Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud

Comisión Nacional de Productividad

Secretaría Ejecutiva

Septiembre 2021

HISTORIA: la prevención como política sanitaria

1889

CONSEJO SUPERIOR DE HIGIENE

A raíz de la epidemia de cólera comienzan los primeros esfuerzos por mejorar la salud pública.

1906

LEY DE HABITACIÓN OBRERA

Se releva el problema de la insalubridad habitacional como foco de enfermedades.

1918

LEY 3.382

Primer Código Sanitario que establece Dirección General de Sanidad (vacunación, desinfección, inspección sanitaria).

1924

LEY 4.054

Se dicta la ley del Seguro Obrero (políticas preventivas).

1938

LEY 6.174 & LEY 6.236

Ley de Medicina Preventiva y Ley de Madre y Niño

1942

UNIDADES SANITARIA

Centros cuyo foco es la atención primaria (descentralizar)

1963

CAMPAÑA SARAMPIÓN

Últimos casos de viruela.

1978

ALMA ATA

Atención Primaria base del Sistema Sanitario

2005

REFORMA SALUD

Especialidad de Medicina Familiar

2007

LEY 20.379

Chile crece contigo. Protección integral

HOY: ECNT y factores de riesgo

ENS (2010/2017) muestran incremento/mantención de ciertos factores de riesgo o morbilidades en la población

Población obesa y mórbida aumentó de 25% a 34%.

Población con sospecha de HTA aumentó de 27% a 28%.

Población con sospecha de DM2 aumentó de 9% a 12%.

Población que reportó IAM se mantuvo en 3%.

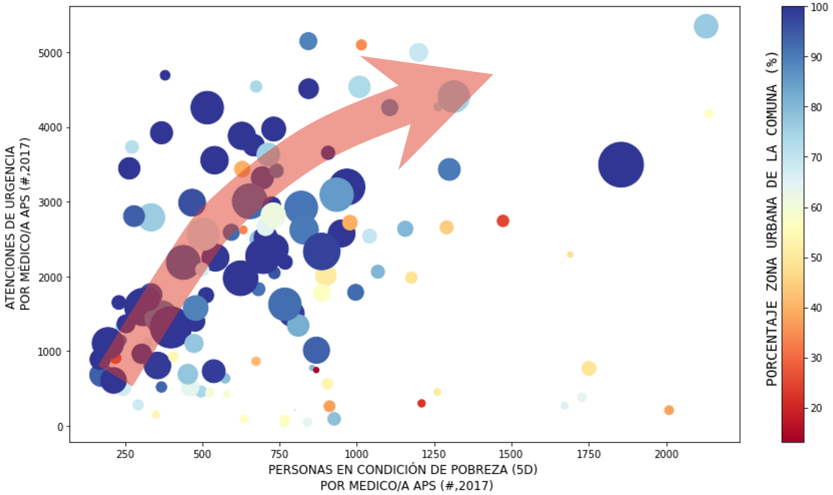
Población que reportó ACV aumentó de 2% a 3%.

Hoy: brechas EV entre comunas

Expectativa de Vida (años)		
Región Metropolitana	Hombre	Mujer
Comuna zona sur	74	79
Comuna zona oriente	82	87
Nacional	78	83

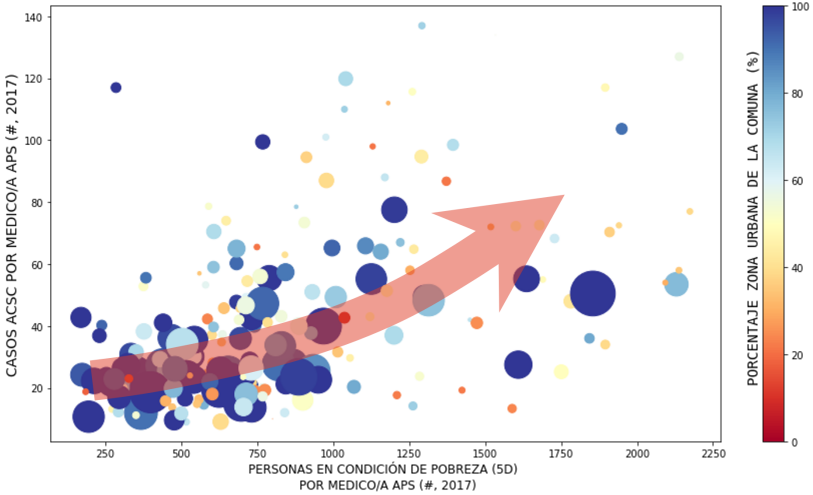
Fuente: SSMSO (2018).

