

Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP), estima que:

Cobertura aumentaría hasta un 36% al implementar recomendaciones propuestas

- Al estimar el impacto que tendría la implementación de algunas de las recomendaciones que propone la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) en su estudio “Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de la Salud (APS)”, la entidad advierte que, en el mediano plazo (3-5 años), la APS podría mejorar su capacidad de atención, cubriendo un 36% más de personas, aumentando así la cobertura de 50 a 68%, y ofreciendo una atención más integral.
- Para lograr este resultado, investigación sugiere priorizar 6 medidas, considerando factibilidad, tiempo e impacto. Foco principal es mejorar acceso de las personas y uso de tecnología en el sistema.
- En este sentido, se proponen cambios al proceso de elaboración del aporte per cápita (principal línea de financiamiento de la APS municipal), como a la elaboración de los principales indicadores y metas de la APS. Junto a esto, se propone implementar a nivel nacional estrategia de atención Teletriage; desarrollar un repositorio digital clínico; realizar acciones de tamizaje en zonas de alta población flotante (exámenes preventivos para identificar posibles patologías), y evaluar la factibilidad que proyectos de infraestructura de nivel primario y secundario de salud sean desarrollados mediante la figura de Asociación Público-Privada APP (Ley de Concesiones).
- Información recopilada para este trabajo sugiere que la modalidad APP permite mayor equidad en el acceso, cobertura, oportunidad y calidad de manera eficiente. Esto, porque además de reducir el impacto fiscal de la inversión y los plazos de construcción, facilita la adquisición y reposición de equipamiento clínico y tecnológico, permitiendo realizar niveles de inversión superiores a los actuales.
- Específicamente, la mayor equidad en el acceso, se logra porque el mantenimiento de la infraestructura y del equipamiento ya no depende de la capacidad de recursos de cada municipio, sino, del contrato asociado a la APP.
- La CNEP plantea que, al seguir las recomendaciones, se puede aumentar la cobertura y mejorar la oportunidad y calidad de la atención a un costo medio más bajo. Si bien las medidas tienen un costo de US\$593

millones anuales (equivalente al 19% del presupuesto actual de la APS), al ejecutarlas, el volumen de personas atendidas por la APS aumentaría hasta un 36%, permitiendo incrementar la tasa de cobertura desde un 50 a un 68%, y por consiguiente, reducir el costo medio de atención por persona un 12%, aproximadamente.

“Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de la Salud”, se denomina el estudio realizado por la CNEP entregado hoy al Gobierno de Chile y que comprende 56 hallazgos que caracterizan situación de la APS en Chile y 36 recomendaciones para mejorar sus atributos y desempeño.

El presidente de la CNEP, Raphael Bergoeing explicó que el objetivo de este estudio, que fue mandatado por el gobierno de Chile a la CNEP en septiembre de 2020, y finalizó en septiembre de 2021, es mejorar la capacidad de prevención de la APS, buscando medidas costo-efectivas que apoyen las labores de los equipos de los establecimientos, permitiendo ampliar la cobertura y mejorar la oportunidad y calidad de la atención de manera de manera más eficiente.

“El escenario en Chile es complejo. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2010 y 2017 muestran importantes incrementos en factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Por ejemplo, durante ese periodo el porcentaje de la población que presentaba un estado nutricional de obesidad u obesidad mórbida aumentó de 25% a un 34%, mientras que personas con sospecha de hipertensión arterial pasaron de 27% a 28%, y con sospecha de diabetes pasaron de 9% a 12%. Situación que resulta urgente empezar a resolver, y la APS juega un rol fundamental en ello”, comentó.

Subrayó además que, “más del 50% de la población posee más de 2 morbilidades, requiriendo control permanente de por vida. En este sentido, la capacidad necesaria para atender a dicha población podría superar la capacidad total actual de consultas y controles médicos que realiza la APS al año, dejando poco espacio para otras actividades de prevención y promoción hacia el resto de la población”, precisó.

Hallazgos

Por su parte, el secretario ejecutivo de la CNEP, Rodrigo Krell, explicó que a lo largo de este estudio, la CNEP constató un conjunto de hallazgos que permitieron identificar el estado en que se encuentra la APS en Chile. Específicamente, el documento muestra y analiza las brechas más relevantes que presenta la APS local, además de proponer medidas que se hagan cargo de estas mismas.

