

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

RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO

Durante los últimos 70 años el sistema de salud en Chile redujo la mortalidad infantil y materna (en un 93 % y 94 % respectivamente), la malnutrición infantil en menores de 5 años (de 63 % a 0,5 %) y logró elevar la expectativa de vida de 50 a 80 años (un año más que Estados Unidos). Sin embargo, pese a los enormes avances, aún persisten obstáculos y barreras que impiden proveer de un sistema de salud eficiente y efectivo en todos sus niveles de atención.¹ En la actualidad el sistema de salud, y en particular la Atención Primaria de Salud en Chile (APS), se enfrenta al desafío que implican los problemas propios de países con un mayor nivel de desarrollo. Estos son el envejecimiento de la población y las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). La evidencia sugiere que actualmente 11 millones de personas en Chile sufren al menos 2 enfermedades crónicas (un 56 % de la población), quienes requieren de una atención sanitaria efectiva y oportuna de por vida. En este sentido, la APS debiese tener la capacidad de abordar los principales problemas de salud de la población de manera preventiva y ser la puerta de entrada al sistema de salud, siendo a la vez, el eje de desarrollo de los sistemas de salud. En su trabajo, la doctora Barbara Starfield² describe la APS como el nivel de atención que debe cumplir con cuatro atributos esenciales: Accesibilidad y primer contacto, donde debe existir un fácil y oportuno acceso al sistema sanitario; Continuidad, donde se debe establecer una relación continua entre el equipo clínico y paciente; Integralidad, que da solución a las necesidades de salud más frecuentes de la comunidad; y Coordinación, que significa un trabajo en conjunto entre los médicos de atención primaria y especialistas de otros niveles. Sin embargo, la evidencia (tanto internacional como

nacional) señala que la APS ha evolucionado en direcciones que no obtienen los resultados sanitarios esperados, y por ende su contribución a la equidad y la justicia social podría ser mayor. En efecto, durante la Conferencia de Alma Ata³ ya se había identificado que la APS presenta deficiencias en la gestión y falta de coordinación al interior del sector salud, y entre este y los demás sectores. También presenta debilidad de la participación de la comunidad en los procesos de decisiones como problemas con el financiamiento. En este contexto, Chile no es una excepción. La APS en Chile muestra brechas en recursos humanos, cobertura, competencias, infraestructura, entre otros, donde claramente existen amplios espacios de mejora. En este contexto es que la Presidencia de la República de Chile mandató en septiembre de 2020 a la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad el presente estudio “Eficiencia en la Gestión de la Atención Primaria en Salud” que ofrece un diagnóstico de la situación actual de Atención Primaria de Salud, identifica brechas y presenta un conjunto de 56 hallazgos, a partir de los cuales ofrece 36 recomendaciones orientadas a generar mejoras sustanciales en la gestión, infraestructura y financiamiento de la APS, con el objetivo de contribuir a un sistema de salud robusto que permita el desarrollo y mejoramiento del bienestar de las personas en Chile.

Caracterización de la Atención Primaria de Salud en Chile.

En Chile, la gestión de la Atención Primaria de Salud depende de cuatro niveles: a nivel central se encuentra el Ministerio de Salud

¹ Tal como se evidenció en el estudio de CNP Eficiencia en Pabellones y Gestión de Listas de Espera (2020).

² Starfield, B. (1994). Is primary care essential?

³ Conferencia de Alma Ata, reunión organizada por la OMS y la UNICEF entre el 6 y 12 de septiembre de 1978 donde se sentó las bases de lo que hoy se conoce como Atención Primaria en Salud

(MINSAL) representada por la División de Atención Primaria (DIVAP), dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA). Luego, a nivel territorial se encuentra el Servicio de Salud. A nivel comunal están los municipios y por último a nivel local están los establecimientos: CESFAM, COSAM, CECOSF, PSR y otros.

