



ESCUELA DE MEDICINA  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

# «¿Es posible implementar un modelo de Atención Primaria de Salud en el sector privado? Análisis de stakeholders»

Tesis presentada a la Dirección de Investigación y Postgrado como parte de los requisitos para optar al grado académico de Magister en Salud Pública.

Autor: Miguel Ángel Saavedra G.  
Tutor: Prof. Álvaro Tellez  
Cotutor: Prof. Claudio Méndez V.

Santiago, mayo de 2020.  
© MMXX Miguel Ángel Saavedra González

© MMXX Miguel Ángel Saavedra González

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

*A Manuelita.*

## Agradecimientos.

A Dios, porque esto es la UC y se supone que uno debe agradecer a Dios en esta universidad.

A mi familia, pues por segunda vez consecutiva me ha apoyado en todo...y tendría que ser enfermo de mala clase para no agradecerles.

Al glorioso Laboratorio de Políticas y Sistemas de Salud de la Universidad Austral de Chile. Sin su apoyo, ideas y ánimo, jamás se me habría ocurrido siquiera estudiar un posgrado en Salud Pública.

Al grupo «Señora». Ellos/as saben quienes son y han sido un apoyo moral potente durante todo este proceso. Sin ellos no habría podido mantener mi sanidad mental.

A mis exjefes, que me dieron los permisos para asistir a clases.

A mi esfuerzo y perseverancia, pues sin ellos habría cedido ante las presiones y desánimo.

Y finalmente, a la Sertralina y Clonazepam, puesto que sin ellos jamás habría terminado esta etapa.

## Tabla de contenido

<b>Agradecimientos.</b> ....	<b>4</b>
<b>Resumen.</b> .....	<b>6</b>
<b>I. Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>I.1. El sistema de salud chileno y contexto de la investigación.</b> .....	<b>7</b>
<b>I.2. Atención primaria en Salud.</b> .....	<b>8</b>
<b>I.3. Sistema de Financiamiento de la Atención Primaria en Salud</b> .....	<b>9</b>
<b>II. Supuestos del estudio</b> .....	<b>11</b>
<b>III. Objetivos de investigación</b> .....	<b>12</b>
<b>IV. Método y materiales</b> .....	<b>13</b>
<b>IV.1. Tipo de Estudio.</b> .....	<b>13</b>
<b>IV.2. Área de estudio.</b> .....	<b>13</b>
<b>IV.3. Identificación de los interesados (stakeholders).</b> .....	<b>13</b>
<b>IV.4. Técnica cualitativa de recolección de información</b> .....	<b>14</b>
<b>IV.5. Identificación del poder, posición social/política/económica e influencia de los interesados.</b> .....	<b>14</b>
<b>IV.6. Técnica de análisis.</b> .....	<b>16</b>
<b>IV.7. Ética de la investigación.</b> .....	<b>16</b>
<b>V. Resultados</b> .....	<b>17</b>
<b>V.1. Barreras</b> .....	<b>18</b>
V.1.1. Normativa. ....	19
V.1.2. Cultura, medicalización e híper-especialización. ....	20
V.1.3. Voluntad Política.....	22
V.1.4. Financiamiento y Recursos. ....	23
<b>V.2. Facilitadores</b> .....	<b>25</b>
V.2.1. Voluntad de los prestadores.....	26
V.2.2. Experiencias y estudios previos .....	26
V.2.3. Eficiencia en el uso de recursos. ....	27
V.2.4. Definición misma de APS .....	28
V.2.5. Integración de la red.....	29
<b>VI. Discusión</b> .....	<b>32</b>
<b>VII. Referencias</b> .....	<b>33</b>
<b>VIII. Anexo I: Consentimiento informado.</b> .....	<b>36</b>
<b>IX. Anexo II: Pauta de entrevista</b> .....	<b>40</b>

## Resumen.

La presente investigación es de tipo cualitativa, con un abordaje descriptivo y exploratorio. En vez de una hipótesis, se plantea como pregunta (y objetivo) de investigación si es posible la implementación de un modelo de atención primaria en salud en el sector privado, haciendo un análisis de interesados (stakeholders) y determinando barreras y facilitadores para dicha implementación.

Para la recolección de datos, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a los actores interesados, las cuales fueron analizadas en su aproximación inductiva. Se realizó análisis de contenido mediante software Atlas.ti y se mapeó a los interesados de acuerdo con su posible influencia sobre las decisiones a tomar y el posible impacto de las decisiones del mencionado proyecto sobre ellos.

Como temas de las entrevistas surgieron Bloqueadores y Facilitadores. Como subtemas, dentro de Bloqueadores, surgieron «Normativa actual», «Cultura, medicalización e hiper-especialización», «Voluntad política», «Financiamiento y recursos». Como subtemas dentro de Facilitadores, surgieron «Voluntad de los prestadores», «Experiencias y estudios previos», «Eficiencia en el uso de recursos», «Definición misma de APS», «Integración de la red».

Finalmente, si bien hay más actores a favor, falta investigación adicional en el ámbito económico.

## I. Introducción.

En el presente capítulo se desarrollan los aspectos conceptuales y teóricos que sustentan la pregunta de investigación. En la primera parte, se abordará un breve recuento histórico respecto al sistema de salud en Chile. En la segunda parte, se tratará y definirá el concepto de Atención Primaria en Salud y, finalmente, en la tercera parte se repasará el Financiamiento del Sistema de Salud en Chile (particularmente el de la Atención Primaria).

### I.1. El sistema de salud chileno y contexto de la investigación.

Chile es un país que tiene un buen sistema de salud, con resultados positivos en relación con el nivel de gasto que tiene en este ítem (1). Dichos resultados se deben en gran medida a la cobertura universal en salud que partió el año 1952 con la creación del SNS.

Luego, en el año 1981, hubo una «gran reforma» en la cual se crearon los «Institutos de Salud Previsional» (ISAPRE) y se descentralizó la organización del sistema de salud, quedando los – hasta ese entonces consultorios – dependientes de las municipalidades, mientras que los servicios de atención terciaria (hospitales) quedaron bajo la administración de los distintos servicios de salud (2).

Posteriormente, el año 2003 hubo una segunda reforma, en la cual los antiguos consultorios se transformaron en Centros de Salud Familiar (CESFAM), haciendo un fuerte énfasis en la Atención Primaria en Salud como estrategia para lograr mayor eficiencia en el uso de recursos (3,4).

La experiencia de Chile es concordante con la evidencia que demuestran que los países que tienen buenos indicadores de salud son aquellos que tienen buena implementación de APS (4). Sin embargo, las características del sistema privado distan de las características del sistema público. En primer lugar, no está representado un modelo de APS como sí lo está en el público, puesto que el privado (que comprende al 18% de la población) (5,6), se rige por una lógica que no está alineada con resultados en salud, sino con beneficios vinculados con el proceso de prestación en salud, con un modelo de pago del tipo *fee-for-service* (7).

Por lo tanto, se tienen dos sistemas con filosofías y lógicas diferentes que conviven en el país. En ese contexto se ha producido que el sector privado acoja al sector más sano, joven y rico de la población (descreme).

Dicha filosofía «dual» ha hecho que el sistema de Isapres no tenga un incentivo inmediato para cambiar su modelo de operaciones. Entonces por una parte, los gastos en salud se han ido incrementando paulatinamente, de la mano con el cambio demográfico de la población; y por otra, Chile está apuntando hacia una cobertura universal en salud, cabe plantearse si puede haber atención primaria en el sector privado, cambiando la lógica de funcionamiento de éste. Además, se ha ido haciendo paulatinamente más complicado de sostener y justificar dicha naturaleza «dual», razón por la cual ya ha habido intentos anteriores de reformar el sistema de Isapres (que han quedado estancados) (8) y se proyecta un nuevo intento durante el presente gobierno (9).

A nivel internacional, por otra parte, sí existen experiencias con resultados mixtos e incluso se han diseñado manuales de procedimientos de cómo involucrar al sector privado en la estrategia de Atención Primaria en Salud para alcanzar la Cobertura Universal en Salud (10). En busca de una estrategia para involucrar al sector privado en la Atención Primaria de Salud como estrategia, un primer paso necesario es el análisis de los involucrados en el sistema (10), lo que justamente constituye el objetivo de este estudio.

En cuanto al contexto del estudio, éste tendrá como área de trabajo la Región Metropolitana de Santiago, debido a que la población presente en dicha región corresponde al 40% de la población nacional (11), así como también por encontrarse en dicha región los tomadores de decisiones en salud y los principales stakeholders.