HOY: determinantes sociales y atenciones de urgencia



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN (2017), SINIM (2017), REM (2017), USS (2020) Y FONASA (2017-2019).

HOY: determinantes sociales y ACSC



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN (2017), SINIM (2017), REM (2017), USS (2020) Y FONASA (2017-2019).

HOY: cobertura APS a nivel nacional en 50%

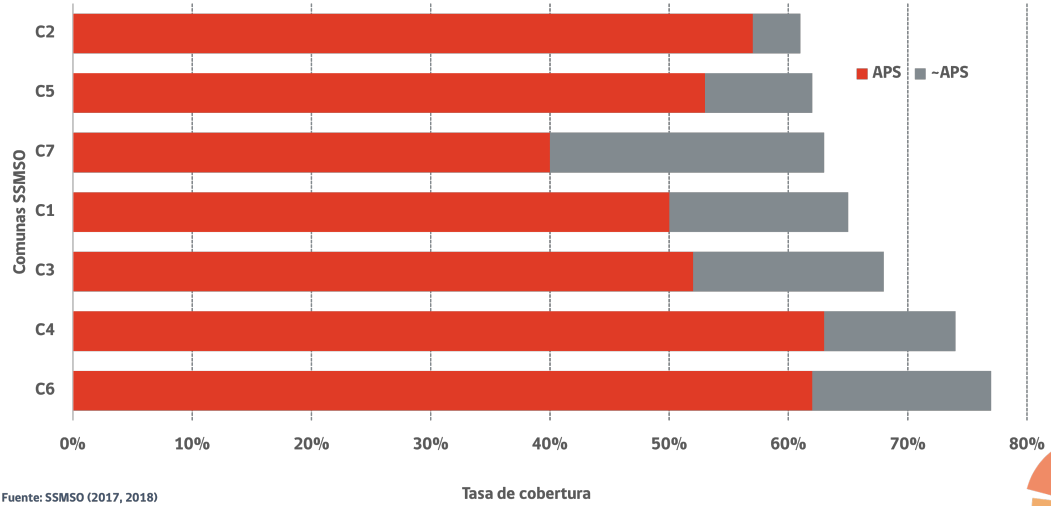
1. Hay **15 millones** beneficiarios FONASA.

2. Cerca de **13.5 millones** están inscrito en APS.

3. Alrededor de **6 millones** se atiende en APS exclusivamente, mientras que **1.5 millones** también utiliza MLE **(50%)**.

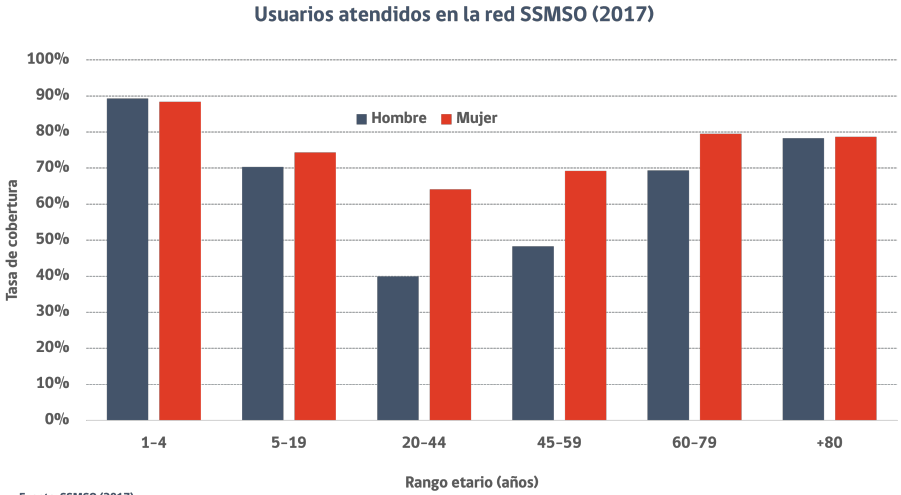
4. Cerca de **1.5 millones** se atiende por MLE exclusivamente **(60%)**.

