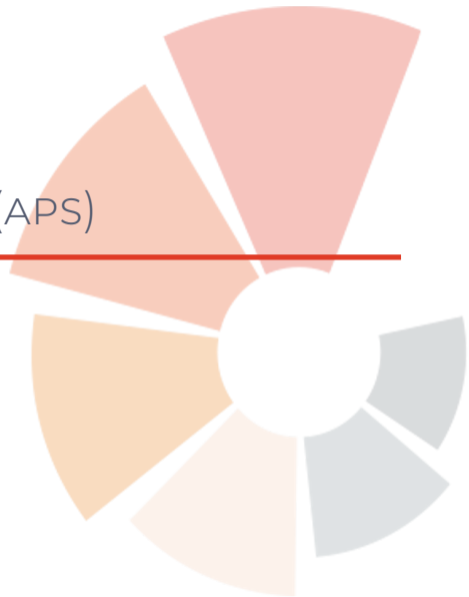


EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

29 de julio de 2022

Comisión Nacional de
**Evaluación y
Productividad**



- ▶ Estudio APS es el segundo de la CNEP en el área de salud.
- ▶ El primer estudio *“Eficiencia en pabellones y priorización de pacientes para cirugía electiva”* fue entregado en 2020.
- ▶ Hoy MINSAL está implementando piloto de gestión de pabellones. Los primeros resultados son:
 - ▶ Tasa de suspensión se redujo de **12%** a **2%**.
 - ▶ Utilización de pabellones aumentó de **53%** a **78%**.
 - ▶ Número de cirugías por pabellón/día aumentó de **3,3** a **4,7**.



CONTEXTO

BRECHAS

RESULTADOS

ESTUDIO CNEP

RECOMENDACIONES

GESTIÓN

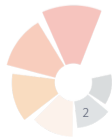
FINANCIAMIENTO

INFRAESTRUCTURA

IMPLEMENTACIÓN

PRIORIZACIÓN DE MEDIDAS

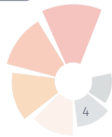
IMPACTO ESTIMADO (señal de oportunidad)



CONTEXTO



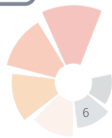
- ▶ APS en Chile cuenta con 1 médico/a por **2600** personas. A nivel comunal está entre **1:1900** y **1:4000** (SINIM, 2019). Estándar sugiere **1:1440** (CNEP, UCh).
 - ▶ España decretó **1:1400** y Reino Unido tiene en promedio **1:1700**.
- ▶ **+10 años** de evidencia sobre cómo mejorar ajustes al *per cápita basal*, pero no se han aplicado (PUC, UCh, FONASA, SSRA).
- ▶ MINSAL lleva **14 años** implementando interoperabilidad. Referentes (CAN, ESP) la alcanzaron en **10** años.



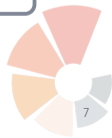
- ▶ **5,4 MM** de beneficiarios de zonas urbanas con acceso limitado (CNEP, BIP, INE, MINSAL, FONASA).
 - ▶ El centro más cercano está a **4 Km** de distancia y tiende a estar en comuna aledaña.
- ▶ Para **2 MM** de personas el establecimiento APS más cercano es una posta.
 - ▶ **8 Km** de distancia promedio a un centro APS en zona rural.
- ▶ **3,7 años** toma ejecutar un proyecto de CESFAM (**200%** más de plazo) (MDSF, 2014-2019).
 - ▶ Solo **1 de 28** proyectos en proceso de licitación a marzo 2022 no ha presentado problema (Mercado Público, 2022).



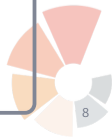
- ▶ Cobertura **50%** en la población beneficiaria (**15 MM**), y de **40%** en beneficiarios entre 15-60 años (FONASA, SSMSO).
 - ▶ **1,5 MM** de beneficiarios se atiende solo en Modalidad Libre Elección.
 - ▶ **6 MM** beneficiarios no registran acciones de atención primaria durante el año.
- ▶ La APS presenta **3 atenciones** menos por día por médico que NHS.
Posibles causas:
 - ▶ *Tasa de No Presentación*: **8%** en NHS vs **15-20%** en la APS.
 - ▶ *Total Digital Triage*: **100%** en NHS vs piloto en **12** establecimientos APS de la RM.