## I.2. Atención primaria en Salud.

La OMS define APS como «La asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.» (12). Esta definición proviene del consenso de Alma-Ata de 1978, donde se dio la primera definición consensuada de dicho concepto (13). Posteriormente, en las décadas siguientes, se demostró que los países que tienen buenos resultados en salud son aquellos que tienen una buena implementación de APS, en cualquiera de sus modelos (14).

La APS actualmente implementada (con ciertas modificaciones) en Chile, se define como *«El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y*

*mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural» (15).*

En general, los sistemas de salud más desarrollados tienden a tener un fuerte sistema de Atención Primaria en Salud de tipo Integral, como el caso de Canadá (16), Dinamarca (17) o España o UK, por nombrar algunos. En dichos ejemplos, la atención primaria en salud es la piedra angular sobre la cual se sostiene todo el sistema de salud. En el caso de Chile, en el sector público (que es donde se atiende el 80% de la población), existe una fuerte atención primaria, sin embargo, en el sector privado, la atención primaria tiende a estar muy poco desarrollada como tal.

### I.3. Sistema de Financiamiento de la Atención Primaria en Salud

Los sistemas de salud tienen distintos tipos de financiamiento (18) y el sistema chileno tiene el suyo particular, siendo éste mixto regulado, es decir, compuesto de fondos y prestadores públicos y privados, pero regulado por el Ministerio de Salud (19). En el caso del financiamiento, aseguramiento y provisión, lo podemos resumir en la siguiente tabla:

<b>Función</b>	<b>Estatal o público</b>	<b>Privado</b>
<b>Rol rector</b>	- Estado (Ministerio de salud)	
<b>Rol regulador</b>	- Estado (Ministerio de salud) - Superintendencia de Salud	
<b>Financiamiento</b>	- Estado - Cotización trabajadores	- Empresas - Cotización trabajadores
<b>Aseguramiento</b>	- FONASA - Fuerzas Armadas	- ISAPRE - Mutuales - Seguros específicos (escolares, transporte)
<b>Centros de provisión de servicios asistenciales</b>	- Hospitales SNSS de distinta complejidad - Hospitales Fuerzas Armadas - Centros de atención ambulatoria de distinta complejidad	- Hospitales y clínicas - Centros ambulatorios - Laboratorios - Centros de imagenología

*FUENTE: ADAPTADO DE INFORME «SALUD EN CHILE» (PAHO)(19).*

Por otra parte, las personas naturales también contribuyen al financiamiento del sistema mediante gasto de bolsillo, ya sea en copago o en farmacias.

En el caso del financiamiento del sector público, quien administra y asegura a este sector es FONASA (20), el cual tiene distintos mecanismos de pago dependiendo del nivel de atención.

A nivel primario, son los municipios los principales encargados de la provisión de la Atención Primaria en Salud (APS) y por ende de administrar los recursos (tanto propios como del MINSAL) asignados a la APS, así como también de adaptar e implementar las políticas y directrices ministeriales provenientes del nivel central. El mecanismo de financiamiento más importante es per cápita (20); no obstante, los municipios también tienen la facultad de implementar políticas y programas propios, mientras se mantengan en el marco de las directrices generales que indica el MINSAL (21).

Si bien se ha abordado el financiamiento de la atención primaria en salud por parte de del seguro público, el sector privado (representado por las administradoras de la cotización obligatoria en salud conocidas como ISAPRES y los prestadores) queda fuera de la ecuación, puesto que, como se mencionó en la introducción, la lógica bajo la cual funciona el sistema privado no considera (por ahora) la atención primaria en salud como un componente importante.

Las ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional) son, como su nombre lo indica, instituciones que funcionan como una especie de «aseguradoras», cuya función es administrar la cotización obligatoria en salud de parte de quienes no desean estar adscritos a FONASA. En ese sentido, existen dos tipos de ISAPRE: las abiertas (a las que puede optar la población general) y las cerradas, a las que pueden acceder los trabajadores de las empresas o sectores económicos que cuenten con éstas (como el caso de la minería) (6). Dichas instituciones son supervisadas por la Superintendencia de Salud y están agrupadas en la «Asociación de Isapres AG» (22).

En cuanto a los prestadores en el sector privado, éstos son múltiples y pueden ir desde pequeños centros médicos y consultas particulares, hasta prestadores de gran tamaño, como clínicas de alta complejidad y redes de centros médicos, de los cuales, varios se agrupan en «Clínicas de Chile A.G.» (23).

## II. Supuestos del estudio.

Los diseños cualitativos descriptivos tienen como uno de sus objetivos el generar nuevas hipótesis de investigación para fenómenos no estudiados. En la presente propuesta de investigación, la naturaleza teórica del fenómeno en estudio no ha sido objeto de indagaciones empíricas que permitan el establecimiento de una hipótesis científica sujeta de comprobación. No obstante, el supuesto de investigación se basa en que, en el futuro próximo, el sector privado debe transformar su actual sistema de atención e incorporar la atención primaria, con sus lógicas y modelos, como parte fundamental del cambio. Esta hipótesis subyace al menos en dos circunstancias: se está discutiendo una reforma que apunta a generar más solidaridad y responsabilidad sanitaria en el sistema privado; la segunda es que la población cubierta por las isapres está envejeciendo. Para inducir y gestionar dicho cambio en el sector privado, será relevante conocer las barreras y facilitadores que lo afectarán, en función de maximizar las posibilidades de éxito.

El abordaje de esta investigación es del tipo descriptivo exploratorio (24), pues una vez conociendo los resultados de ésta, se podrán levantar nuevas hipótesis de investigación y/o continuar con el proceso de implementación de APS en el sector privado. El diseño se basó en estudios y experiencias previas en otros países, adaptándolas a la realidad chilena

El análisis de stakeholders (o análisis de interesados) es una herramienta (o set de herramientas) para generar conocimiento acerca de actores - individuos y organizaciones - para poder entender su comportamiento, intenciones, interrelaciones e intereses; y para evaluar la influencia y recursos que aportan para llevar a cabo procesos de toma de decisiones o de implementación. Teniendo en cuenta esto, la información de los análisis puede ser utilizada para ayudar a entender cómo las políticas se han desarrollado y evaluar la factibilidad de futuros cambios en estas políticas; para facilitar la implementación de proyectos, decisiones específicas u objetivos organizacionales y para desarrollar estrategias para vincular a *stakeholders* relevantes (25).

### III. Objetivos de investigación

Debido a que la presente investigación es de un enfoque descriptivo exploratorio, se parte con una pregunta de investigación, la cual en sí misma, en su respuesta, es el objetivo de la investigación.

Los objetivos de la investigación son los siguientes:

**General:** Identificar barreras y facilitadores para la posible implementación de una estrategia de APS en el sector privado.

**Específicos:**

- Caracterizar el nivel de interés de los actores privados en Chile para desarrollar estrategias de atención primaria en su ámbito, así como las condiciones asociadas a esa estrategia.
- Describir los esfuerzos hechos actualmente en el sector privado.
- Identificar factores que dificultan y facilitan el desarrollo de APS en el sector privado, así como las oportunidades que se vislumbran.

## IV. Método y materiales

En este capítulo se describe el tipo de estudio que se realizó, cuál fue su área de estudio, el tipo de población y muestra cualitativa, la técnica cualitativa de recolección de información y los criterios de rigor para la investigación cualitativa.

### IV.1. Tipo de Estudio.

Se condujo un estudio con enfoque cualitativo, utilizando la técnica de análisis de involucrados (26). Esta técnica se caracteriza porque permite hacer un análisis prospectivo de políticas públicas que aún pueden estar en discusión y pleno desarrollo político y/o legislativo. La selección para realizar esta técnica obedeció a un criterio de selección por conveniencia.

### IV.2. Área de estudio.

Se seleccionó como área de estudio a la ciudad de Santiago, debido a que se encuentran en dicha ciudad los principales tomadores de decisiones en salud y los principales interesados en el sector privado.

### IV.3. Identificación de los interesados (*stakeholders*).

Se identificaron categorías de interesados, cómo podrían verse afectados, quienes podrían ser beneficiarios directos, el potencial impacto de una implementación de APS sobre los interesados y sus números.

Se definió como actores claves a todas aquellas instituciones que participan o participarán en las definiciones e implementación de estrategias y/o modelos de APS en el sector privado. A priori se identifican los siguientes actores:

Tabla 1: Stakeholders identificados

Sector	Actores relevantes	Número de entrevistas
Privado	ISAPREs	1 a 2 de asoc. De ISAPRES y/o directivo de isapre
	Académicos	2
	Proveedores de Salud	2 (VidaIntegra y UC Christus)
	Sociedades científicas y/o colegios profesionales relevantes en APS	1 representante. (Soc. Chilena Med. Familiar)

De dichos actores, se escogieron informantes clave (indicados en la tabla 1) para profundizar sobre sus perspectivas o intereses respecto al tema en estudio.