HOY: brecha de cobertura de 20pp entre comunas



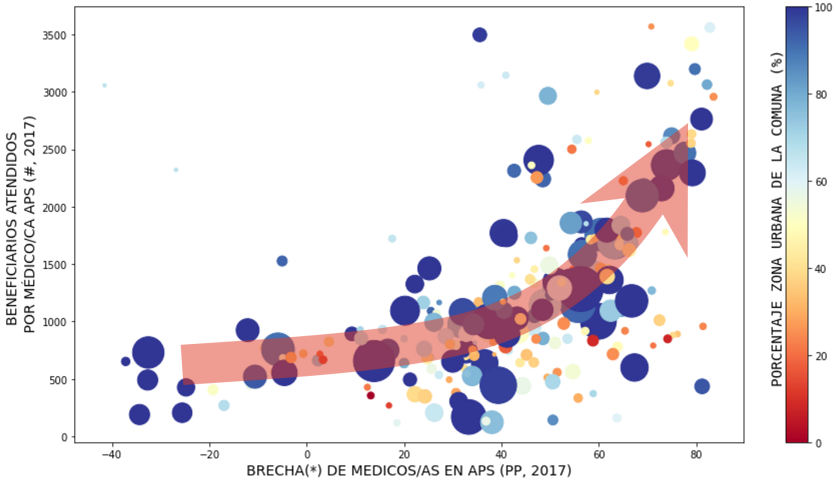
Fuente: SSMSO (2017, 2018)

HOY: cobertura APS más baja en hombres entre 20 y 60



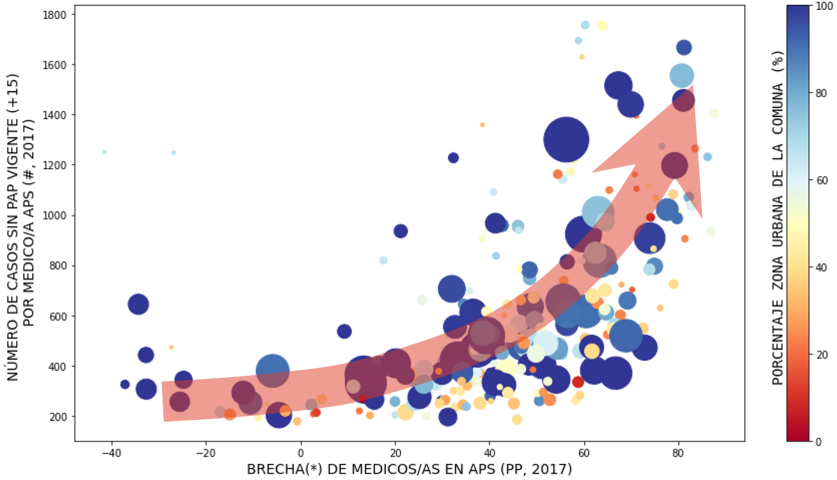
Fuente: SSMSO (2017)