En esta línea, el documento señala que la APS en Chile, junto con presentar importantes brechas en el ámbito tecnológico (TIC), también requiere aumentar en un 77% la cantidad de profesionales médicos si desea cerrar brecha respecto a referentes. Además, actualmente, la cobertura de la población beneficiaria llega a 50%, mientras que sistemas referentes presentan cifras sobre el 65%. También, la brecha de infraestructura estimada es de US\$2.000 millones, considerando la

mejora del actual universo de establecimientos, como el desarrollo de nuevas infraestructura.

Hoy FONASA cuenta con cerca de 15 millones de beneficiarios, los cuales tienen acceso garantizado a la APS, una vez inscritos en un establecimiento de atención primaria. Sin embargo, las cifras muestran que solo 13,5 millones están inscritos en la APS. De estos, 6 millones se atiende exclusivamente en la APS y 1,5 millones también utiliza la Modalidad Libre Elección (MLE). Así, la tasa de cobertura es de 50%, mientras que las referencias internacionales hablan de un 65%. Así, existen cerca de 6 millones de personas que estando inscritas en la APS no registran atención ni en el nivel primario ni vía MLE.

Esta situación, también se da entre comunas del mismo territorio. En este sentido, los datos muestran que mientras unas logran una cobertura del 60%, otras llegan al 40%.

También detalló que “en cuanto al déficit de RRHH, se estima a nivel comunal un promedio de 1 médico APS por 2600 personas inscritas, existiendo comunas con 1 médico por 4000 inscritos, y otras con 1 para 1900, mientras que mejores prácticas sugieren razones en torno a 1 médico por 1500 personas”, aseguró.

“Utilizando datos de la OCDE se estima que cerrar la brecha de profesionales médicos a nivel nacional puede tomar cerca de 15 años. Esta situación se agrava en el contexto de APS, considerando estudio de la OCDE (2020) que muestra que en Chile la proporción de la oferta médica que representan los especialistas de APS (médicos de familia) se ha reducido un 20% entre 2000 y 2017”, explicó.

El secretario ejecutivo también detalló que la capacidad de cobertura también se ve restringida por las brechas de infraestructura que limitan un acceso equitativo, oportuno y de calidad. “La CNEP estima que cerca de 5,4 millones de beneficiarios tienen un acceso limitado. Por ejemplo existen 201 establecimientos (de zonas urbanas) cuya capacidad está excedida, en regiones (Araucanía, Magallanes, Los Lagos, Valparaíso y Ñuble) cerca del 20% de la población vive a 12-60 Km de un consultorio, y el establecimiento más cercano cerca para 2 millones de personas es una posta, cuyo equipamiento normalmente no alcanza para cubrir las prestaciones requeridas”, puntualizó.

Agregó que el desafío de cerrar brechas de acceso no es fácil de abordar en el corto plazo. “La información pública muestra que un Centro de Salud Familiar (CESFAM) toma en promedio 3,7 años en construirse, y cuesta sobre los 3 millones de dólares. También, mediante información de Mercado Público, se identificó que, en el caso de los proyectos en proceso de licitación a marzo de 2022, solo 1 de los 28 no ha tenido algún tipo contratiempo. Junto con esto, se debe considerar que, una vez entregada la obra, es necesario incluir equipamiento y realizar un adecuado mantenimiento del establecimiento. Esto último en la actualidad depende en gran medida de la capacidad financiera de cada municipio”, aseguró.

Recomendaciones

Sobre la base de los hallazgos identificados, entrevistas, literatura, buenas prácticas nacionales e internacionales, entre otras, la CNEP propone 36 recomendaciones, priorizando en el corto plazo algunas de ellas en función de factibilidad, costos, plazos e impactos estimados.

Priorización

- Teletriage

El estudio sugiere implementar *a nivel nacional la estrategia de atención denominada Teletriage.*

Se trata de una estrategia de atención implementada desde inicios de 2021 en 12 establecimientos de APS, que busca mejorar y acercar la atención a los usuarios de la APS mediante el uso de TIC, rediseño de los procesos asistenciales, formación de competencias y habilidades del personal. Una de sus funciones es habilitar la priorización en la solicitud de citas en la APS a partir criterios clínicos, lo que permite orientar los recursos a quienes más lo necesitan.