Las entrevistas fueron conducidas en el período comprendido entre el mes de enero y el mes de marzo del año 2020.

#### IV.4. Técnica cualitativa de recolección de información

Para la recolección de datos se utilizó la técnica cualitativa de entrevista individual semiestructurada en profundidad (27). Para reducir la variabilidad en la aproximación a los tópicos, las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal. Una vez que el consentimiento informado fue firmado por los participantes, las entrevistas fueron grabadas en audio digital y luego transcritas en forma literal. Las transcripciones fueron enviadas a los participantes para comentarios y correcciones, como criterio de buena calidad en el reporte de investigación cualitativa (28). En el caso de uno de los entrevistados que fue contactado vía teleconferencia, el procedimiento fue el mismo, con la salvedad de enviar los documentos de manera electrónica (29).

#### IV.5. Identificación del poder, posición social/política/económica e influencia de los interesados.

Para evaluar y mapear el poder/influencia de las partes interesadas, se identificó quién posee qué recursos (tangibles o intangibles), quiénes tienen privilegios y quién puede, directa o indirectamente, tomar medidas a favor o en contra del proyecto de APS en el sector privado, o ser capaz de movilizarse a favor o en contra. Esto permitió organizar a los interesados de acuerdo con su posible influencia sobre las decisiones

a tomar y el posible impacto de las decisiones del mencionado proyecto sobre ellos. Durante esta etapa, se formuló un cuadro de análisis de interesados, los que fueron caracterizados de acuerdo con las siguientes categorías preexistentes (indicadas en la Figura 1).

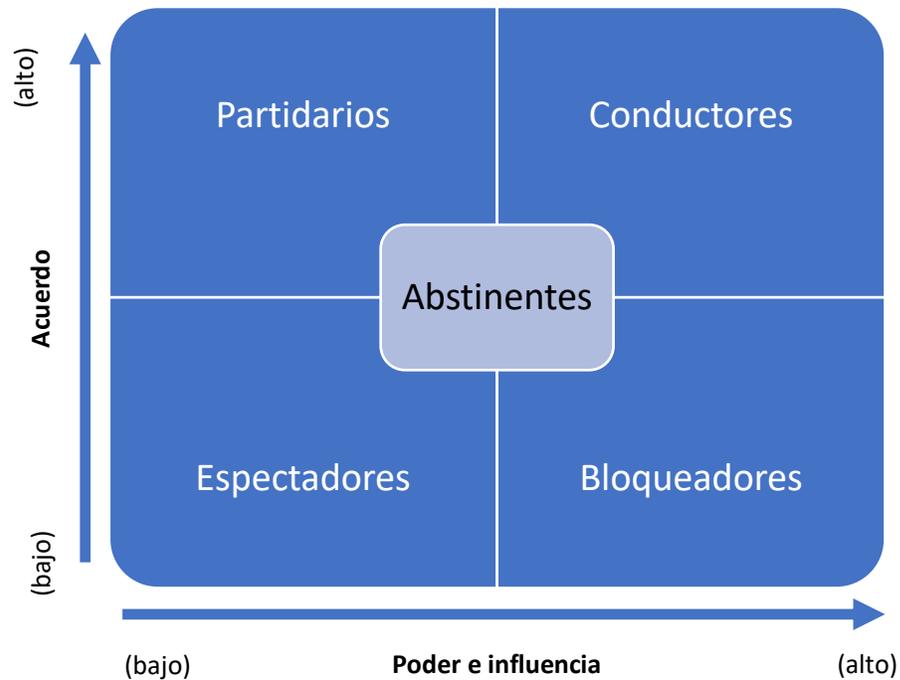


Figura 1: Cuadro de Análisis de Interesados. Fuente: Stakeholder Analysis/Hyder et al. (36)

**Conductores:** Son aquellas personas con alta influencia y que además abogan por la causa

**Bloqueadores:** Son aquellas personas con alta influencia, pero que están en contra de la causa

**Partidarios:** Son aquellos que, estando de acuerdo con la causa, tienen poco poder para influir por sí mismos.

**Espectadores:** Aquellos con poca influencia y que tampoco apoyan la causa

**Abstinentes:** Son aquellos neutrales a la causa, pero podrían tener o no influencia en ella.

#### IV.6. Técnica de análisis.

Las transcripciones serán leídas por el investigador principal de forma iterativa. Para organizar la información de los discursos, éstos serán codificados a través de la técnica de análisis de contenido en su aproximación inductiva (30,31), usando el software Atlas.ti de análisis cualitativo. Este software permite organizar y segmentar discursos en unidades de análisis y árboles de codificación y, una vez que los discursos sean organizados en unidades de análisis y codificados, la información será segmentada en categorías y subcategorías para cada categoría de informante. Se seleccionarán y codificarán citas literales, basadas en la categoría e institución adscrita del informante. Luego de ello, se realizará un mapeo de las partes interesadas por su nivel de poder, influencia y nivel de acuerdo.

El análisis de interesados (*stakeholders*) fue realizado en tres grandes fases:

Identificación de los interesados (*stakeholders*)

Evaluación e indagación de sus intereses y actitudes, poder/influencia, posición en relación con los recursos políticos que poseen (25) y

Desarrollo de una estrategia apropiada en como mejor interactuar y abordar a estos *stakeholders*.

#### IV.7. Ética de la investigación.

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, el día 19 de diciembre de 2019, en la sesión ordinaria nº 22, con el folio 191018001.

## V. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de acuerdo con la metodología planteada y que responden a la pregunta de investigación principal, así como también a los objetivos planteados. La descripción de análisis de resultados se ha organizado en primera instancia con la identificación de los actores involucrados entrevistados. Con motivo de mantener el anonimato de los involucrados entrevistados, los *stakeholder* fueron identificados y codificados con la denominación «HS» (*Healthcare Stakeholder*), numerados del 01 al 04 (Tabla 2).

Tabla 2: Identificación de los Interesados

Sector	Actores relevantes	Número de entrevistas
<b>Privado</b>	ISAPREs	N/A (se utilizó fuentes secundarias)
	Académicos	HS-01 y HS-02
	Proveedores de Salud	HS-03 y HS-04
	Sociedades científicas y/o colegios profesionales relevantes en APS	N/A (se utilizó fuente secundaria)

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA. N/A: NO APLICA.

En primera instancia, de acuerdo con el protocolo de la entrevista, los entrevistados manejaban los conceptos claves respecto a medicina familiar, atención primaria en salud y consenso de Alma-Ata. Esto permitió que las entrevistas pudieran desarrollarse de manera fluida, pues los entrevistados son expertos en la materia.

Producto del análisis de las entrevistas, emergieron temas y subtemas los cuales se describen los resultados generales de cada tema y específicos de cada subtema. En los subtemas se incluyen citas literales de algunos de los involucrados entrevistados. En la Tabla 3 se presentan los temas y subtemas que se analizan a continuación.

Tabla 3: Temas y Subtemas Encontrados

Temas	Subtemas
<b>Barreras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normativa actual</li> <li>• Cultura, medicalización e hiper-especialización</li> <li>• Voluntad Política</li> <li>• Financiamiento y recursos</li> </ul>
<b>Facilitadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntad de los prestadores</li> <li>• Experiencias y estudios previos</li> <li>• Eficiencia en el uso de recursos</li> <li>• Definición misma de APS</li> <li>• Integración de la red</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Tendiendo en cuenta lo anterior y cumpliendo con parte de los objetivos de la presente investigación, se logró encontrar barreras y facilitadores para la implementación de un modelo de atención primaria en el sector privado.

## V.1. Barreras

Los temas abordados en las entrevistas involucraron aspectos que eran barreras y al mismo tiempo facilitadores, dependiendo del punto de vista del involucrado. Usando el software Atlas.ti, se logró determinar cuales subtemas estaban mayormente relacionados con las barreras y cuáles con los facilitadores, a pesar de haber elementos en ambos (como, por ejemplo, el tema de la voluntad, ya sea política o de los prestadores).

El primer subtema que emergió y que afectaría en gran parte una posible implementación de un modelo de APS en el sector privado es la actual normativa. Según los entrevistados, la actual normativa no tiene contemplada la creación de una red de prestadores de servicios funcionando bajo un régimen de atención primaria (como ocurre en el sector público), sino más bien uno enfocado en la entrega de prestaciones médicas puntuales, no existiendo el seguimiento ni un protocolo para ascender o descender en cuanto a niveles de complejidad.