HOY: brecha rrhh y carga de atención



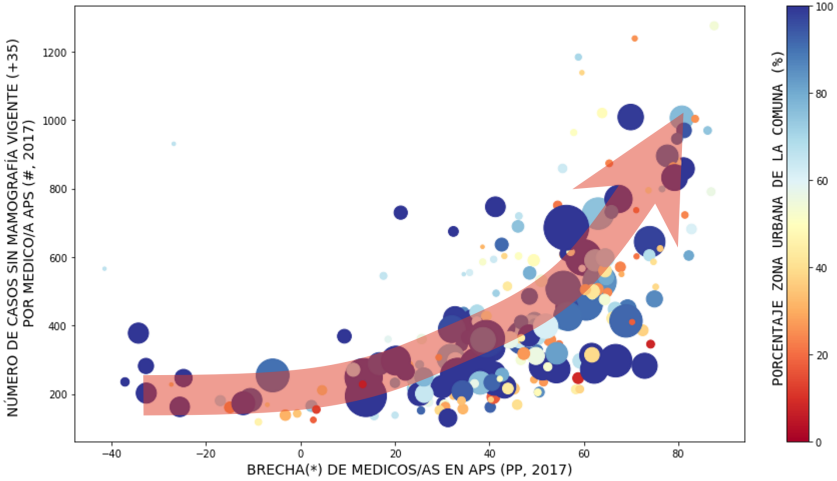
Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN (2017), SINIM (2017), REM (2017), USS (2020) Y FONASA (2017-2019).
(*) Criterios: (i.) 3 consultas-año por beneficiario; (ii.) 3 consultas por hora; (iii.) 80% utilización del tiempo en atención.

HOY: brecha rrhh y PAPs no vigentes



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN (2017), SINIM (2017), REM (2017), USS (2020) Y FONASA (2017-2019).
(*) Criterios: (i.) 3 consultas-año por beneficiario; (ii.) 3 consultas por hora; (iii.) 80% utilización del tiempo en atención.

HOY: brecha rrhh y MAMOGRAFÍAS no vigentes



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN (2017), SINIM (2017), REM (2017), USS (2020) Y FONASA (2017-2019).
(*) Criterios: (i.) 3 consultas-año por beneficiario; (ii.) 3 consultas por hora; (iii.) 80% utilización del tiempo en atención.

HOY: peso relativo y brecha rrhh respecto a OCDE

1. OCDE (2020): entre 2000 y 2017 **la proporción de médicos/as APS se ha reducido en 21 de 32 países OCDE (–5%)**.

2. OCDE (2020): En el caso de Chile **la reducción en la proporción fue de 20% (ranking #6)**.

3. CNP (2021): estimaciones a partir de OCDE (2019) sugieren que **el cierre de brecha de médicos/as respecto al promedio OCDE puede tomar +15 años**.

HOY: salud digital requiere robustez y consistencia

1. Chile lleva **más de una década** trabajando por la implementación de **TIC e interoperabilidad** (Estrategia SIDRA **desde 2008**).

"Nuestro país no ha mantenido una estrategia de salud digital en el tiempo".
Seminario Transformación Digital en Salud (2021)

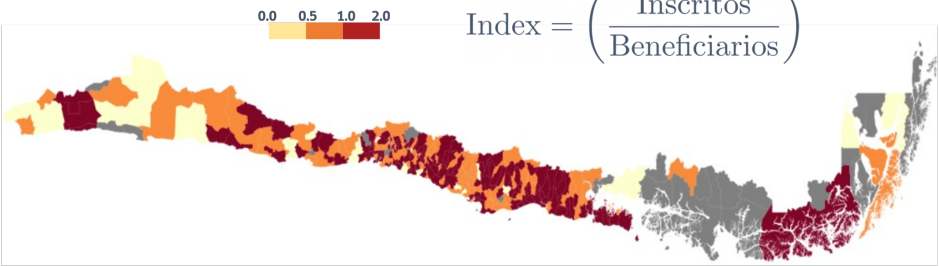
"(...) la transformación de los procesos clínicos no se construye con iniciativas de corto plazo". Seminario Transformación Digital en Salud (2021)

2. FCh (2021): Hay una **gobernanza fragmentada**. Existen, al menos, **7 departamentos a nivel central** con tareas de adopción tecnológica en salud.