La DIVAP influye en la gestión de la APS mediante la elaboración de orientaciones sobre estándares de atención, programación de la actividad e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), entre otras acciones. Adicionalmente, es responsable de elaborar indicadores y fijar metas nacionales relacionadas a procesos sanitarios, coberturas y resultados sanitarios vinculados al Plan de Salud Familiar (PSF). También incide en la elaboración de programas de reforzamiento a la APS que buscan complementar y reforzar ciertas actividades.⁴ La elaboración de ciertos indicadores y metas nacionales está directamente vinculada a los aportes que el nivel central realiza hacia los municipios⁵ por concepto del per cápita, programa de reforzamiento y beneficios colectivos (cerca del 90 % de los recursos anuales de la APS municipal proviene del nivel central). La evaluación deficitaria sobre el cumplimiento de un conjunto de estas metas puede redundar en posibles reducciones del per cápita, así también puede ocurrir con otras metas para el caso de los programas de reforzamiento. En el caso de los beneficios se aplica similar lógica, reduciendo el valor del beneficio que llega al personal sanitario.

El Servicio de Salud, entre otras cosas, fija metas a nivel comunal asociadas al aporte per cápita y los beneficios colectivos. También tiene el rol de ser la contraparte en los convenios de traspaso de recursos asociados a los programas de reforzamiento elaborados a

⁴ Cada uno de estos programas de reforzamiento cuenta con un conjunto de indicadores que determinan el desempeño de una dimensión en particular de la APS.

⁵ Que administran la APS, salvo quienes reciben un financiamiento fijo por ruralidad y dificultad tanto para prestar como para acceder a las atenciones de salud

nivel central. Dichos convenios y sus procesos pueden verse afectados por una gestión deficiente, incidiendo en la continuidad de las acciones sanitarias respectivas.

La gestión a nivel comunal depende de la municipalidad en 321 de las 345 comunas del país. En estos casos, cada una administra los recursos humanos y financieros, realiza compras de bienes y servicios y es responsable de la mantención de la infraestructura y el equipamiento.

Finalmente, a nivel local los establecimientos APS (CESFAM, CECOSF, PSR, principalmente) planifican y realizan las actividades sanitarias. En este aspecto, una gestión eficiente depende en gran medida del acceso y manejo de mayor y mejor información sobre los usuarios, como de organizar de manera eficiente los equipos de trabajo, contar con competencias y herramientas que permitan fortalecer el modelo integral y utilizar herramientas tecnológicas que permitan un mayor impacto sanitario y uso eficiente de los recursos, entre otras cosas.

La gestión eficiente de la APS, conducente a proveer un servicio primarista efectivo y oportuno depende de varias dimensiones, donde la fluidez, transparencia, interoperabilidad, capacidad de respuesta, entre otras, que existe dentro y entre estos cuatro niveles juegan un rol fundamental.

El estudio

El presente estudio se divide en 4 secciones⁶ y se encuentra escrito en forma de párrafos enumerados, de modo de facilitar su comprensión general. Para el análisis se ocuparon fuentes de información pública,

⁶ Además existe un anexo que trata sobre los antecedentes históricos de la APS, que se ofrece a modo de contextualizar los esfuerzos sanitarios y preventivos del país el último siglo.

literatura especializada, apoyo de expertos y la participación de representantes de los distintos niveles de la red pública. La primera sección analiza la organización de recursos para la gestión del nivel primario. La segunda sección analiza la APS respecto de la infraestructura que la sostiene, sea civil o tecnológica. La tercera sección analiza el financiamiento de la APS. La cuarta sección ofrece comentarios finales, señalando roles y una priorización de medidas en función de su factibilidad, impacto esperado y tiempo de implementación. El objetivo del estudio es presentar recomendaciones de política pública para aumentar la capacidad de prevención de la APS de manera eficiente. De esta forma, se proponen acciones que potencian (principalmente) los atributos de Accesibilidad y Continuidad para alcanzar una mayor y mejor cobertura, como también se proponen acciones orientadas a potenciar (principalmente) la Integralidad y Coordinación de la atención para que los recursos generen el mayor valor sanitario posible.