El segundo subtema que emergió es el de la cultura de la medicalización e hiper-especialización. La cultura chilena actual, en lo referente al ámbito sanitario y según los entrevistados, asocia la calidad en salud con acudir a un médico especialista en

un área. Dicha percepción es contrarrestada con las estadísticas que manejan de manera interna los prestadores privados, según las cuales, cerca de un 80% de las atenciones realizadas por médicos especialistas en una red de consultorios privada (a la cual pertenece HS-04), pudo perfectamente haber sido resuelta por un médico general ó un médico de familia. Más aún, según uno de los académicos entrevistados, muchas de las prestaciones médicas de especialistas pueden ser realizadas por profesionales no médicos, tales como nutricionistas o enfermeros (en el caso de manejo de dietas o de pacientes crónicos, a modo de ejemplo). Este problema tiende a perpetuarse debido, en parte, a la academia. Según los entrevistados, existe un incentivo hacia los estudiantes de medicina (así como también hacia las escuelas de medicina) para que éstos se especialicen lo antes posible, de manera que la medicina general (y en menor medida la especialidad de medicina familiar) queden relegadas a un segundo plano.

En cuanto a Voluntad política, ésta se podría definir como la voluntad que tiene cada actor del sistema de salud en que se pueda implementar un modelo de APS en el sector privado. Teniendo en cuenta esta definición, el subtema sería de naturaleza más bien «ambidiestra», es decir, en algunos casos como barrera, mientras que en otros como facilitador. Así, según los entrevistados, existen intereses económicos y políticos por parte de distintos sectores políticos y aseguradores que, o estarían en contra de la implementación de dicho modelo, o simplemente no les interesaría porque no lo ven como algo realizable o rentable.

Finalmente, el financiamiento y los recursos fueron vistos como barreras por parte de los entrevistados, debido a que el modelo de negocio de los aseguradores privados está basado en una lógica mercantil (i.e. entregar una prestación como un producto de consumo) más que en una lógica sanitaria. Esto ha llevado a que actualmente se financie casi la totalidad del sector con el modelo de «pago por prestación» (fee-for-service), que, a juicio de los entrevistados, no funcionaría con un modelo de atención primaria en salud.

### V.1.1. Normativa.

Una de las primeras barreras que emergió de las entrevistas corresponde a la normativa actual en cuanto a aseguramiento y prestación de servicios sanitarios en el sector privado. De acuerdo con los entrevistados, la normativa es «restrictiva» y no está acorde a los tiempos actuales.

*«Yo diría que como barrera es el hecho de que la normativa que tienen, a la cual tienen que acogerse los prestadores privados en el marco de la*

*institucionalidad a veces entra en conflicto con la normativa y la institucionalidad que tienen los prestadores del sector público, en cuanto a las restricciones, los límites, las barreras, las oportunidades.» (HS-01)*

Dentro del ámbito normativo, otro factor que influye es la actual incertidumbre con respecto al actual ordenamiento sanitario, pues éste podría cambiar (o continuar) en el futuro cercano.

*«...no es menor considerar en esta entrevista como un factor de control incierto en la organización que va a tener Chile en su sistema de salud en los próximos años y ponerse en esos diversos escenarios.» (HS-01)*

Finalmente, también se considera como limitante una falta de normativa que garantice la calidad y determine la naturaleza preventiva de la implementación de un modelo de APS en el sector privado.

*«Ahora, cómo se establece que es preventivo o no es preventivo, debiera estar esto establecido, por así decir una suerte de protocolo que ha sido validado por expertos, y que consideran que eso es lo que debiera hacerse y se establecen los tres niveles.» (HS-03)*

#### V.1.2. Cultura, medicalización e hiper-especialización.

Otra de las barreras importantes en la posible implementación de un modelo de atención primaria en salud en el sector privado, según los entrevistados, sería la propia cultura de las personas adscritas al sector privado.

Al respecto, se señala que existe una cultura orientada a la resolución de problemas médicos puntuales, más que hacia una prevención de problemas de salud.

*«El sector privado nace como una respuesta a las demandas o a las necesidades que tiene un grupo muy particular de personas dentro de la población. Y, por lo tanto, no tiene el concepto de un modelo de atención, y va respondiendo de alguna manera a las demandas de esa población.» (HS-02)*

*«Las personas cuando acuden de forma individual a satisfacer sus necesidades de salud personales lo hacen cuando están enfermas. Pero,*

*no participan de programas preventivos, cosas tan obvias como programas para disminuir tabaquismo, alcoholismo, autocuidado, cuidado de personas mayores, etc. No tienen incentivos personales ni gran motivación para hacerlo.» (HS-04)*

En virtud de lo anterior, dentro de ese mismo grupo poblacional se creó la noción que, para tratar un problema puntual, se debe acudir inmediatamente al médico especialista en dicha área.

*«...hay una tendencia que está en el ideario colectivo y que tiene que ver con el tener una enfermedad debe ser resuelta por el especialista de esa enfermedad, no debe ser resuelta por un médico general.» (HS-02)*

*«en el fondo lo que están diciendo es que la gente tiene esta cosa que la trae de atrás, ya venía, estaba en el subconsciente de la población chilena, que la calidad está en la especialidad.» (HS-03)*

Esto ha llevado a que el acceso al médico especialista en el sector privado sea regulado por la lógica del mercado y no por una lógica sanitaria o sistémica.

*«no está instalado en el colectivo privado esta necesidad de una secuencia de pasos para resolver un problema. Si tengo el dinero suficiente y tengo la educación suficiente, creo que mi problema debe ser resuelto en el más corto plazo por la mejor persona disponible, y eso significa el especialista.» (HS-02)*

*«Las campañas que hacen todas las organizaciones de salud, que sin decirlo lo dicen, que es promocionando una medicina de alta especialidad. O sea, ellos implícitamente están diciendo alta especialidad, igual calidad.» (HS-03)*

El estar regulados por la lógica del mercado, así como también por la «cultura» predominante y sus incentivos económicos, ha llevado a que la formación de profesionales médicos esté enfocada a la formación de especialistas y subespecialistas, más que a la formación de médicos generales o de familia.

*«El modelo parte, perdón que me extienda, por la enseñanza en la universidad que motiva a los estudiantes a especializarse inmediatamente. Diría que casi menos precia el rol del médico general o del médico general especialista, en este caso el médico familiar o el*

*internista general, que debiesen ser la base del modelo de atención, tanto en el sector público como en el sector privado.» (HS-04)*

*«Yo creo que la misma academia con esta forma de enfocar la enseñanza a la medicina orientada a sacar inmediatamente especialistas y no dándole...» (HS-03)*

Visto lo anterior, se puede considerar a la academia como un stakeholder más en el sistema.

### V.1.3. Voluntad Política.

La tercera barrera encontrada dentro de las entrevistas es la «voluntad política». Ella se podría definir como la voluntad que existe en los diferentes actores del sector en cambiar la forma en que se aborda la atención en salud.

El diagnóstico de la situación actual que realizan los *stakeholders* entrevistados, sugiere una especie de «estancamiento» en lo referente a atención primaria en el sector privado. Este estancamiento estaría producido por las distintas posturas políticas de los actores, así como por una falta de políticas (en el sentido de *policy*) que rijan la atención primaria (ya que ésta sólo existe a nivel estatal).

*«...una segunda barrera de fondo que existe para eso es la posición política de aquellos que perciben que la viabilidad de la convivencia de un sistema público y privada, frente a las necesidades que Chile tiene en este momento hacen necesario, probablemente, la percepción de un sólo sistema de salud y probablemente una marginalización de un sistema privado de atención. Esa es una dificultad, una barrera política de marca mayor, en la cual en este momento estamos precisamente entrando recién a conversar.» (HS-01)*

*«Yo creo que en el tema político nos falta mucho. Yo hablo más de *policy* que de *politics*. - Hoy día nosotros no tenemos los elementos, ni la voluntad política para desarrollar la atención primaria.» (HS-02)*

Esta misma carencia de políticas adecuadas (*policy*), en conjunto con los cambios sociales y demográficos actuales, según los entrevistados, invitaría a replantearse el rol que tienen los actores del sistema privado con respecto a la

APS, idealmente para trabajar de manera armonizada y puedan realizar «acciones cruzadas» entre ambos sistemas.

*«...tenemos que influir en los políticos a través de las policy, para que ellos cambien un poquito el switch y se den cuenta que la forma en la que está estructurado el sistema... y aquí estoy hablando del sistema privado, no es adecuada.» (HS-02)*

*«...el legislador tiene una tarea súper importante, sobre todo en los tiempos que corren, en la gestión de un nuevo orden de atención de salud y un nuevo orden del sistema de salud, de poder armonizar los procesos de una forma que puedan convivir tal como lo muestran los típicos diagramas de financiamiento de salud en términos de que haya acciones cruzadas entre ambos sistemas...» (HS-01)*

Sin embargo, más que elementos concretos sobre políticas en salud, sólo se abordó la barrera de manera general por parte de los entrevistados.

