este sistema. La misma OMS refiere que entre un 20 a 40% de los recursos en salud se pierden por ineficiencias<sup>3</sup>, según la OCDE, 1 de cada 10 pacientes es dañado en sistemas de atención, y en Australia, Bélgica, Canadá, Francia, Italia y Portugal se reporta que al menos 1 de cada 5 visitas a urgencia son inapropiadas<sup>33</sup>, por mencionar solo unos pocos ejemplos. Cualquier reforma al sistema de salud en Chile debe considerar abordar de manera profunda estos desafíos, para lograr mitigar el incremento en los costos del sistema, reorientando recursos para su mejor uso y así, en último término, responder a las necesidades de la población. Asimismo, en la solución de este problema no solo se

debe abordar la perspectiva de micro-gestión (mejoras en competencias, procedimientos, procesos, entre otros, a nivel local), sino que también fuertemente la macro-gestión (normativas, estructuras de sistemas, formas de organización, entre otras) del sistema de salud, puesto que esto último facilita la aplicación de estrategias locales para mejorar la eficiencia.

### Propuesta 3

**Se requiere una profunda reforma al Estado y las instituciones relacionadas, así como a la gestión del sistema de salud. Asimismo, es importante redefinir el modelo de gobernanza del nuevo sistema de salud.**

Una tarea como la de reformar el sistema de salud, en particular con el foco en un seguro único y un plan de salud universal, implica un esfuerzo importante en dotar al nuevo sistema de gestión con fuertes capacidades institucionales, regulatorias y de administración. La provisión de bienes públicos requiere de alta efectividad gubernamental<sup>34,35,36</sup>, ya que ello permite mayores posibilidades de éxito y mejor uso de los recursos. Asimismo, es claro que la gobernanza es un aspecto crítico para el funcionamiento de todos los sectores<sup>37</sup> y en particular salud<sup>38</sup>, ya que facilita esta efectividad gubernamental, por lo que es necesario un modelo de gobernanza con participación organizada y efectiva de la comunidad. De este modo, junto con un asegurador público independiente, moderno,

con capacidades de gestión de primer nivel, se requiere una superintendencia que a la vez pueda regular y fiscalizar adecuadamente al asegurador y prestadores, como sistema de control independiente y organizado. Un riesgo que se debe evitar es que estas instituciones funcionen con menos recursos de lo requerido. Asimismo, se debe lograr que se transformen en una repartición del Estado susceptible de ser controlada adecuadamente, que cuente con gestores con capacidad técnica y con fuerte conocimiento y consideración de la realidad de la primera línea, incorporando, por lo tanto, mecanismos para analizar el entorno local de las instituciones que gestiona. Asimismo, los sistemas prestadores de salud deben desarrollar capacidad de gestión y evaluación de alto nivel, a la vez que se debe fiscalizar el logro de metas y resultados de manera rutinaria. Por supuesto, ello en el contexto de disponer de condiciones habilitantes para un buen desempeño.

### Problema 4

Recientemente, una de las revistas más importantes en el mundo en el área de la salud publicó una serie de artículos respecto de uno de los temas ampliamente debatidos en el sector: el rol de los prestadores privados en el logro de la cobertura universal<sup>39</sup>. La evidencia recolectada en múltiples estudios y análisis es variada y compleja. Se sabe que el sector privado de provisión interactúa de manera intensa con el sector público, e incluso se influyen mutuamente en sus prácticas y formas de organización<sup>40,41</sup>; asimismo, en

lugares donde los privados dominan el sector salud, las personas de menos recursos tienen importantes barreras para acceder a atención a través del pago por servicio<sup>40,41</sup>, es decir, la tendencia del sistema es hacia conductas que favorecen la obtención de ganancias por sobre otras consideraciones. Sin embargo, en la medida que el sector privado de provisión se encuentre bien regulado, y sea parte de un sistema público que financie los servicios de salud para todos, o sea prestador de atención fuera de un conjunto universal de servicios, puede ser un aporte al sistema<sup>42,43</sup>.