- ▶ *Encuesta Nacional de Salud* permite concluir que entre 2010 y 2017:
 - ▶ Proporción de la población obesa aumentó de **25%** a **34%**.
 - ▶ Proporción de la población con sospecha de DM2 aumentó de **9%** a **12%**.
- ▶ **+50%** de la población posee 2 (o más) morbilidades requiriendo control de por vida (Margozzini y Passi, 2018).
- ▶ Brechas en expectativa de vida de **8 años** (y más) entre comunas de una misma región (Bilal et al., 2019).



- ▶ **Objetivo:** Elaborar medidas costo eficientes que permitan una mayor capacidad de prevención de la APS.
- ▶ **Recomendaciones:** Son **36**, basadas en evidencia, estimando costo y plazo, y mencionando entidades involucradas y vía de implementación.
- ▶ **Medidas buscan:**
 - ▶ Mayor equidad en el acceso y mayor oportunidad en atención (*Teletriage, APP*).
 - ▶ Mayor eficiencia en el uso de recursos humanos y financieros (*Gestión de Citas, Indexadores*).
 - ▶ Habilitar espacios para potenciar el *Modelo de Atención Integral de Salud* (*Teletriage, Competencias*).
- ▶ **Estimación sugiere espacios de oportunidad:** **36%** más de cobertura (50% a 68%) con **20%** más de presupuesto (US\$593 MM).



RECOMENDACIONES



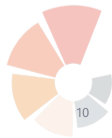
- ▶ Estrategia de gestión y priorización de citas:
 - ▶ Reduce costos al usuario y aumenta participación de grupo de 15-60 años en **30%** (CNEP).
 - ▶ Ofrece mayor oportunidad en la atención al priorizar según necesidad clínica, con **7 de 10** pacientes siendo atendidos en los primeros 7 días (UCh, Plataforma360).
 - ▶ Habilita la atención integral al permitir programar mejor las citas (CNEP).
 - ▶ Uso más eficiente del tiempo destinado a la atención: **+64 MM** de minutos más para citas médicas equivalente a un 20% más del tiempo actual (CNEP).
- ▶ La propuesta busca escalar la estrategia mediante PRAPS y alojar la plataforma en Hospital Digital.

Entidades involucradas: **MINSAL**.

Mecanismo de implementación: **PRAPS** y **Desarrollo TIC**.

Costo estimado: **1,80%** del presupuesto 2022 de la APS (**US\$54 MM**).

Plazo de implementación: **1 año**.



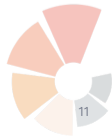
- ▶ Herramienta de gestión de citas con múltiples canales ya probada por MINSAL entre 2015-2018:
 - ▶ Reduce *Tasa de No Presentación* y aumenta adherencia a programas de salud.
 - ▶ Permite la gestión masiva de citas: **8 MM** en el programa cardiovascular.
 - ▶ Piloto mostró mejoras: **+5pp** en el porcentaje de citas programadas realizadas (80% a 85%).
- ▶ La propuesta busca complementar la estrategia *Teletriage* mediante un mayor número de canales de comunicación con el usuario.

Entidades involucradas: **MINSAL.**

Mecanismo de implementación: **PRAPS y Desarrollo TIC.**

Costo estimado: **0,02%** del presupuesto 2022 de la APS (**US\$600 M**).

Plazo de implementación: **1 año.**



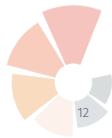
- ▶ Santiago y Providencia reciben **3,4 MM** de personas por día (Paz Ciudadana, OCUC).
- ▶ Evidencia relacionada a tamizaje en zonas de trabajo sugiere:
 - ▶ **11%** de las personas desconocían tener una enfermedad crónica (Oberlinner et al., 2008).
 - ▶ **35%** más de cobertura de personas en edad de trabajar (Clark et al., 2020).
 - ▶ **30%** menos de visitas urgencias (Glass et al., 2017).
- ▶ La propuesta busca proveer información al usuario acerca de su condición y generar vínculo con el centro APS referente.

Entidades involucradas: **MINSAL.**

Mecanismo de implementación: **PRAPS.**

Costo estimado: **0,49%** del presupuesto 2022 de la APS (**US\$14,8 MM**).