#### V.1.4. Financiamiento y Recursos.

Finalmente, la cuarta barrera más importante en lo que respecta a la implementación de APS en el sector privado sería su financiamiento y recursos (ya sea médicos, profesionales no médicos, recintos, etc).

En cuanto a financiamiento, los entrevistados se refirieron principalmente al rol de las aseguradoras y su modelo de negocios, el cual está sustentado en una lógica de «consumo de salud» más que de prevención en salud.

*«El sector privado se financia básicamente por acto médico, fee for service, como le llaman los americanos. Y eso hace que para una aseguradora sea mucho más fácil poder interactuar con un prestador seleccionado. Y habitualmente ese conjunto de prestadores, son prestadores que están en el ámbito de la especialidad.» (HS-02)*

*«Y es parte de su modelo comercial, venden esto y la gente de forma individual cae o más bien se siente atraída por este modelo, porque no piensa en todo lo que es prevención, promoción de salud, manejo poblacional, etc» (HS-04)*

Debido a que el modelo principal de financiamiento actualmente es el «*fee-for-service*», las mismas aseguradoras formarían una barrera en contra de los prestadores privados, a pesar de que ambos pertenecen a dicho sector. Es más, este mismo modelo de financiamiento, de acuerdo con la asociación de ISAPRES de Chile en una publicación de 2019, ha hecho que los costos en salud hayan ido aumentando con el pasar de los años, así como también la cantidad de prestaciones médicas entregadas (32).

Por otra parte, los entrevistados se refirieron al uso de recursos como ineficientes, ya que, debido a este mismo modelo, recursos tales como médicos especialistas, hospitales de alta complejidad, laboratorios de especialidad e insumos, estarían siendo subutilizados (desaprovechados) e incluso mal utilizados, lo que acarrearía un aumento de costos por parte de los prestadores y usuarios.

*«Si lo miramos desde un punto de vista financiero, si hago una cirugía, que podría ser una cirugía ambulatoria o una cirugía realizada en el nivel primario de atención, cirugía simple, y yo la hago en un hospital complejo, como en el hospital de la católica, lo que voy a estar haciendo es consumir recursos en una institución que fue diseñada para atender pacientes complejos.» (HS-02)*

*«Otro factor que dificulta es la existencia de prestadores, clínicas muy importantes que tienen su modelo de negocios en base a la oferta de especialistas no más.» (HS-04)*

Al preguntarles por posibles modelos de financiamiento para un modelo de atención primaria en el sector privado, los entrevistados llegaron a distintas conclusiones, tales como modelo capitado de financiamiento, pago por resultados clínicos, o la creación de canasta de prestaciones preventivas garantizadas. En cualquiera de los casos, un acuerdo casi unánime entre todos los entrevistados fue que la implementación de un modelo de APS en el amplio sentido de la palabra, finalmente involucraría una disminución de costos y un ahorro para las aseguradoras.

*«Una cosa es lo que paga el paciente, el beneficiario, y otra forma es cómo el seguro le paga al proveedor del servicio. El seguro en un modelo de atención primaria tiene que pagar por resultados. Puede ser per cápita o puede ser un pago por resolución de problemas, por manejo de población. En fin, hay múltiples opciones. Pero, claramente no puede ser fee-for-service.» (HS-04)*

*«Hay que reconocer que un sistema de atención primaria bien implementado en el sector privado probablemente aumente los márgenes de utilidad que pueda tener una aseguradora.» (HS-02)*

## V.2. Facilitadores

En las entrevistas también emergieron facilitadores de distinto tipo, los cuales van desde la voluntad por parte de los prestadores para implementar el modelo, hasta las condiciones actuales que tienen y que facilitarían el proceso de implementación.

En lo concerniente a la voluntad por parte de los prestadores, éstos han hecho intentos (fructuosos e infructuosos) de implementar el modelo de atención primaria en salud. Dos de los stakeholders entrevistados, pertenecientes al plano de los prestadores, han admitido que la idea y voluntad están y que siguen buscando la forma de implementar dicho modelo. Incluso, ya desde el 2013 que la misma asociación que los agrupa (Clínicas de Chile A.G.) ha lanzado estudios donde se analiza la factibilidad de APS en el sector privado y su influencia positiva en los resultados en salud.

Por otra parte, durante las entrevistas se mencionó que hubo experiencias previas por parte de una red de prestadores (CESFUC), así como también estudios preliminares que no han llegado a puerto. Una experiencia mencionada que sí ha avanzado de manera exitosa han sido los centros Áncora de UC-Christus. Según uno de los actores involucrados, dicha red ha demostrado en todas las métricas la factibilidad, la eficiencia y los buenos resultados en salud que puede otorgar el modelo de atención primaria y medicina familiar.

Esta eficiencia de recursos, mencionada por uno de los actores involucrados, ha salido a la palestra durante las entrevistas con todos los entrevistados en repetidas ocasiones, otorgándosele una elevada importancia en el contexto actual, en el cual hay un cambio demográfico y los gastos en salud han aumentado (por parte del asegurador Y por parte del bolsillo del usuario). La eficiencia en el uso de los recursos (profesionales, de infraestructura, financieros, etc.) conduciría a una mejor experiencia de usuario y a mejores resultados en salud, según los 2 stakeholders de prestadores entrevistados.

Además, según los entrevistados, no sólo la eficiencia en el uso de los recursos mejora la experiencia del usuario (así como sus resultados en salud), sino también elementos clave del concepto mismo del modelo de Atención Primaria en Salud,

tales como la cercanía, alta resolutivez, territorialidad e integración del sistema. Así mismo, también abordaron el hecho que algunos de los «grandes prestadores» ya tienen instalada una infraestructura que permite, en cierta medida, una integración de los distintos niveles de atención, así como también un trabajo en red entre sus centros médicos, no sólo a nivel informático (con fichas clínicas, disponibilidad de profesionales, etc), sino también a nivel administrativo, lo que constituirían dos grandes facilitadores adicionales.

### V.2.1. Voluntad de los prestadores

En general, los entrevistados concordaron en que actualmente existe una cierta disposición por parte de los prestadores, a implementar un modelo de atención primaria en salud. Esto se debería a múltiples factores, tales como el cambio demográfico que está viviendo el país, los cambios políticos y sociales, una mayor satisfacción y experiencia de usuario y una reducción en los costos de operación de dichos recintos.

*«...sí hay un sistema de atención primaria centrada en lograr efectividad, o sea, en términos prácticos resolutivez sin tener que derivar, está orientado a evitar episodios de enfermedad o mejorar las condiciones de salud. O sea, con un énfasis en prevención y promoción, de tal forma que los pacientes perciban eso. Y está atento al nivel de satisfacción de los usuarios, en un contexto de contención razonable de costos.» (HS-03)*

*«Yo creo que el gran facilitador es la escasez de recursos. - Yo creo que se están dando las condiciones para que este modelo emerja en el sector privado con más fuerza porque, insisto, hay iniciativas, hay cosas que están caminando en esta dirección.» (HS-04)*

Por otra parte, la asociación Clínicas de Chile A.G. viene desde el año 2013 analizando la idea de implementar un modelo de atención primaria en salud, basado en parte en la estrategia de la Kaiser Permanente (33); idea que, de acuerdo a los mismos entrevistados, ha venido ganando más fuerza al ir aumentando la competitividad y los costos en salud.

### V.2.2. Experiencias y estudios previos

Dentro de los temas emergidos en las entrevistas, uno que resaltó en 3 de los 4 entrevistados fue la existencia de experiencias previas o incluso intentos que han hecho distintos actores del sector privado, en pos de implementar un modelo

de atención primaria. Esta experiencia estaría dada por el CESFUC (Centro de Salud Familiar UC), así como también de experiencias extranjeras (como el caso de Kaiser Permanente). Si bien el caso de estudio del CESFUC no dio buenos resultados, la implementación de un modelo de atención primaria en la existente red Ancora sí lo ha dado.