La herramienta fue construida con apoyo de la OPS, siguiendo los lineamientos del modelo *Total Digital Triage* implementado por el NHS, que provee un formulario en línea para que las personas que requieran atención faciliten información personal y sintomatológica al momento de solicitar una cita, para luego ser priorizados y agendados, dependiendo del apremio para la atención.

Más allá de facilitar el acceso (en especial al grupo entre 15-59 años), y entregar mayor oportunidad al priorizar; los doce establecimientos donde *Teletriage* ha sido adoptado también dan cuenta de beneficios para los pacientes en otras aristas. Según los datos para el año 2021, *Teletriage* ha provisto un cierre promedio de solicitudes, desde el llenado del formulario hasta la atención, cercano a los 4 días. Más aún, 7 de 10 pacientes fueron atendidos en un espacio temporal menor a 7 días. Por su parte, en el marco del proyecto se han realizado encuestas de satisfacción donde más del 70 % de los encuestados destacan la utilidad de la herramienta, por cuanto esta no interrumpe sus actividades diarias y reduce los costos en el agendamiento de citas. A partir de información provista por el piloto se estima que la implementación de esta estrategia podría incrementar en 13 puntos porcentuales la participación del grupos más rezagado en términos de cobertura, y aumentar en cerca de un 20% el tiempo para atenciones médicas (64 millones de minutos de hoy).

Hay 3 recomendaciones que promueven el escalamiento y reforzamiento de esta herramienta en la APS.

Por una parte, se propone que los componentes de recursos humanos, capacitación, soporte de infraestructura y servicios TIC asociados a Teletriage, formen parte en uno de los denominados *Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS)*, línea de financiamiento que proviene desde nivel central. Junto con ello, se plantea la conveniencia de escalar la plataforma de Teletriage mediante su incorporación en *Hospital Digital*. También se propone escalar y albergar en el mismo Hospital Digital un proyecto piloto de gestión de citas que llevó a cabo MINSAL para el programa cardiovascular, con impacto en la reducción de la cancelación de citas y no presentación.

– **Tamizaje en zonas de alta población flotante**

Asimismo, considerando la opinión de algunos entrevistados y evidencia de otros estudios, se recomienda que en zonas donde exista gran cantidad de población flotante, especialmente en zonas de trabajo, se realicen pruebas o exámenes sencillos para identificar personas asintomáticas que desconocen de su condición, y así estas puedan beneficiarse de una intervención temprana (***Tamizaje***).

Existe evidencia que a través de acciones de tamizaje se genera impacto sanitario (más personas saben que padecen una ECNT), aumenta la tasa de cobertura (27pp en ciertos grupos) y generan ahorros a la persona como al sistema de salud (6% en el caso de la UE), todo esto mediante la detección precoz de enfermedades y/o condiciones.

El gasto anual estimado de implementar las medidas relacionadas a Teletriage, gestión de citas y Tamizaje pueden alcanzar hasta los US\$69,4 millones, equivalente al 2,31% del presupuesto de la APS para 2022. El plazo de implementación es cercano a 1 año.

– ***Mejorar proceso de elaboración de la principal línea de financiamiento de a la APS municipal (aporte Per cápita)***

El objetivo es otorgar directrices conducentes a una mayor costo-efectividad de la APS. Para ello se proponen medidas para que la elaboración del aporte per cápita a la APS municipal (principal mecanismo de financiamiento para 277 de las 345 comunas del país) considere mejor información sobre el perfil sanitario y socioeconómico de la población a nivel local, transparente y rinda cuentas de sus decisiones en torno al per cápita, e incluya una mejora continua al proceso de estimación de costos de atención, el cual sirve para establecer el valor basal del per cápita.

El principal mecanismo de financiamiento desde el nivel central a la APS municipal es el denominado pago per cápita. Este se compone de un pago anual por cada beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de APS (aporte básico unitario homogéneo o per cápita basal), determinado por parte del Ministerio de Salud (MINSAL), y también se compone de incrementos que se establecen anualmente a partir de ciertos criterios.