#### Propuesta 4

##### **Prestadores de salud públicos y privados, sin fines de lucro.**

El sistema de prestación de servicios (domiciliario, ambulatorio y hospitalario) podría aceptar la participación de privados, pero requerirá acogerse al modelo de instituciones sin fines de lucro y a la negociación de tarifas que permitan definir un estándar de prestación y precios equivalentes entre prestadores públicos y privados, en atención a la evidencia mencionada. Los prestadores privados serán necesarios en el nuevo modelo, considerando que hay un déficit de infraestructura en el sector público, y que se incorporarán más personas a la red de atención pública, ya con problemas importantes de acceso. Por otro lado, se debe considerar que una fracción de los cotizantes del sector privado puede, aportando su 7% legal al fondo único,

seguir prefiriendo aportar extra para obtener cobertura en prestadores privados bajo un modelo privado, por lo que no necesariamente todos utilizarán la red del seguro único. Hay experiencias exitosas en la región, con modelos de este tipo en dos países comparables a Chile.<sup>44,45,46,47,48,49,50,51,52</sup>

#### Problema 5

Como en la mayoría de los sistemas de salud, se deberá establecer un proceso de priorización de coberturas que aborden la mayoría de las necesidades de salud de la población, de la manera más eficiente y equitativa<sup>53,54</sup>. Hay diversos modelos y aproximaciones para la priorización y definición del conjunto prestaciones que serán de acceso universal<sup>55,56,57,58</sup> que en todo caso son conocidos y utilizados en Chile, por ejemplo, en el proceso de priorización de las garantías GES.

#### Propuesta 5

##### **Plan Universal de beneficios garantizados.**

La estructura del plan universal de beneficios se deberá construir en base a lo que actualmente existe en términos de oferta teórica de servicios (oferta programática de Atención Primaria de Salud Pública, programas preventivos nacionales, FONASA Modalidad de Atención Institucional, Modalidad de Libre Elección, GES, Ley de Urgencia,

Ley Ricarte Soto), que podrán ser re-analizadas y re-priorizadas a través de múltiples aproximaciones, que incluyan análisis de las necesidades de la comunidad, considerando las expectativas de las personas, usando evidencia y modelos de evaluación de programas nuevos y antiguos (que ya existen en Chile, pero que deben ser ampliados y mejorados).

El control y permanente evaluación de los resultados será una necesidad, para evitar sobreuso y mal uso de intervenciones de salud. Un aspecto relevante en este punto es el excesivo gasto en medicamentos, que hoy alcanza a un 35% del gasto de bolsillo<sup>59</sup>, problema que será abordado por otro grupo de esta comisión.

### Problema 6

La estructura del sistema de prestación de servicios es un aspecto clave, sobre el cual existe abundante literatura y experiencia a través del mundo<sup>60,61,62,63,64</sup>. Asimismo, el consenso internacional sobre la importancia de la Atención Primaria<sup>65</sup> es un aspecto que Chile ha implementado desde hace ya varias décadas.

### Propuesta 6

**Provisión de servicios en una Red Integrada basada en Atención Primaria de Salud (APS).**

El sistema prestador de salud se debe articular desde una atención primaria fuerte, puerta de entrada al sistema, con los principios tradicionales de centralidad en la persona y familia, enfoque bio-psico-social-espiritual que incorpore la multiculturalidad y continuidad de la atención. Estos principios son los que define el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, que si bien están declarados, no se han implementado del todo en nuestro sistema. Desde este punto de partida, se debe organizar la red de atención de manera que se integre para dar una respuesta efectiva y eficiente a las necesidades de las personas y comunidades (Redes Integradas de Servicios de Salud u Organizaciones Sanitarias Integradas).

Será necesario organizar a los prestadores (públicos y privados) con la estructura mencionada, de modo que no solo se entregue la mejor calidad de atención para la necesidad de cada persona, sino que también de la manera más eficiente, lo que implica un nivel primario de atención bien desarrollado y planificado, que interactúe de manera activa con los otros niveles de atención. Se requiere reforzar los mecanismos de coordinación/integración tales como sistemas de información, protocolos de derivación y estructuras de seguimiento/acompañamiento de pacientes a través de toda la red.