HOY: brecha de infraestructura impacta en acceso

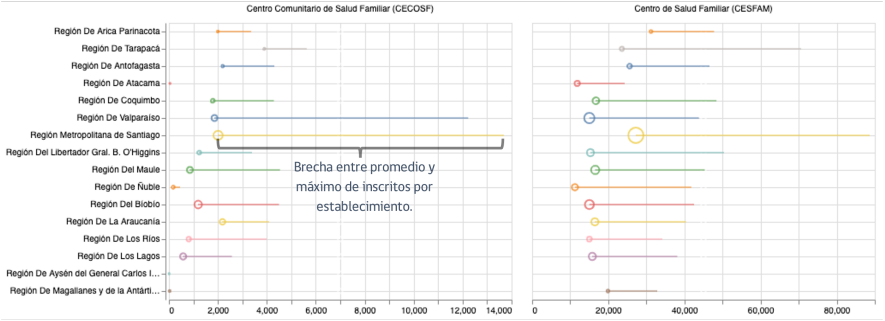
Necesidades de infraestructura se calculan en base a datos poblacionales del INE y beneficiarios FONASA.

$$\text{Index} = \left(\frac{\text{Inscritos}}{\text{Beneficiarios}} \right)$$



Fuente: elaboración propia a partir de información de FONASA (2020).

HOY: brechas dentro de regiones



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FONASA, SINIM y DEIS.

HOY: ACSC impacta en la red de salud pública

1. USS (2021): **532 códigos CIE-10 (3,7%)** siguiendo OPS (2015).

2. USS (2021): ACSC representan **20% de los días-cama al año (8%, 24%)**.

3. USS (2021): ACSC representan **11% de los egresos al año (7%, 13%)**.

4. USS (2021): ACSC genera gastos por más de **USD$300 MM al año**.

HOY: brecha importante en aporte per cápita

1. PUC (2008) & FONASA (2020): **brecha +25pp del aporte per cápita basal**.
2. Decreto 29: **per cápita basal de $8.028**.
3. FONASA (2020): **estimaciones entre $10.400** y **$14.900**.
4. CNP (2021): **estimaciones entre $11.280** y **$12.250**.
5. CNP (2021): **estimación costo medio efectivo $21.000**.

HOY: brecha importante en salarios

Tabla: Escala de Remuneraciones 2021

Categoria A

Estamento: Médicos Cirujanos, Famaceuticos, Químicos Famaceuticos, Cirujanos Dentistas

Nivel	Municipalidad Rural Región de la Araucanía	Municipalidad Urbana Región de Los Lagos	Municipalidad Urbana Región Metropolitana	Ley 19.378 *
1	$ 2,681,142	$ 5,362,284	$ 4,439,944	$ 2,125,060
5	$ 2,209,872	$ 4,419,744	$ 3,521,714	$ 1,775,998
10	$ 1,651,018	$ 3,302,036	$ 2,672,572	$ 1,398,053
15	$ 1,050,648	$ 2,101,296	$ 2,038,258	$ 1,044,292

Incluye Sueldo Base y Asignacion APS.

*Monto indicado en artículo transitorio de la Ley 19.378, el cual fue ajustado por reajuste de sector publico a partir del 2006 de acuerdo a la modificacion introducida a esa Ley.

Fuente: Transparencia Activa.

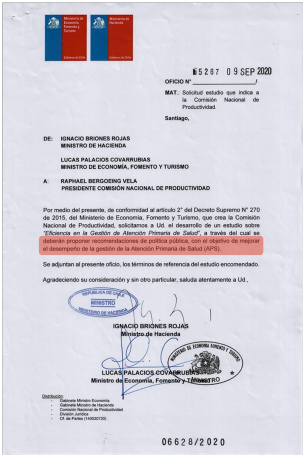
HOY: el gasto en salud pública necesita ser más eficiente

1. CNP (2021): El gasto en salud por persona en países referentes es **3-4 veces el del público chileno**. El gasto público por persona en países referentes es **3-5 veces el chileno (más que todo el PIB de Chile)**.