*«La clave de lo que nosotros propusimos era demostrar que el modelo de atención primaria de salud familiar es efectivo, es eficiente y se acompaña de una mayor satisfacción de los pacientes. Esos fueron, por decirte, los pilares que hemos trabajado, y hemos hecho comparaciones en la forma como nosotros hacemos las cosas versus los que están al rededor, que son centros de salud familiar, pero no áncora. Y eso está demostrado, aquí también, no tan clarito como los estudios que muestran otros, pero están. Medimos satisfacción usuaria, medimos efectividad, medimos eficiencia.»*  
(HS-03)

*«Entre los factores que facilitan está la maravillosa oportunidad de que hay toda una historia en Chile de organización en niveles de jerarquía y de interrelación entre esos niveles. Hay un desarrollo de la APS en Chile que es importante, más allá de la crítica y observaciones que hacen los mismos actores de la APS chilena, en términos comparativos con otros países de América Latina y con el mundo. Nuestra oferta de atención en APS y particularmente en el nivel primario es un ejemplo que el sector privado podría homologar de alguna forma, haciendo los encuadres necesarios»*  
(HS-01)

A nivel nacional, junto con los centros Ancora UC, existe la experiencia estatal (mencionada por los entrevistados), la cual sirve de base para traspasar una organización similar al sistema privado, en lo que a atención primaria se refiere.

### V.2.3. Eficiencia en el uso de recursos.

Un tema recurrente durante la entrevista fue el énfasis que los entrevistados le dieron a la eficiencia en el uso de recursos que presenta un modelo de atención primaria en salud.

Este modelo permitiría que el acceso a niveles superiores de complejidad de atención, así como a médicos especialistas, esté dado por un criterio clínico, optimizando de esa forma el uso racional de dichos profesionales e instalaciones.

*«Un médico familiar operando en distintas partes del mundo, en países desarrollados y en países emergentes, se nota en términos de si hay un médico familiar o no lo hay, en términos de ahorro en consultas de urgencias, en ahorro en consultas de hospitalización y mejoría de sobre vías» (HS-03)*

*«...resolver de verdad las necesidades de salud de la población del sector privado, de una manera eficiente, oportuna. Si me duele el pecho, yo como paciente podré pensar que tengo un problema en el corazón, voy al cardiólogo. El cardiológico probablemente se va a dar cuenta que mi problema no es cardíaco, pero él por su amplio y detallado conocimiento se va a ver obligado a descartar situaciones patológicas muy extrañas y me va a pedir una serie de exámenes. Por supuesto, estos exámenes van a salir negativos, y me va a decir "usted no tiene nada". Pero, yo sigo con el dolor en el pecho. Y llega otro especialista, en fin, y al final el problema pudo resolverse con un buen médico general o un médico familiar sin dilapidar recursos. Por lo tanto, en el sector privado la atención primaria tiene un rol social fundamental, pero también con una dimensión económica. - Por lo tanto, el tema no es solo de dilapidar recursos, de ser más eficientes, sino que creo que lo más importante es hacer mejor medicina, mejor salud.» (HS-04)*

Esta eficiencia en el uso de recursos también ha sido abordada por la asociación Clínicas de Chile, que en uno de sus reportes la incluye como parte del «valor añadido» que se le da a la experiencia del paciente, al mismo nivel que mejores resultados en salud (34).

#### V.2.4. Definición misma de APS

El concepto de Atención Primaria en Salud fue definido dentro del marco teórico del presente trabajo, por lo que no vale la pena repetirlo en esta sección.

Teniendo ello en cuenta, los entrevistados ven las características mismas del concepto de APS como una fortaleza y un facilitador para la implementación de este modelo en el sector privado. Características tales como la integración,

eficiencia en el uso de recursos, cercanía al usuario, resolutivez y territorialidad son abordadas repetidamente.

*«Yo creo que fundamental es la comunicación. La comunicación a las personas. Hacerles ver que un modelo de atención primaria es tener la salud cerca, en forma oportuna, resolutivez y sobre todo que sientan confianza, y que, si necesitan algo de mayor complejidad, al entrar en el sistema lo van a tener. – Recalcar que este modelo permite otorgar mejor salud. Es un modelo que permite realizar prevención y promoción.» (HS-04)*

*«El primero es... y apegándose a la definición de APS... la definición de APS está muy potente la identificación de necesidades desde una perspectiva local. Entonces, en ese sentido, los municipios, los servicios de salud, las regiones, las distintas desagregaciones político-administrativas tienen la oportunidad de levantar información que permita modelar la oferta en APS acorde a las necesidades.» (HS-01)*

*«...hay un concepto de cercanía, hay un concepto de agrupación familiar, hay un concepto de estar dispuesto para una respuesta rápida, ser la primera respuesta. Todo eso permite una cosa que es muy importante, que es la continuidad.» (HS-03)*

Finalmente, la asociación «Clínicas de Chile», en sus diversas publicaciones (35), también ha abordado las características anteriormente mencionadas, lo que finalmente hasta el momento, significaría un consenso entre algunos actores, que las características mismas del concepto de APS son facilitadores.

#### V.2.5. Integración de la red.

Una de las principales ventajas de una estrategia y modelo de atención primaria es su interrelación con los demás niveles sanitarios, así como el funcionamiento en red de éstos. Contar actualmente con una red de centros médicos, así como también el estar asociados con prestadores mayores constituye un facilitador en la implementación del ya mencionado modelo; más aún cuando dicha red cuenta con la infraestructura necesaria para mantener un registro de pacientes y otorgar continuidad en la atención.

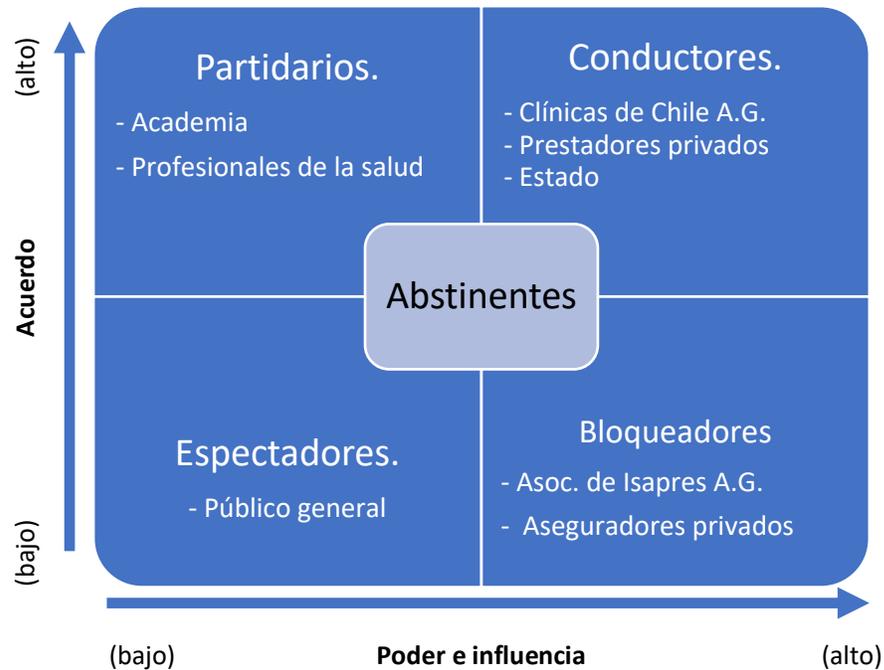
Los entrevistados concuerdan en que actualmente existe una infraestructura y recursos (profesionales, técnicos, financieros, etc) para poder implementar una integración inter-niveles, de manera de poder aplicar un modelo de atención primaria en salud y que se han hecho esfuerzos al respecto.

*«No se concibe atención primaria si no es dentro de una red integral. - Las aseguradoras privadas han implementado planes de salud con redes preferentes, y algunas incluso planes de salud administrada que establecen redes que comienzan en la atención primaria. Y van direccionando a los pacientes hacia niveles de mayor complejidad.» (HS-04)*

*«El sector privado por razones de gestión, administrativas, contables e incluso clínicas tiene un mejor desarrollo de esta pseudo red en la cual ellos trabajan. Por lo tanto, ahí hay un conocimiento que se puede transferir. - Los elementos que permitieron en su momento modelar una capitación, la información necesaria, la data necesaria para eso, está también presente y quizás con mucho más detalle en el sector privado. Porque los afiliados en la concepción de que su contribución mensual en su seguridad social en salud es de su pertenencia, las instituciones aseguradoras, las prestadoras deben tener mucho cuidado en el sentido de saber con quién están tratando.» (HS-01)*

### V.3. Análisis de involucrados.

De acuerdo con los resultados de las entrevistas y la revisión de literatura, se pudo llegar al siguiente cuadro de posiciones de los involucrados.



Como conductores (es decir, quienes tienen más posibilidades y poder para ejercer un cambio) se encuentra la asociación gremial «Clínicas de Chile», así como también otros prestadores privados no asociados. El estado también jugaría un rol importante, al dictar las normativas correspondientes para implementar el modelo de APS.