La primera sección aborda la organización de recursos de la APS, donde se revisan acciones pertinentes para estos efectos. En primer lugar, se analiza la implementación de una estrategia de atención mediante capacitación y uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).⁷ En este sentido, el auge de internet y dispositivos móviles ha permitido la eliminación de barreras físicas y burocráticas en todos los sectores y la salud no es la excepción. Esto redundará en un mejor uso del tiempo disponible de las personas y un mejor proceso de atención, aumentando el acceso y oportunidad. A continuación, se revisan aspectos para potenciar el modelo de atención en la APS en atención a que los análisis demográficos actuales muestran que los pacientes, en general, exhiben diversas afecciones de manera simultánea. Se ha demostrado que la multimorbilidad y las necesidades complejas son mejor comprendidas y tratadas en un esquema integrado por profesionales multidisciplinarios, de distintos perfiles y

⁷ La evidencia (OCE, 2020; Almalki y Simsim, 2020) señala que el uso eficiente de la tecnología redundará en una atención más eficiente y coordinada del APS.

especialidades, lo que genera el máximo valor en la atención a los pacientes. Así, se analiza la manera de potenciar la atención de equipos multidisciplinarios a través de competencias y herramientas de coordinación.

Dentro de lo que compete a la organización de recursos para la gestión de la APS, es necesario contar con indicadores⁸ para evaluar el funcionamiento integral de la atención. En esta sección se analiza la determinación, inclusión y evaluación de indicadores y metas sanitarias de tal forma que cumplan con los atributos de transparencia, pertinencia y evidencia, entre otros. Esto promueve, en gran medida, todos los atributos de la APS, orientando mejor los esfuerzos y acciones de promoción y prevención. Finalmente, dentro de esta sección se analizan los Programas de Reforzamiento de la APS (PRAPS), programas orientados a reforzar ciertas actividades de la APS. Estos fueron analizados respecto de sus procesos de validación y de transferencia de recursos desde nivel central. Los objetivos de estos programas son diversos: unos están orientados a financiar la actividad de urgencia primaria (SAPU, SAR, SUR), mientras que otros están dedicados a reforzar actividades ligadas al Plan de Salud Familiar (PSF). También existen programas para financiar mejoras a la infraestructura y otros. Los PRAPS son financiados desde el nivel central traspasando, mediante convenios, recursos a los municipios, y su correcta elaboración y gestión impactan diversas acciones preventivas y promocionales de la APS. Así, esta sección presenta 21 recomendaciones.

La segunda sección analiza la APS respecto de la infraestructura que la sostiene, de obra civil (y su equipamiento) como tecnológica. En el modelo chileno la red asistencial de cada servicio de salud se cimienta sobre el primer nivel de atención, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con

⁸ Ver Ramalho et al. (2019), Mainz (2003) y Lester y Campbell (2010), OCDE (2004), entre otros.

población a cargo. Luego hay otros niveles de mayor complejidad que solo reciben derivaciones desde el primer nivel de atención (salvo en casos de urgencia). En este modelo de atención, la APS es la puerta de entrada al sistema y debe cubrir la mayor parte de las patologías de las personas. En efecto, sobre el 80 % de los establecimientos de salud en el país pertenece al nivel primario y una APS eficiente, centrada en las personas, Accesible y Continua en el cuidado debe, por tanto, cumplir con las características de cercanía, horarios y capacidad resolutoria acorde al nivel de atención. En este contexto, este capítulo analiza la infraestructura civil (y su equipamiento general) y TIC, con el objetivo de identificar brechas y proponer mejoras, en el entendido que una buena infraestructura resulta fundamental para asegurar y facilitar a toda la población una atención de salud equitativa, cercana e integral, ofreciendo una adecuada cartera de servicios sanitarios (desde lo promocional hasta lo preventivo). Por último, esta sección presenta 7 recomendaciones.