La experiencia comparada muestra diversidad de formas de organización de los prestadores<sup>64</sup>. En este marco, se abre una oportunidad para contar con modelos de organización de prestadores que permitan innovar y evaluar distintas estructuras posibles. En Chile, contamos con una muy fuerte

participación de la prestación de APS por parte de los municipios, y en el nivel secundario y terciario por los Servicios de Salud.

Así, considerando la posible organización territorial con sistemas de prestadores integrados, que podrían incorporar prestadores de propiedad pública y privada sin fines de lucro, se amplía la posibilidad de identificar nuevas formas de organizar la APS y el resto de la red de atención, considerando como criterio primordial la integración y coordinación del sistema prestador regional. De esta manera, se puede repensar el rol de los municipios y de otros actores privados, sin fines de lucro, bajo el gobierno de un ente de gobernanza público descentralizado. Como se ha mencionado, en la Región de las Américas se cuenta con experiencias interesantes en sistemas de atención, con buenos resultados y que incorporan distintos tipos de prestadores<sup>44,45,46,47,48,49,50,51,52</sup>.

### Problema 7

La ineficiencia es un permanente riesgo en el sistema de salud. Entre estos aspectos relacionados, el problema de los precios de los prestadores será un desafío relevante para enfrentar, pensando en la sostenibilidad del sistema. Precios demasiados altos presionarán al sistema en su capacidad de financiar, de modo que será necesario avanzar en modelos de transferencia (mecanismos de pago) a públicos y privados sin fines de lucro, repartiendo el riesgo financiero entre ambos actores (asegurador y prestador),

con estrategias mixtas, como per capitación (ajustada por riesgo) para atención primaria y mecanismos de pago como Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) para hospital y, cuando sea posible, pagos atados a soluciones (tipo PAD o Pago Asociado a Diagnóstico) o por desempeño. La idea es controlar calidad, eficiencia, transparencia y gobernanza<sup>53,54,66,67,68</sup>.

### Propuesta 7

**Mecanismos de pago o transferencia de recursos a prestadores/proveedores que incentiven la eficiencia y efectividad del sistema.**

Los mecanismos para la compra o transferencia de recursos a los prestadores deberán considerar las mejores prácticas internacionales en mecanismos de pago, o compra estratégica<sup>69,70,71</sup>. Desde ya, mecanismos de pago asociados al pago por prestación (*fee-for-service*) se deben eliminar en su mayoría, y solo tendrá una aplicación muy acotada, cuando el conjunto de mecanismos existentes (mecanismos mixtos de pago) requiera específicamente incentivar un tipo de prestaciones en que tal modalidad sea más eficiente. Para el futuro, se debe considerar pagos a APS vía capitación ajustada por riesgo y pagos a hospitales vía GRD. Sobre estas formas basales se pueden integrar otras formas, como pagos por programas estandarizados, pagos por soluciones y

desempeño, entre otras opciones<sup>68,69,70</sup>. Asimismo, para la generación de redes integradas, se podrían considerar combinaciones de lo mencionado previamente, en un contexto de una cápita poblacional global, donde al interior del territorio o red, los distintos mecanismos de transferencias se ejecuten para funcionar eficientemente para solucionar los problemas de salud de su comunidad.

Cada forma de transferir recursos a los proveedores posee beneficios y debilidades<sup>72</sup>. La evidencia, sin embargo, es clara en mostrar que el mecanismo de pago por acto (*fee-for-service*) es el que posee mayores efectos negativos, tanto para los pacientes, como para el sistema, ya que es inflacionario y estimula la actividad más que la calidad. En tal sentido, se deben combinar mecanismos de pago que distribuyen el riesgo entre los principales agentes (seguro y prestador) para incentivar calidad, transparencia y eficiencia.<sup>53,54,66,67,68,69,70,71,72</sup>

### Problema 8

Los equipos de salud que se desempeñan en los sistemas de salud son esenciales, y se requieren en cantidad, competencias y distribución adecuadas<sup>73,74,75</sup>.