Plazo de implementación: **1 año.**



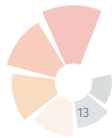
- ▶ Hace más de **20 años** sistemas referentes ocupan herramientas capaces de predecir riesgo sanitario y utilización de recursos (EEUU, GBR, ISR, ESP, ALE).
- ▶ A nivel nacional se han realizado pilotos que confirman la factibilidad de implementar dichas herramientas (Santelices et al., 2014/2016).
- ▶ La propuesta busca la implementación de un estratificador de riesgo que permita asignar de manera más eficiente los recursos de la APS y apoyar una mejor gestión.

Entidades involucradas: **MINSAL**.

Mecanismo de implementación: **Reglamentario** y **Procedimental**.

Costo estimado: **0,033%** del presupuesto 2022 de la APS (**US\$1 MM**).

Plazo de implementación: **3 años**.



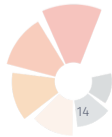
- ▶ Hay factibilidad de implementar una solución orientada a apoyar al usuario: *Repositorios de Datos Clínicos*.
 - ▶ El SSMSO implementó VIAU y SSMaule el SISMaule.
- ▶ La propuesta busca centralizar en una plataforma información no estandarizada de atención al usuario, permitiendo su acceso (y autorización) mediante ClaveÚnica.
 - ▶ MINSAL tiene las atribuciones para requerir información sanitaria de los pacientes a entidades públicas como privadas (DFL1 MINSAL/2006).

Entidades involucradas: **MINSAL**.

Mecanismo de implementación: **Desarrollo TIC**.

Costo estimado: **0,02%** del presupuesto 2022 de la APS (**US\$600 M**).

Plazo de implementación: **1 año**.



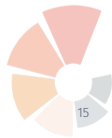
- ▶ Hoy existe una brecha de acceso y capacidad resolutive de la APS.
 - ▶ Cobertura comunal entre **20-65%** (SINIM, 2019).
 - ▶ Hospitalizaciones Evitables (USS, 2021):
 - ▶ **1 de 3** personas fallece;
 - ▶ **11%** de los egresos hospitalarios en un año, equivalente al **20%** del total de días-cama y **US\$300 MM** de gasto.
- ▶ Experiencias en CHL, URY y GBR sugieren evaluar el concesionar infraestructura (construcción, conservación y reposición) y equipamiento clínico/tecnológico (adquisición y reposición) de la APS (atención secundaria también).

Entidades involucradas: **MINSAL, MOP, Servicios de Salud y Municipios.**

Mecanismo de implementación: **Decreto 900.**

Costo estimado: **17,4%** del presupuesto 2022 de la APS (**US\$523 MM**).

Plazo de implementación: **3 años.**



IMPLEMENTACIÓN



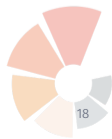
- ▶ Realizar modificaciones reglamentarias para mejora continua en los procesos de elaboración del *per cápita*, IAAPS y *Metas Sanitarias*.
(Costo: 0,00% (US\$0,0 MM) / Plazo: 1 año).
- ▶ Implementar mediante PRAPS: *Teletriage*, Gestión de Citas y Tamizaje en población flotante.
(Costo: 2,31% (US\$69,4 MM) / Plazo: 1 año)
- ▶ Desarrollar plataforma *Domicilio Clínico Digital*.
(Costo: 0,02% (US\$600 M)/ Plazo: 1 año)
- ▶ Evaluar el someter a la ley de concesiones la infraestructura APS.
(Costo: 17,4% (US\$523 MM)/ Plazo: 3 años)



IMPACTO ESTIMADO: SUGIERE ESPACIOS DE OPORTUNIDAD IMPORTANTES

	Línea base†	Teletriage Gestión de citas Tamizaje Domicilio Clínico Digital APP
Población cubierta (MM)	7,6	10,3 (+36%)
Tasa de cobertura (%)	50	68 (+18pp)
Atenciones médicas (MM)	20,2	24,7 (+22%)
<i>Consultas médicas (MM)</i>	14,8	17,9
<i>Controles médicos (MM)</i>	5,4	6,8
Presupuesto 2022 (US\$ MM)‡	3000	3593 (+20%)
Costo medio por 1pp de cobertura (US\$ MM)	60	53 (-12%)

†: El número estimado de beneficiarios de FONASA es 15,2 millones y de profesionales de medicina 6.039. ‡: Se utilizó tipo de cambio \$800.





Comisión
Nacional de
**Evaluación y
Productividad**

Amunátegui 232, of. 401, Santiago, Chile

Fono: (56 2) 2473 3444

contacto@cnep.gob.cl

www.cnep.cl