La tercera sección analiza el financiamiento de la APS. El objetivo de este capítulo es otorgar directrices conducentes a una mayor costo-efectividad de la APS, propiciando que el financiamiento de la APS municipal⁹ sea asignado considerando mejor información sobre el perfil sanitario de la población a nivel local y mejorando el proceso de estimación de costos. El financiamiento desde el nivel central a la APS municipal consiste (principalmente) en un mecanismo de pago denominado per cápita. Este se compone de un pago anual homogéneo por cada beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de APS (per cápita basal), determinado por MINSAL. Adicionalmente se contemplan incrementos que se establecen a partir de criterios o indexadores. Estos buscan capturar las condiciones locales de cada comuna, tales como necesidades económicas, edad de la población, ruralidad, entre otros.

⁹ Esta sección está orientada a la APS municipal. Hoy en 320 de 345 comunas la APS es administrada por los municipios. De los cuales, 276 perciben ingresos por medio del per cápita, mientras que las otras 44 lo hacen por medio de transferencias fijas.

El financiamiento del nivel central hacia la APS municipal representa cerca del 90 % del presupuesto anual que este contempla para la atención primaria.¹⁰ A su vez, del total de recursos que el nivel central destina a la APS municipal, cerca del 70 % está asociado al mecanismo per cápita, el que es administrado ya sea por los Departamentos de Salud o por las Corporaciones Municipales de Salud de cada municipio. Por último, los propios municipios también pueden aportar al financiamiento de la actividad primaria lo que representa, en promedio, cerca del 10 % del presupuesto total de un año. Así, al abordar mejoras al proceso de determinación del per cápita (per cápita basal e indexadores que lo ajustan), se está incidiendo en la principal fuente de financiamiento que tiene la APS municipal, que representa (aproximadamente) el 60 % de su presupuesto anual. En total, esta sección presenta 8 recomendaciones.

En conjunto, estas secciones presentan hallazgos y recomendaciones orientadas a apoyar una mejor capacidad de la APS. A partir de estos hallazgos y recomendaciones, la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad presenta en la cuarta sección comentarios finales y propone una estrategia de implementación, detallando roles, plazos y costos aproximados.

Principales hallazgos y recomendaciones del estudio

El estudio identifica 56 hallazgos a partir de la información recolectada, los que representan una aproximación a la realidad del estado actual de la capacidad de la APS. Sobre la base de los hallazgos identificados, entrevistas y la evidencia recopilada a partir de buenas prácticas nacionales y de países referentes, este estudio propone un total 36 recomendaciones para apoyar una mejor gestión de la APS.¹¹

¹⁰ El otro 10 % financia la APS ligada a los Servicios de Salud.

¹¹ Que en concreto buscan, con similar nivel de recurso humano, pero con un mejor apoyo (mediante las recomendaciones), mejorar los procesos de atención, tal que permitan como fin último impactar en el estado de salud de las personas.

A continuación, se desglosan los hallazgos y recomendaciones según secciones.

Se registraron 30 hallazgos respecto a la organización de recursos en la APS (primera sección). A nivel local, se identificó la estrategia Teletriage, una estrategia de gestión clínica implementada como piloto a mediados de 2020 en dos CESFAM y ampliada el 2021 a 10 establecimientos más, pertenecientes a 7 comunas del país. Capacitando al personal y utilizando TIC, esta estrategia de atención permite programar y priorizar las citas en la APS en función de criterios clínicos, generando beneficios tanto para los establecimientos en cuanto a la agilización y certeza de los procesos y mejoras en la eficiencia en el uso de los recursos, como para los pacientes, flexibilizando la toma de horas para atención, añadiendo consultas remotas, y mejorando la cobertura y oportunidad. Por otra parte, MINSAL también implementó un piloto de mensajería para la gestión de citas¹² entre los años 2015 y 2018, que mostró una reducción de la tasa de no presentación en hasta 5 puntos porcentuales, así como la reducción de cancelación en hasta 6 puntos porcentuales. La implementación de estas estrategias de gestión requieren ser complementadas con competencias adecuadas, en especial respecto a competencias TIC, pero según estudios¹³ hoy existen brechas en este aspecto.