Como partidarios (es decir, quienes aún estando de acuerdo, no tienen mucho poder o influencia), estarían los profesionales de la salud, así como también la academia, que a través de numerosas publicaciones ha demostrado que una atención primaria fuerte conduce a mejores resultados en salud.

## VI. Discusión.

Los resultados de esta investigación permitieron conocer la disposición actual de distintos actores respecto a la implementación de un modelo de atención primaria en salud, siendo ésta bastante favorable. Si bien se mencionaron distintas barreras, éstas han sido históricas y no necesariamente aplicables en el momento actual. Por el contrario, los facilitadores se alinean más con la adaptación de los distintos actores al nuevo escenario nacional.

El impacto que tendría sería básicamente servir como documento previo (o base) para realizar un análisis en mayor profundidad sobre la implementación de dicho modelo, de manera que el sector privado pueda ofrecer mejor servicio a sus clientes, así como también adecuarse a la futura reforma en salud y al cambio demográfico que está experimentando Chile.

Si bien los resultados de la presente investigación permiten la transferibilidad de algunos de sus resultados, la principal limitación de este estudio fue la falta de entrevistas a otros actores, debido a la crisis política y social de 2019, así como también la presente epidemia del virus SARS-CoV2. Por ese mismo motivo, se tuvo que recurrir a fuentes secundarias en el caso de los aseguradores y prestadores de mayor tamaño.

No obstante las limitaciones del estudio, la presente investigación plantea la necesidad de profundizar en el análisis prospectivo de involucrados para la integración de las ISAPRES en la atención primaria en salud, para que las personas que elijan a las ISAPRES como administradora de su cotización obligatoria en salud, puedan inscribirse en un centro de salud familiar y colaborar solidariamente con su per-cápita. Además, permitiría avanzar en la discusión de un sistema de salud solidario, donde la experiencia internacional ha demostrado que es posible integrar a la seguridad social en salud a las administradoras privadas de las contribuciones y responder desde la lógica de la protección social. Finalmente, deja la puerta abierta a futuras investigaciones relacionadas con el tema en cuestión.

## VII. Referencias

1. OECD. Health expenditure per capita. In: Health at a Glance [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017 [cited 2018 Oct 4]. p. 132–3. Available from: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-44-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-44-en)
2. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit [Internet]. 2002 [cited 2018 Sep 2];16:54–62. Available from: <https://www.scielosp.org/article/gs/2002.v16n1/54-62/>
3. Bastías G, Valdivia G. Reforma de Salud en Chile; El Plan Auge o Régimen de Garantías Explícitas en salud (GES). Su origen y evolución. Boletín Esc Med UC Pontif Univ Católica Chile. 2007;32(2):50–5.
4. Tellez Á. Atención primaria : factor clave en la reforma al sistema de salud. Temas agenda Pública UC [Internet]. 2006;2:1–12. Available from: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/atencion-primaria-factor-clave-en-la-reforma-al-sistema-de-salud.pdf>  
<http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/atencion-primaria-factor-clave-en-la-reforma-al-sistema-de-salud.pdf>
5. Isapres de Chile. El sistema de salud chileno: Orígenes, Transformaciones y Desafíos [Internet]. Santiago de Chile; 2016. Available from: [http://www.isapre.cl/PDF/Informe Técnico\\_El Sistema de Salud Chileno.pdf](http://www.isapre.cl/PDF/Informe_Técnico_El_Sistema_de_Salud_Chileno.pdf)
6. Becerril-Montekio V, de Dios Reyes J, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Publica Mex [Internet]. 2011;53(2):132–43. Available from: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342011000800009&script=sci\\_arttext](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342011000800009&script=sci_arttext)
7. OECD. Better Ways to Pay for Health Care [Internet]. Paris, France; 2016. Available from: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care\\_9789264258211-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care_9789264258211-en)
8. Cid Pedraza C, Aguilera Sanhueza X, Arteaga Herrera Ó, Barría Iromué S, Barría Gutiérrez P, Castillo Taucher C, et al. Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema privado de salud. Informe Final [Internet]. Comisión A. Santiago de Chile: Comisión Presidencial Isapres; 2014. 212 p. Available from: [http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL\\_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf](http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf)
9. Frenz P, Siches I, Aguilera-Sanhueza X, Arteaga Ó, Cid C, Estay R, et al. Comisión Escuela Salud Pública - Colegio Médico de Chile: Propuesta para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. Rev Col Médico AG [Internet]. 2018;1–53. Available from: [http://www.uchile.cl/documentos/lee-aqui-la-propuesta-lanzada-por-esp-y-colmed\\_143394\\_0\\_0751.pdf](http://www.uchile.cl/documentos/lee-aqui-la-propuesta-lanzada-por-esp-y-colmed_143394_0_0751.pdf)
10. Bin Ismail MS, Hao RN, Jain N, Noh KBM, Nagpal S, Phuong HT, et al. Engaging the Private Sector in Primary Health Care to Achieve universal health coverage: Advice from Implementers, to Implementers. [Internet]. Joint Learning Network for Universal Health Coverage; 2016. Available from:

- <http://www.jointlearningnetwork.org/resources/PHC-Engaging-the-private-sector-in-PHC-to-Achieve-UHC>
11. Instituto Nacional de Estadísticas. Resultados Censo 2017 [Internet]. Web diseminación Censo 2017. 2017 [cited 2018 Oct 5]. Available from: <https://resultados.censo2017.cl/Region?R=R13>
  12. World Health Organization. Atención Primaria en Salud [Internet]. Temas de salud. [cited 2018 Aug 27]. Available from: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)
  13. Organización Panamericana de la Salud / OMS. Declaración de Alma-Ata [Internet]. 1978 [cited 2018 Oct 5]. Available from: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
  14. BARBARA STARFIELD LS, MACINKO and J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* [Internet]. 2005;83(3):457–502. Available from: [http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/starfield\\_milbank.pdf](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/starfield_milbank.pdf)
  15. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Modelo de atención integral en salud [Internet]. 1era ed. Santiago: Ministerio de Salud; 2005 [cited 2018 Oct 5]. 9 p. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
  16. Stachenko S. Promoción de la salud en Canadá. *Medwave* [Internet]. 2003 Mar 1 [cited 2018 Oct 5];3(2). Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1872>
  17. Pedersen KM, Andersen JS, Sondergaard J. General Practice and Primary Health Care in Denmark. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2012 Mar 1 [cited 2018 Oct 5];25(Suppl 1):S34–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22403249>
  18. Organización Mundial de la Salud. Más salud por el dinero. La Financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal. *Inf sobre la salud en el mundo*. 2010;67–88.
  19. Gattini C, Álvarez Leiva J. Salud en Chile 2010 Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile [Internet]. Santiago; 2011 [cited 2018 Oct 5]. Available from: [http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud\\_chile\\_2010.pdf](http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud_chile_2010.pdf)
  20. Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez MS. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2006 [cited 2018 Oct 6];48(6):512–21. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  21. Congreso Nacional de Chile. Ley 19378 - Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal. Chile: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>; 1995.
  22. Asociación de ISAPREs A.G. Quiénes Somos [Internet]. [cited 2020 May 6]. Available from: <https://www.isapre.cl/nosotros/quienes-somos>
  23. Clínicas de Chile A.G. Asociados [Internet]. [cited 2020 May 6]. Available from: <http://www.clinicasdechile.cl/asociados/>
  24. Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research* [Internet]. Sixth Edit.