### Propuesta 8

**Planificación de la formación del recurso humano para el nuevo sistema de salud.**

Se deben analizar las políticas de recursos humanos para salud, en particular las relacionadas a la provisión al sistema de salud de los integrantes del equipo de atención, adecuados en número y competencias. Esto implica revisar de manera importante las políticas de formación en las distintas instituciones educativas que participan en el sector salud, de manera de desarrollar programas que se ajusten mejor a las necesidades del país y, en particular, en las capacidades que se requerirán para abordar los problemas de salud con suficientes competencias que permitan asumir nuevas funciones o redistribución de roles entre los equipos de salud, como por ejemplo las estrategias de sustitución de funciones<sup>76,77</sup> o la formación de profesionales de enfermería de práctica avanzada<sup>78,79</sup> en áreas relevantes para desempeñarse en distintos contextos y niveles de atención, con particular énfasis en temas de salud mental y psicosocial, manejo de condiciones crónicas y gestión de casos, entre otras.

**Una reflexión en torno a los proyectos de ley sobre el Isapres y FONASA, y la nueva propuesta de la Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapres y del FONASA de diciembre de 2020.**

Con posterioridad a la elaboración de esta breve propuesta a inicios de marzo de 2020, han existido actualizaciones al envío de los proyectos de Ley sobre Isapres y FONASA, formándose además, en septiembre del 2020, una Comisión de Expertos para promover la reforma a las Isapres y alcanzar un “Mejor FONASA”, por lo que se realiza a

continuación un breve comentario sobre algunos de los aspectos centrales que se desprenden de los cambios durante el 2020 y 2021, sin la pretensión de tratarse de un análisis profundo y pormenorizado.

Respecto de la nueva Comisión, el principal objetivo de los comisionados fue trabajar para generar consenso en relación con los proyectos de ley presentados por el Presidente Sebastián Piñera y que se encuentran actualmente en tramitación en el Congreso.<sup>H</sup> Un aspecto interesante del trabajo de la Comisión fue que analizó con mayor profundidad las propuestas de reforma, entregando algunas recomendaciones que podrían desarrollar un proceso de mejoras relevantes en el sistema de salud. Sin embargo, no hubo acuerdo en algunos aspectos críticos, más allá de la propuesta de un plan de salud universal (PSU) en ambos sistemas. No se acordó eliminar la declaración de salud, para el ingreso al sistema Isapres. Lo anterior, más otros aspectos, refleja con cierta claridad que se mantiene, en lo central, el mismo esquema de mancomunación con sistema público y sistema privado, lo que mermaría el avance a un sistema solidario y más eficiente.

En consecuencia, en lo sustancial, la propuesta de reforma a FONASA no cubre las propuestas que se han presentado por parte de nuestro grupo de trabajo, y en esencia mantienen el sistema con altos riesgos de inequidad entre sub-sistemas, lo que no resulta satisfactorio. Sin duda, que el implementar un plan de salud universal único, para todos los chilenos, podría constituir una primera etapa donde se “equiparan” los sistemas,

incrementando la cobertura y financiamiento a los beneficiarios de FONASA, para luego fusionar en un solo seguro con Isapres, o avanzando a un modelo multi-seguros, pero con sistemas de regulación como los existentes en los países que lo han realizado de manera exitosa. Sin embargo, ello no se declara como un objetivo, y no se explicita una regulación importante que contribuya a avanzar en tal dirección.

### Referencias.

1. Galea, Sandro. Public Health as a Public Good. Disponible en: <https://www.bu.edu/sph/2016/01/10/public-health-as-a-public-good/>
2. Karsten SG. Health Care: Private Good vs. Public Good. *The American Journal of Economics and Sociology* 1995; 54(2):129-144.
3. World Health Organization. World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage 2010. Disponible en <https://www.who.int/whr/2010/en/>
4. Current Health Expenditure Per Capita, PPP. Disponible en: [https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?name\\_desc=true](https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PP.CD?name_desc=true)
5. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015-40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet* 2017; 389(10083):2005-2030.
6. OECD (2019), “Health expenditure and financing: Health expenditure indicators”. OECD Health Statistics (database). Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function\\_data-00349-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/system-of-health-accounts-health-expenditure-by-function_data-00349-en)

H. Extraído de la introducción del documento Informe Final de Acuerdos Comisión de Expertos para las Reformas de las Isapre y del Fonasa. Diciembre 2020.