Así, un conjunto de recomendaciones busca que dicho financiamiento incorpore mejoras al proceso de elaboración del per cápita mediante la incorporación de mejores criterios de ajuste. Además, que MINSAL transparente y valide la metodología de cálculo, como los supuestos y precios que utiliza para determinar el aporte basal cada año.

Es importante considerar que en el marco de este estudio, no fue posible obtener información tanto para describir el proceso de elaboración del per cápita basal, como para replicar la estimación del mismo. Similar situación señala estudio de 2008 y algunos de los entrevistados para este estudio.

Similar a otros estudios, estimaciones de la CNEP muestran una brecha del aporte basal, que hoy se traducirían en \$4.000/mes por inscrito. Así, mientras el aporte oficial es de \$9.048/mes por inscrito, según estimaciones de la CNEP y otros estudios, el aporte basal debería ser cercano a los \$12.000. Una de las razones que estaría explicando en parte dicha brecha guarda relación con el costo del recurso humano, el cual representa cerca del 58% del costo de atención. Así, mediante información de Transparencia Activa se identifican brechas comunales de hasta la mitad en la remuneración de similares profesionales (misma categoría, estamento y nivel), y superiores respecto a valor de referencia normativo.

El gasto anual estimado de implementar estas medidas (mejora de proceso cálculo per cápita) es cercano a US\$0, considerando que la implementación es reglamentaria y son mejoras a procesos ya existentes que involucran mayor transparencia y rendición de cuentas de las decisiones que se toman. El plazo de implementación es cercana a 1 año.

– ***Proceso de elaboración de indicadores y metas en la APS***

No es claro que el nivel de cumplimiento de metas relacionados a los principales indicadores y metas asociadas a la APS (IAAPS y Metas Sanitarias) se relacionen con mejores resultados sanitarios para la población. A partir de datos públicos se concluye que, entre 2005 y 2019 el nivel de cumplimiento de las metas asociadas al IAAPS fue superior al 80% para 9 de 10 comunas que administran la APS, mientras que en paralelo (2010-2017) la Encuesta Nacional de Salud sugiere que los principales factores de riesgo y morbilidad de la población se han mantenido o aumentado, existiendo también información socioeconómica que señala una mejora en los determinante sociales.

Al respecto, entidades como NHS y OCDE dan cuenta de criterios necesarios para la selección de indicadores para la APS. Estos pueden consolidarse en: (a.) *Factibilidad*: contar con información rutinaria y verificable que permita evaluar el desempeño en cuestión; (b.) *Validación*: contar con evidencia científica documentada que destaque la importancia sanitaria que está relacionada al indicador; (c.) *Importancia*: evidenciar la relevancia de política pública que tienen las actividades vinculadas al indicador; (d.) *Pertinencia*: justificar si el objetivo sanitario puede ser influenciado

por la realización de las acciones que están detrás del indicador; y (e.) *Aceptación*: contar con la validación del equipo ejecutor sobre los indicadores.

Se considera, sin embargo, que la elaboración de los indicadores en Chile cumple en gran medida con el criterio de *Factibilidad*, mientras que para el resto de los criterios el nivel de cumplimiento es menor.

Así, mediante estas recomendaciones, se busca que los procedimientos asociados a la formulación de indicadores y metas, cuenten con mayor transparencia, y en base a evidencia y pertinencia fundamenten la selección de metas e indicadores, tanto a nivel nacional como comunal. De igual forma, se busca fortalecer los procesos mediante apoyo de comisiones asesoras compuestas por representantes desde el nivel central a local, como también expertos.

El gasto anual estimado de implementar estas medidas (mejora de procesos de elaboración de indicadores y metas) es cercano a US\$0, considerando que la implementación es reglamentaria y son mejoras a un proceso ya existente que involucra mayor transparencia y rendición de cuentas de las decisiones que se toman. El plazo de implementación es cercano a 1 año.#

– ***Desarrollar Domicilio Clínico Digital***

Otra de las recomendaciones que la CNEP recomienda priorizar es la implementación de un “***Domicilio Clínico Digital***” o ***repositorio de datos clínicos***.