2. OECD (2019): En Chile el gasto en salud creció **5.2% por año** entre 2008-2018 **(TOP 2)**. En APS **10% por año** entre 2015-2020.

3. MINHDA (2021): ayudas sociales comprometidas a causa de la pandemia alcanzarán los **USD$34.964 MM (13 veces presupuesto 2021 de la APS)**.

OBJETIVO: apoyar mejor desempeño en la APS



Ministerio de Economía, Fomento y Turismo — Gobierno de Chile

Ministerio de Hacienda — Gobierno de Chile

15297 09 SEP 2020

OFICIO N° _____

MAT.: Solicitud estudio que indica a la Comisión Nacional de Productividad.

Santiago,

DE: **IGNACIO BRIONES ROJAS**
MINISTRO DE HACIENDA

LUCAS PALACIOS COVARRUBIAS
MINISTRO DE ECONOMÍA, FOMENTO Y TURISMO

A: **RAPHAEL BERGOEING VELA**
PRESIDENTE COMISIÓN NACIONAL DE PRODUCTIVIDAD

Por medio del presente, de conformidad al artículo 2° del Decreto Supremo N° 270 de 2015, del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, que crea la Comisión Nacional de Productividad, solicitamos a Ud. el desarrollo de un estudio sobre *"Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud"*, a través del cual se deberán proponer recomendaciones de política pública, con el objetivo de mejorar el desempeño de la gestión de la Atención Primaria de Salud (APS).

Se adjuntan al presente oficio, los términos de referencia del estudio encomendado.

Agradeciendo su consideración y sin otro particular, saluda atentamente a Ud.,

REPUBLICA DE CHILE — MINISTRO — Ministerio de Hacienda

IGNACIO BRIONES ROJAS
Ministro de Hacienda

MINISTRO DE ECONOMÍA, FOMENTO Y TURISMO

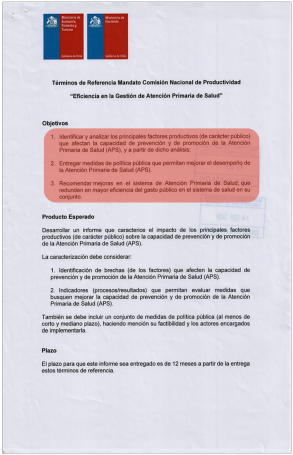
LUCAS PALACIOS COVARRUBIAS
Ministro de Economía, Fomento y Turismo

Distribución:
- Gabinete Ministro Economía
- Gabinete Ministro Hacienda
- Comisión Nacional de Productividad
- División Jurídica
- Of. de Partes (1442021720)

06628/2020

"...proponer recomendaciones de política pública, con el objetivo de apoyar un mejor desempeño de la gestión de la Atención Primaria de Salud."

OBJETIVOS: apoyar mejor prevención y gasto eficiencia



Términos de Referencia Mandato Comisión Nacional de Productividad

"Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud"

Objetivos

1. Identificar y analizar los principales factores productivos (de carácter público) que afectan la capacidad de prevención y de promoción de la Atención Primaria de Salud (APS), y a partir de dicho análisis;
2. Entregar medidas de política pública que permitan mejorar el desempeño de la Atención Primaria de Salud (APS).
3. Recomendar mejoras en el sistema de Atención Primaria de Salud, que redunden en mayor eficiencia del gasto público en el sistema de salud en su conjunto.

Producto Esperado

Desarrollar un informe que caracterice el impacto de los principales factores productivos (de carácter público) sobre la capacidad de prevención y de promoción de la Atención Primaria de Salud (APS).