7. Chrisafis A. French medics warn health service is on brink of collapse. *The Guardian* [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2019/jun/11/french-medics-health-service-collapse-doctors-nurses-protest-outside-french-health-ministry-strikes>
8. Yeginsu C. NHS Overwhelmed in Britain, Leaving Patients to Wait. *The New York Times* [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2018/01/03/world/europe/uk-national-health-service.html>
9. Villalobos P. Why Health Reforms Fail: Lessons from the 2014 Chilean Attempt to Reform. *Health Systems & Reform* 2019; 5(2):134-144.
10. Informe Comisión Presidencial de Salud, 2010. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/96c1350fbf1a856ce04001011f015405.pdf>
11. Informe Final Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado, 2014. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL\\_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf)
12. Gottret, Pablo; Schieber, George. 2006. Health financing revisited: a practitioner's guide (English). Washington, DC: World Bank.
13. Chieber G, Baeza C, Kress D, Maier M. Chapter 12: Financing Health Systems in the 21st Century. En: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; New York: Oxford University Press; 2006.
14. Cid C y Uthoff A. La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Publica* 2017;41:e170.
15. Castillo C, et al. Health insurance scheme performance and effects on health and health inequalities in Chile. *MEDICC Review* 2017; 19(2-3):57-64.
16. OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
17. OECD. Estadísticas de Salud. Disponible en: <https://stats.oecd.org/>
18. Superintendencia de Salud. Estadísticas básicas de cartera del sistema Isapre a octubre de 2019. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-18137.html>
19. Dirección de Presupuestos. Informe de ejecución mensual período 2019, Fondo Nacional de Salud.
20. OECD/Eurostat/World Health Organization. Chapter 7: Classification of Health Care Financing Schemes", in: *A System of Health Accounts 2011: Revised Edition*, OECD Publishing, Paris. doi: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-9-en>
21. Ridic G, Gleason S, Ridic O. Comparisons of health care systems in the United States, Germany and Canada. *Materia Socio Medica* 2012; 24(2):112-120.
22. van Kleef RC, van de Ven WP, van Vliet RC. Risk selection in a regulated health insurance market: a review of the concept, possibilities and effects. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2013;(6):743-752.
23. Petrou P, Samoutis G, Lionis C. Single-payer or a multipayer health system: a systematic literature review. *Public Health* 2018; 163:141e152.
24. Petrou P, The whole is greater than the sum of its parts: the importance of integrated, universal, and equitable healthcare coverage. *Journal of Medical Economics* 2019; 22(5):488-490.
25. Glied S. Single Payer as a Financing Mechanism. *J Health Polit Policy Law* 2009; 34(4):593-615.
26. World Health Organization (WHO). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for

action, 2007. Disponible en: [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)

**27.** World Health Organization (WHO). Health in All Policies Training Manual. 2015. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/publications/health-policies-manual/en/](https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/en/)

**28.** Shankardass K, et al. The implementation of Health in All Policies initiatives: a systems framework for government action. *Health Res Policy Sys* 2018; 16(26).

**29.** Public Health Institute and American Public Health Association (2013), Health in All Policies: a Guide for State and Local Governments. Disponible en: [http://www.phi.org/uploads/files/Health\\_in\\_All\\_Policies-A\\_Guide\\_for\\_State\\_and\\_Local\\_Governments.pdf](http://www.phi.org/uploads/files/Health_in_All_Policies-A_Guide_for_State_and_Local_Governments.pdf)

**30.** Editorial: Stemming the global caesarean section epidemic. *Lancet* 2018; 392(10155):1279.

**31.** Boerma T, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet* 2018; 392(10155):1341-1348.

**32.** World Health Organization (WHO). WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization. 2015. (WHO/RHR/15.02). Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1)

**33.** OECD. Tackling wasteful spending on health. 2017. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Tackling-Wasteful-Spending-on-Health-Highlights-revised.pdf>

**34.** Arora P, Chong A. Government effectiveness in the provision of public goods: the role of institutional quality. *Journal of Applied Economics* 2018; 21(1):175-196.