- Sage Publications; 2016. 352 p. Available from:  
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1057/omj.2011.23>
25. Varvasovszky Z, Brugha R. A stakeholder analysis. *Health Policy Plan* [Internet]. 2000 Sep 1 [cited 2018 Nov 29];15(3):338–45. Available from:  
<https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/15.3.338>
  26. Hyder A, Syed S, Puvanachandra P, Bloom G, Sundaram S, Mahmood S, et al. Stakeholder analysis for health research: case studies from low- and middle-income countries. *Public Health* [Internet]. 2010 Mar 1 [cited 2018 Nov 30];124(3):159–66. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20227095>
  27. DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Med Educ* [Internet]. 2006;40(4):314–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
  28. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19(6):349–57.
  29. Iacono V Lo, Symonds P, Brown DHK. Skype as a tool for qualitative research interviews. *Sociol Res Online*. 2016 May 1;21(2).
  30. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res* [Internet]. 2005;15(9):1277–88. Available from:  
<http://qhr.sagepub.com/content/15/9/1277.abstract>
  31. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* [Internet]. 2008;62(1):107–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
  32. Asociación de ISAPREs A.G. Evolución de Costos de Salud en ISAPREs [Internet]. Santiago de Chile; 2019. Available from:  
[http://www.isapre.cl/PDF/Evolución de Costos de Salud Isapres 2018 2017.pdf](http://www.isapre.cl/PDF/Evolución%20de%20Costos%20de%20Salud%20Isapres%202018%202017.pdf)
  33. Clínicas de Chile A.G. ¿Se puede importar exitosamente un modelo de atención en salud? [Internet]. Vol. 59, Temas de Coyuntura. Santiago de Chile; 2013. Available from: <http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/11/59.pdf>
  34. Clínicas de Chile A.G. Agregando Valor en Salud [Internet]. Temas de Coyuntura. Santiago de Chile; 2015. Available from:  
[http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/04/Coyuntura\\_83.pdf](http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/04/Coyuntura_83.pdf)
  35. Clínicas de Chile A.G. Hacia modelos de relación eficientes en los sistemas de salud [Internet]. Santiago de Chile; 2016. Available from:  
<http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/10/Temas-Coyuntura-Nº90-SEP-2016-Hacia-Modelos-de-relación-eficientes.pdf>
  36. Hyder AA, Bloom G, Leach M, Syed SB, Peters DH. Exploring health systems research and its influence on policy processes in low income countries. *BMC Public Health* [Internet]. 2007 Dec 31 [cited 2018 Nov 30];7(1):309. Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-309>

## VIII. Anexo I: Consentimiento informado.

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Nombre del Estudio:** «¿Es posible implementar un modelo de Atención Primaria de Salud en el sector privado?: Análisis de *stakeholders*.»

**Patrocinador del Estudio / Fuente Financiamiento:** Financiamiento propio

**Investigador Responsable:** Miguel Ángel Saavedra González

**Teléfono de contacto:** +56-9-99911841

**Depto/UDA:** Salud Pública – Facultad de Medicina

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar una investigación de salud pública.

Tome el tiempo que necesite para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al investigador.

#### OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente propuesta de investigación, la naturaleza teórica del fenómeno en estudio no ha sido objeto de indagaciones empíricas a nivel nacional, que permitan el establecimiento de una hipótesis científica sujeta de comprobación.

Por otra parte, como objetivo general de la investigación, está identificar las barreras y facilitadores para la implementación de una estrategia y/o modelo de atención primaria en salud en el sector privado.

- Usted ha sido invitado/invitada a participar en este estudio por ser un informante clave de uno de los actores relacionados (*stakeholder*) que participan o participarán en las definiciones e implementación de estrategias de APS en el sector privado.
- El propósito de este estudio es evaluar y mapear el poder/influencia de las partes interesadas, quién posee qué recursos (tangibles o intangibles), quiénes tienen privilegios y quién puede, directa o indirectamente, tomar medidas a favor o en contra de la implementación de una estrategia de APS en el sector privado, o ser capaz de movilizarse a favor o en contra.



### PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Si usted acepta participar en el estudio, se le hará/pedirá lo siguiente:

1. Contestar una entrevista conducida por un entrevistador (investigador principal).
2. Se grabará la entrevista en formato digital.
3. La grabación será usada únicamente para el propósito de esta investigación.

### BENEFICIOS

Usted no se beneficiará directamente por participar en esta investigación de salud pública. Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para conocer más acerca de la factibilidad de implementación de una estrategia y modelo de APS en el sector privado y eventualmente podría utilizarse como antecedente en el caso que el sector privado desee implementar dicha estrategia.

### RIESGOS

La presente investigación de salud pública no tiene riesgos para usted.

### COSTOS

Su participación en este estudio no le significara ningún costo para usted.

### COBERTURA DE DAÑOS

No habrá compensación de cobertura de daños, puesto que la presente investigación no involucra riesgos asociados al entrevistado.

### COMPENSACIONES

Este estudio no contempla ningún tipo de compensación por la participación en él.

Consentimiento Informado Estudio «¿Es posible implementar un modelo de Atención Primaria de Salud en el sector privado?: Análisis de stakeholders.»  
Versión N° 2, Fecha 04 / dic / 2019



Timbre, firma y fecha de aprobación  
CEC-MedUC

### CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

1. La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Su nombre, cargo, actor clave que representa o cualquier información identificable, serán codificados/anonimizados en una base de datos, mediante código/sistema computacional. Esta información será almacenada por 1(un) año bajo la responsabilidad del Investigador Responsable QF. Miguel Ángel Saavedra González.
2. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre no será conocido.

### VOLUNTARIEDAD

1. Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente, sin dar explicaciones y sin derivar esto en ninguna sanción.
2. Si usted retira su consentimiento, su entrevista eliminada y la información obtenida no será utilizada.
3. Si usted retira su consentimiento, por motivos de seguridad puede ser necesario que analicemos sus datos obtenidos hasta ese momento. Esto lo haremos asegurando su confidencialidad.

Consentimiento Informado Estudio «¿Es posible implementar un modelo de Atención Primaria de Salud en el sector privado?: Análisis de stakeholders.»

Versión N° 2, Fecha 04 / dic / 2019



Timbre, firma y fecha de aprobación  
CEC-Med110

## PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de esta investigación en salud pública, puede contactar o llamar al QF Miguel Ángel Saavedra G, Investigador Responsable del estudio, al teléfono: +56-9-99911841 y email: [masaavedra1@uc.cl](mailto:masaavedra1@uc.cl).

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación médica, usted puede llamar a la Dra. Claudia Uribe Torres., presidente del Comité Etico Cientifico de la Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, al teléfono 223548173, o enviar un correo electrónico a: [cecmeduc@med.puc.cl](mailto:cecmeduc@med.puc.cl).

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación de salud pública, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.

- Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.
- No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me comunicará de toda nueva información relacionada con el estudio.
- Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación de salud pública según mi parecer y en cualquier momento que lo desee.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

## FIRMAS OBLIGATORIAS:

- Participante:

Nombre: ..... Firma..... Fecha.....

- Investigador Responsable o Delegado:

Nombre:..... Firma..... Fecha.....

Consentimiento Informado Estudio «¿Es posible implementar un modelo de Atención Primaria de Salud en el sector privado?: Análisis de stakeholders.»  
Versión N° 2, Fecha 04 / dic / 2019



Timbre, firma y fecha de aprobación  
CEC-MedUC

## IX. Anexo II: Pauta de entrevista

### Pauta de entrevista

Objetivos	Tópicos	Ítem
1. Describir las percepciones de los informantes claves y sus conocimientos respecto de la atención primaria en salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Atención primaria en salud</li> <li>Definición de Alma ata</li> <li>Características de APS en sector privado</li> <li>Rol social de APS</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>¿Qué entiende usted por Atención Primaria en Salud?</li> <li>¿Conoce usted la definición del consenso de Alma Ata con respecto a Atención Primaria en salud?</li> <li>¿Puede usted identificar los elementos centrales de una estrategia de atención primaria en salud en el sector privado?</li> <li>¿Cuál cree usted que es el rol de la APS en el proceso de una política de prevención en salud?</li> <li>¿Qué rol social atribuiría usted a la implementación de un modelo de APS en el sector privado?</li> </ol>
2. Identificar barreras y facilitadores para el proceso de implementación de APS en el sector privado.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Barreras y facilitadores.</li> <li>Esfuerzos actuales.</li> <li>Institucionalidad.</li> <li>Rol social</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cuáles esfuerzos cree usted que se han hecho para lograr implementar un modelo de APS en el sector privado?</li> <li>¿Qué aspectos organizacionales, técnicos, políticos y sociales cree ud. facilitan el proceso de implementación de un modelo de APS en el sector privado?</li> <li>¿Y cuáles cree ud. Que dificultan dicha implementación?</li> </ol>
3. Identificar estrategias para fortalecer una estrategia de APS en el sector privado.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Liderazgo.</li> <li>Financiamiento.</li> <li>Institucionalidad.</li> <li>Política.</li> <li>Transparencia y Rendición de Cuentas.</li> <li>Recursos Humanos en Salud</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cuáles cree Usted son los aspectos que determinan mayor éxito en un modelo de APS?</li> <li>¿Cree Usted que la actual organización del sector privado permite potenciar dichos aspectos?</li> <li>¿Qué tipo de financiamiento cree ud que podría ser más acorde para la implementación de un modelo de APS en el sector privado?</li> </ol>
4. Recomendar opciones de políticas para fortalecer la implementación de APS en el sector privado.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Acceso Universal en Salud.</li> <li>Recursos Humanos en Salud.</li> <li>Organización.</li> <li>Rendición de Cuentas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cree usted necesaria la APS en el sector privado? ¿por qué?</li> <li>¿Algún comentario final?</li> </ol>