Esta recomendación busca complementar aquella de largo plazo asociada a otorgar al Instituto de Salud Pública atribuciones relacionadas con TIC, con el fin de alcanzar la interoperabilidad. En este sentido, la Comisión recomienda a MINSAL elaborar un repositorio digital para que los usuarios puedan acceder (mediante ClaveUnica) a su información sanitaria más frecuente, y a su vez, permitir acceso a esta a sus prestadores (entre ellos APS). Para ello MINSAL, de acuerdo con la normativa, puede requerir información clínica a establecimientos públicos y privados. Cabe destacar que para que esta medida sea viable y tenga impacto en el corto plazo, la información solicitada y administrada por MINSAL debe requerirse en formatos regularmente utilizados en la extracción de datos.

Cabe destacar que esto prestaría gran utilidad para que los establecimientos de APS den curso al reglamento de 2021 sobre *Acciones Vinculadas a la Atención de Salud a Distancia*, el cual establece que el prestador, por medio de una casilla o plataforma digital, debe entregar al paciente un documento que contenga una copia del informe y registro de la atención.

El gasto anual estimado de implementar esta medida (Domicilio Clínico Digital) puede alcanzar los US\$600 mil, equivalente al 0,02% del presupuesto de la APS para 2022. El plazo de implementación es cercano a 1 año.

– ***Evaluar Asociación Público Privada para infraestructura de salud primaria y secundaria***

Con la evidencia recolectada para este estudio se estima que, para cerca del 60% de la población que vive en zonas urbanas, (probablemente) el establecimiento APS más cercano no sea el suyo, pues este tiende a estar en una comuna colindante. A esto, se puede sumar el hecho que 201 (de 800) establecimientos APS estarían atendiendo a una cantidad superior de beneficiarios para la cual fueron diseñados.

Cabe agregar que, la evidencia sugiere que tener más y mejor infraestructura preventiva y resolutive en la comuna está relacionado con una menor tasa de hospitalizaciones evitables. Entiéndase estas últimas como aquellas hospitalizaciones prevenibles mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial.

Según estudio realizado por la Universidad San Sebastián (USS) para este proyecto, 1 de 3 hospitalizaciones evitables termina con la persona fallecida, y en conjunto generan un gasto anual a nivel hospitalario equivalente al 10% del presupuesto APS para 2022 (alrededor de US\$300 millones). Además utilizan alrededor del 20% de los días-cama en un año (1,2 millones).

A diferencia de otros miembros de la OCDE, y considerando las directrices de la OPS, en Chile no solo hay hospitalizaciones evitables por causa de enfermedades crónicas, sino también por situaciones agudas de baja complejidad (un 56% del total de las evitables), por lo que mejorar este aspecto resulta crucial. De hecho, según estimaciones de la USS y CNEP, más infraestructura APS (en especial resolutive de urgencia) podría reducir hasta en un 30% las hospitalizaciones evitables. Reducir en este orden magnitud las hospitalizaciones evitables, junto con beneficiar a dichas personas, también liberaría cerca de 360 mil días-cama capaces de generar 100 mil egresos quirúrgicos programados, volumen cercano al 36% de los casos en lista de espera quirúrgica a noviembre de 2021.

Con el objetivo de estudiar alternativas para reducir estas brechas de infraestructura de manera eficiente, y considerando también la posibilidad de diferir los costos iniciales de una inversión que hoy se estima para la APS en cerca de US\$2.000 millones, la CNEP recomienda a los Ministerios de Salud y Obras Públicas evaluar la posibilidad que la infraestructura de la atención primaria y secundaria (con provisión e instalación de equipamiento médico, mobiliario clínico y no clínico, junto con sus respectivas mantenciones y reposiciones), sea desarrollada mediante la figura de APP (Ley de Concesiones).

La experiencia a nivel nacional, como internacional, sugiere la viabilidad de una estrategia como esta. En el caso nacional, además de la experiencia en el área de salud, se identifica la viabilidad de realizar convenios de mandato para desarrollar este tipo de proyectos entre un grupo de municipios, Servicios de Salud y MOP, sea que la APS esté administrada por un Servicio de Salud, departamento de salud municipal o corporación. A nivel internacional, la experiencia en Uruguay y Reino

Unido muestran la viabilidad de hacer una cartera a nivel territorial. En el caso de Uruguay se da para educación, por medio de una concesión similar a la de Chile, mientras que en el caso del Reino Unido, se da en la atención primaria por medio de empresas público-privadas.