**35.** Sánchez I, Cuadrado-Ballesteros B, Frias-Aceituno J. Determinants of Government Effectiveness. *International Journal of Public*

*Administration* 2013; 36(8):567-577.

**36.** Hauner D, Kyobe A. Determinants of Government Efficiency. *World Development* 2010; 38(11):1527-1542.

**37.** Kaufmann, D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. Governance matters. The World Bank 1999, Policy Research Working Paper, WPS2196.

**38.** World Health Organization (WHO). Health Systems Governance for Universal Health Coverage: Action Plan. Geneva: World Health Organization. 2014. Disponible en: [https://www.who.int/universal\\_health\\_coverage/plan\\_action-hsgov\\_uhc.pdf](https://www.who.int/universal_health_coverage/plan_action-hsgov_uhc.pdf)

**39.** Horton R, Clark S. The perils and possibilities of the private health sector. *Lancet* 2016; 388(10044):540-541.

**40.** Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selvaraj S, Zhao H, Cavagnero E. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *Lancet* 2016; 388(10044):596-605.

**41.** Morgan R, Ensor T, Waters H. Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. *Lancet* 2016; 388(10044):606-612.

**42.** Montagu D, Goodman C. Prohibit, constrain, encourage, or purchase: how should we engage with the private health-care sector? *Lancet* 2016; 388(10044):613-621.

**43.** McPake B, Hanson K. Managing the public-private mix to achieve universal health coverage. *Lancet* 2016; 388(10044):622-630

**44.** Aran D, Laca H. Sistema de Salud de Uruguay. *Salud Pública Méx* 2013; 53(supl 2):s265-s274.

**45.** Asesoría General en Seguridad Social, Banco de Previsión Social. Comentarios de Seguridad Social, Tercer Trimestre 2016 - N° 53. Montevideo, Uruguay.

- 46.** Fernández M, Levcovitz E, Olesker D. Coordinadores. Economía, política y economía política para el acceso y la cobertura universal en salud en Uruguay. Montevideo: OPS, 2015.
- 47.** Sáenz M, Acosta M, Muiser J, Bermúdez J. Sistema de Salud de Costa Rica. Salud Pública Méx 2011; 53(supl 2):s156-s167.
- 48.** Sauma P. Análisis de experiencias internacionales sobre sistemas nacionales de salud: el caso de Costa Rica. CEPAL. 2013. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27173/M20130037\\_es.pdf?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27173/M20130037_es.pdf?sequence=1)
- 49.** Caja Costarricense de Seguro Social. Estadísticas actuariales. Disponible en: [https://www.ccss.sa.cr/est\\_actuarial](https://www.ccss.sa.cr/est_actuarial)
- 50.** Rodríguez A, Bustelo C. La compra de servicios de salud en Costa Rica. 2008. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/51777/1/S0800394\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/51777/1/S0800394_es.pdf)
- 51.** Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos. 2003. Disponible en: [https://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=210-gasto-y-financiamiento-de-la-salud-en-costa-rica-situacion-actual-tendencias-y-retos&category\\_slug=analisis-de-situacion-de-salud&Itemid=222](https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&alias=210-gasto-y-financiamiento-de-la-salud-en-costa-rica-situacion-actual-tendencias-y-retos&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&Itemid=222)
- 52.** OPS/OMS. Cinco estudios acerca del seguro social de Costa Rica. 2013. Disponible en: [https://www.paho.org/cor/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicios-de-salud&alias=302-cinco-estudios-acerca-del-seguro-social-de-salud-de-costa-rica&Itemid=222](https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicios-de-salud&alias=302-cinco-estudios-acerca-del-seguro-social-de-salud-de-costa-rica&Itemid=222)
- 53.** Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bull World Health Organ 2013; 91(8):602-611.
- 54.** McIntyre D, Kutzin J. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. Health Financing Guidance No. 1, World Health Organization (WHO). 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204283>
- 55.** Gotsadze G, Gaál P. Chapter 7: Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost sharing. En: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2010.
- 56.** Institute of Medicine, IOM. Essential Health Benefits: Balancing Coverage and Cost. Washington, DC: The National Press. 2012.
- 57.** Glassman A, Giedion U, Sakuma Y, Smith P. Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes? Health Systems & Reform 2016;2(1):39-50.
- 58.** Hayati R, Bastani P, Javad Kabir M, Kavosi Z, Sobhani G. Scoping literature review on the basic health benefit package and its determinant criteria. Globalization and Health 2018; 14:26
- 59.** Benítez A, Hernando A, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: análisis en el cambio del gasto entre 2012 y 2016. Centro de Estudios Públicos: Puntos de Referencia, N° 491, octubre 2018. Disponible en: [https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20181023/20181023161058/pder491\\_abenitez.pdf](https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20181023/20181023161058/pder491_abenitez.pdf)
- 60.** Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. San Francisco, CA. Remaking health care in America: the evolution of organized delivery systems. Wiley, 2nd Edition, 2000.
- 61.** Montenegro H, et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. Journal of Integrated Care 2011; 19(5):5-16.
- 62.** Burns LR, Pauly MV. Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health