La caracterización debe considerar:

1. Identificación de brechas (de los factores) que afecten la capacidad de prevención y de promoción de la Atención Primaria de Salud (APS).
2. Indicadores (procesos/resultados) que permitan evaluar medidas que busquen mejorar la capacidad de prevención y de promoción de la Atención Primaria de Salud (APS).

También se debe incluir un conjunto de medidas de política pública (al menos de corto y mediano plazo), haciendo mención su factibilidad y los actores encargados de implementarla.

Plazo

El plazo para que este informe sea entregado es de 12 meses a partir de la entrega estos términos de referencia.

1. **Identificar brechas** que afectan la capacidad de prevención de la APS.

2. Entregar medidas de política pública que apoyen una mejor **capacidad de prevención** de la APS.

3. Entregar medidas de política pública que redunden en una **mayor eficiencia del gasto público** en la red.

¿Cómo lo ABORDAMOS?

Atención Primaria de Salud

Gasto eficiencia

Acceso

Coordinación

Longitudinal*

Integral

Infraestructura (OC+TIC)

Gestión (Central+Local)

Financiamiento

GESTIÓN: apoyo al equipo local mejora acceso, oportunidad y calidad

1. Existe **necesidad de potenciar competencias** (Dois et al, 2018) y **herramientas** (NHS, 2021) para apoyar gestión de los equipos locales.

2. Un **40%** es la **brecha estimada de médicos en APS** a nivel nacional, considerando 3 consultas por persona/año de 20 minutos c/u.

3. **11 millones de personas** (>15) viven con 2 o más ECNT simultáneas que **requieren ser atendidas al menos una o dos veces al año para toda la vida** (Margozzini et al, 2018).

GESTIÓN: teletriage es una estrategia virtuosa

Se solicita cita en **formulario online**

Equipo clínico **prioriza** atención

Se **contacta y coordina** cita(*)

1. Mayor acceso (jóven y adulto).
2. Mayor oportunidad (priorizar)
3. Menores costos a los usuarios (viajes).
4. Mejor asignación y uso de recursos.
5. Permite programar actividad.

79%

Solicitudes cerradas **<7 días**

21%

Atenciones **remotas**

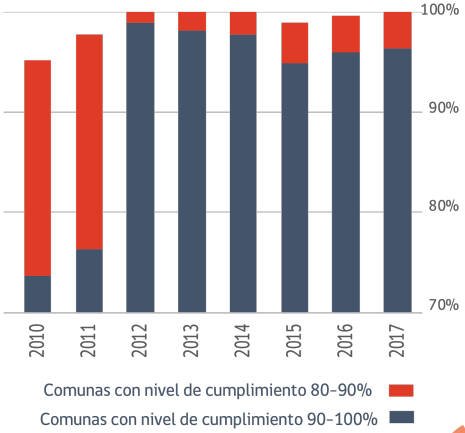
GESTIÓN: KPIs poco poder sobre resultados sanitarios

ENS (2010/2017)

Población obesa y mórbida **+9pp**

Población con sospecha de DM2 **+3 pp**.

Población que reportó ACV **+1pp**.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SINIM (2005-2018).

GESTIÓN: potenciar los atributos KPIs

Atributos de los indicadores de APS:

1. **Factibilidad**: Puede ser medido rutinariamente.
2. **Validación**: Cuenta con evidencia científica.
3. **Importancia**: Relevancia de política pública.
4. **Pertinencia**: Influenciable por APS.
5. **Aceptación**: Validación del equipo ejecutor.

Fuente: Mainz (2003); OECD (2004); Royal Statistical Socienty (2004); United States for Medicine (2006); Association of Public Health Observatories (2008); Campbell et al (2010).

TIC: contar con información oportuna promueve la prevención y promoción

La informatización ha demostrado **mejorar la calidad del servicio, la eficiencia en su provisión y la satisfacción de los pacientes** (Beeuwkes et al, 2011).