También, considerando la restricción más estructural de recursos humanos, y el impacto de las TIC en salud, esta alternativa posibilita la inclusión significativa de equipamiento clínico y tecnológico en el nivel primario y secundario, permitiendo a los equipos agregar mayor valor en cada atención. En este sentido, se identifica experiencia piloto en la municipalidad de San Bernardo, donde se ocupó herramienta de examinación móvil (probada a nivel internacional) equipada para detectar la mayoría de las afecciones comunes, incluyendo exámenes de oído, corazón, pulmones, garganta, piel, abdomen, sangre y otros, con énfasis en enfermos crónicos. Esto permitió aumentar en 6 veces la capacidad de atención domiciliaria y hacer un uso más eficiente de los recursos humanos. También las herramientas TIC asociadas a Teletriage son otros ejemplo.

La Comisión considera que esta estrategia también aporta una mayor equidad, pues el mantenimiento de la infraestructura como la adquisición y reposición de equipamiento (clínico, tecnológico, de apoyo) ya no dependerá de la capacidad financiera del municipio o Servicio de Salud, sino del contrato de APP. Además, ofrece a estos, la oportunidad de plantear mejoras a la oferta de servicios de la red como un todo, y con una mayor presencia en el territorio, por ejemplo, mediante el mayor desarrollo de CECOSF en el territorio. En una segunda línea, esto también puede permitir el desarrollo de construcción industrializada.

Cabe agregar que la evidencia recolectada en el estudio de la CNEP sobre productividad en el sector de la construcción sugiere que la infraestructura pública hospitalaria concesionada (una especie de APP) desarrollada y finalizada entre 2009 y 2019 resultó ser más costo-eficiente y productiva que una alternativa tradicional de obra pública. En concreto, en hospitales de alta complejidad el costo aproximado de la obra concesionada fue de UF 45/m², mientras que la vía tradicional fue de UF 51/m². En el caso de productividad, las obras concesionadas produjeron en promedio 62 m²/día, versus 24 m²/día por vía tradicional. En el caso de los hospitales de mediana complejidad, los resultados obtenidos fueron: UF 48/m² para concesiones versus UF 55/m² vía tradicional, y; 46 m²/día para concesiones versus 14 m²/día para tradicional.

En caso que la recomendación (evaluar APP) resulte favorable para desarrollar infraestructura mediante este mecanismo, tanto la renovación, como el desarrollo de nuevas obras y adquisición de equipamiento (clínico y tecnológico), podrían materializarse en un plazo de 3 años. El gasto anual, en el caso que el alcance de la medida cubra a todos los territorios donde hay APS, sería cercano a US\$523 millones, equivalente al 17,4% del presupuesto de la APS para 2022.

Cabe precisar que la CNEP recomienda implementar esta medida de manera acotada y escalonada, permitiendo una implementación eficiente, desarrollando las mejoras que se requieran.

Potenciales impactos

La CNEP concluye que es posible aumentar la cobertura de manera eficiente, ofreciendo mayor equidad y oportunidad en el acceso, y calidad en la atención. Esto último, por medio de una mayor proximidad y mejor apoyo a los equipos de los establecimientos de la APS, por ejemplo, a través de la implementación de estrategias de atención, herramientas para la gestión de citas, competencias, más y mejor equipamiento de apoyo, orientaciones sobre acciones a realizar, entre otras acciones.

El presupuesto de la APS es de US\$ 3000 para el 2022. Implementar la priorización de recomendaciones de la CNEP, requeriría un aumento de US\$ 593 millones en el presupuesto. Con este incremento de 19% la APS podría ofrecer una mayor y mejor cobertura, aumentando en un 36% la población que atiende y ofreciendo una atención más oportuna y de calidad. Así, la cobertura podría aumentar de 50 a 68%, reduciendo el costo medio de atención por persona en 12%.