care? *Health Affairs* 2002; 21(4):128-43.

**63.** Vargas I, et al. Implementation of integrated healthcare networks (IHN). Starting-up guidelines. Washington, DC: PAHO; 2015.

**64.** Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria* 2012; 26(Supl 1):94–101.

**65.** Organización Mundial de la Salud. Informe de la Salud en el Mundo 2008: La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Disponible en: [https://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)

**66.** Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis for health care financing arrangements. *Health Policy* 2001; 56(3):171-204.

**67.** Titelman D, Cetrángolo O, Acosta OL. Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes. *Lancet* 2015; 385(9975):1359-1363.

**68.** OECD Health Policy Studies. Better Ways to Pay for Health Care. 2016. OECD Publishing, Paris. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>

**69.** Mathauer I, Dale E, Jowett M, Kutzin J. Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic? *Health Financing Policy Brief N°6*. World Health Organization. 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311387/WHO-UCH-HGF-PolicyBrief-19.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>

**70.** Cashin C, et al. Strategic health purchasing progress: a framework for policymakers and practitioners. *Health Finance & Governance*. 2018. Disponible en: <https://www.hfgproject.org/strategic-health-purchasing-progress-a-framework-for-policymakers-and-practitioners/>

**71.** Klasa K, Greer SL, van Ginneken E. Strategic

purchasing in practice: comparing ten European countries. *Health Policy* 2018; 122(5):457-472.

**72.** Cashin C, ed. *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Working Toward Universal Health Coverage*. Joint Learning Network for Universal Health Coverage, 2015. Disponible en: [https://www.jointlearningnetwork.org/wp-content/uploads/2019/11/JLN\\_ProviderPayment\\_MainGuide\\_InteractivePDF.pdf](https://www.jointlearningnetwork.org/wp-content/uploads/2019/11/JLN_ProviderPayment_MainGuide_InteractivePDF.pdf)

**73.** Campbell J, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ* 2013; 91(11):853-863.

**74.** Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet* 2004; 364(9445):1603–1609.

**75.** Frenk J, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376(9756): 1923-1958.

**76.** World Health Organization (WHO). *Task shifting guidelines: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines*. 2009. Disponible en: <https://www.usaidassist.org/resources/who-task-shifting-guidelines-rational-redistribution-tasks-among-health-workforce-teams>

**77.** Joshi R, et al. Task-shifting for cardiovascular risk factor management: lessons from the Global Alliance for Chronic Diseases. *BMJ Glob Health* 2018;3:e001092

**78.** Aguirre-Boza F. *Enfermería de Práctica Avanzada en la atención primaria: Ahora es el momento*. Centro de Estudios Públicos: Puntos de Referencia, N°447, noviembre 2016.

**79.** Aguirre-Boza F, Achondo B. Atención primaria de salud en Chile: enfermería de práctica avanzada contribuye al acceso universal de salud. *Rev. méd. Chile* 2016; 144(10):1319-1321.