18%

Reducción errores que afectan **seguridad** del paciente

70%

Reducción efectos adversos medicamentos

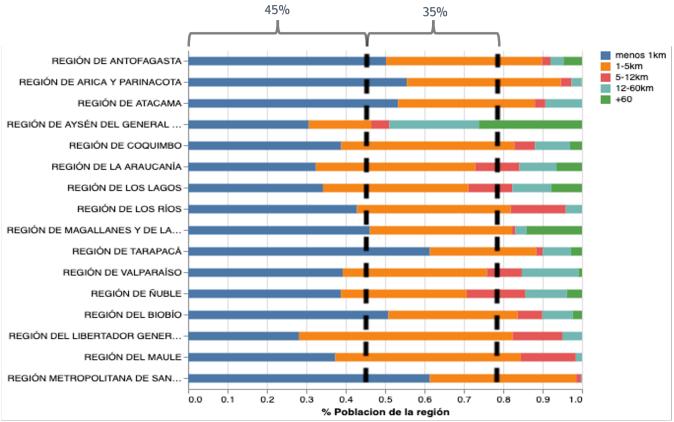
Fuente: Kaelber & Bates, 2007

TIC: experiencias nacionales e internacionales

1. La experiencia de sistemas referentes como Canadá y España (OECD, 2020) sugieren que **implementar sistemas TIC toma más de una década**.

2. Se identifican experiencias en **SSMSO** y **SS Maule** para compartir información: **VIAU** y **SiSMaule**.

INFRAESTRUCTURA: brechas en acceso entre regiones



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE y DEIS.

INFRAESTRUCTURA: plazos extensos y costos importantes

	Superficie (M2)	Costo		Plazo estimado (meses)	Plazo efectivo (meses)
		Inversión (M$/M2)	Mantención (MM$/Año)		
POSTA RURAL	334	1652	-	17	-
CECOSF	347	1915	-	24	32
CESFAM	2300	1322	81	30	42
SAR	557	2425	-	44	63
CESFAM+SAR	3335	2159	-	37	45

Fuente: Elaboración propia a partir de datos BIP (MDSF) y Departamento de Monitoreo de Obras (MINSAL).

FINANCIAMIENTO: es necesario conocer complejidad de la población

1. A nivel internacional **(USA, CAN, GER, SWE)** existen mecanismos de pago en APS que ajustan por la **carga de morbilidad de la población.**

2. Santelices et al (2014) encuentran que **estratificación con ACG** predice gastos en atención como cantidad de consultas médicas.

3. **Experiencias piloto ACG** en servicios de salud SSMC y SSMSO

FINANCIAMIENTO: conocer la complejidad permite asignar y gestionar mejor

Tramos de edad	Hombres		Mujeres	
	Promedio peso ACG	Promedio condiciones crónicas	Promedio peso ACG	Promedio condiciones crónicas
0-4	1.61	0.64	1.55	0.52
5-14	0.72	0.85	0.69	0.69
15-18	0.53	0.67	0.75	0.74
19-34	0.37	0.36	0.87	0.78
35-44	0.44	0.48	0.92	1.12
45-54	0.64	0.87	1.18	1.91
55-64	1.00	1.58	1.62	2.89
65-74	1.69	2.84	2.18	4.12
75-79	2.17	3.75	2.45	4.70
80-84	2.24	3.94	2.44	4.65
85 +	1.69	2.99	1.86	3.43

Fuente: SSMSO (2017).

Grupos ACG	No. de usuarios		Costo promedio de atención APS
	No utilizó APS	Utilizó APS	
0	512,273		
1	65,747	160,543	$ 37,682
2	94,129	207,247	$ 76,570
3	65,410	327,235	$161,088
4	7,210	73,638	$299,496
5	1,345	19,726	$443,030
Agregado	746,114	788,389	$133,723

Fuente: SSMSO (2017).

Comisión
Nacional de
Productividad

Amunátegui 232, of. 401, Santiago, Chile.
Fono: (56 2) 2473 3444 / contacto@cnp.cl
www.comisiondeproductividad.cl