Existe evidencia¹⁴ de que los resultados sanitarios de los pacientes atendidos en un contexto de atención se maximizan cuando dicha atención es llevada con las competencias adecuadas y equipos multidisciplinarios. En efecto, la atención en equipo tiene el potencial de generar eficiencias en la atención, reduciendo (en algunos casos)

¹² Específicamente, para el programa cardiovascular. Gestionando cerca de 8 millones de citas.

¹³ Ver FCh (2021), por ejemplo.

¹⁴ Ver Medical Economics (2017), Patel et al (2005), O'Reilly et al (2007), Reiss-Brennan et al (2016), por ejemplo.

un 8,5 % de los costos directos por visita. La experiencia internacional muestra resultados positivos del desarrollo de competencias y metodologías habilitantes para la promoción y prevención de la salud en esta dirección, entendiéndose que estas difieren de las tradicionales utilizadas para el tratamiento de afecciones particulares. Hoy no es claro el tipo de fomento que se le ha dado a nivel local, entendiéndose que el MAIS juega un rol central en la APS en Chile.

El éxito de la APS depende en gran medida del nivel de cobertura que logra. En este sentido, mediante información de FONASA, se estimó que la tasa¹⁵ de cobertura de la APS en Chile es de aproximadamente 50 %, mientras que los referentes internacionales sugieren tasas por sobre el 65 %.¹⁶ En el caso chileno las principales brechas están en los jóvenes y adultos, especialmente hombres, con coberturas que rondan por debajo del 40%. Existe evidencia¹⁷ internacional de mejoras en la tasa de cobertura y ahorros mediante tamizaje (estrategias de detección precoz), los que podrían realizarse en centros neurálgicos con alta población flotante.

Respecto de los hallazgos a nivel central, el estudio se concentró en analizar los indicadores utilizados para medir el desempeño de actividades en la APS. La correcta determinación de dichos indicadores tiene el potencial de mejorar los procesos de atención y los resultados sanitarios.¹⁸ Parte de los principales indicadores de la APS (18) se agrupan en el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS),¹⁹ cuyo principal objetivo es evaluar si las prestaciones comprometidas están siendo otorgadas de manera adecuada según 4 elementos: estrategia, producción, cobertura efectiva e impacto. Al

¹⁵ Entiéndase, qué proporción de la población beneficiaria de FONASA se atiende en el nivel primario a lo largo del año.

¹⁶ Ver Health at Glance (OECD, 2019); Van Doorslaer et al (2006).

¹⁷ Ver OMS (2014), Glass et al (2017), Clark et al (2020).

¹⁸ Ramalho et al (2019).

¹⁹ El grado de cumplimiento de estas metas supedita rebajas al aporte per cápita.

respecto, referentes²⁰ dan cuenta de criterios necesarios para la selección de indicadores para la APS. Estos son: (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 encuentra, sin embargo, que la elaboración de los IAAPS en Chile cumple en gran medida con el criterio de Factibilidad, mientras que para el resto de los criterios el nivel de cumplimiento es bajo. Por otro lado, el procedimiento mediante el cual MINSAL formula el IAAPS no es claro, como tampoco lo son el contenido y fundamento de las decisiones adoptadas en él. Más aún, a pesar de que los actos y resoluciones del Estado son públicos, no se identifica información que describa el proceso y fundamentación por el cual se llega a ese conjunto de indicadores, ni de su priorización. En conclusión, no queda claro si la selección de indicadores y metas son las más pertinentes, y así asegurar que el nivel de cumplimiento de los IAAPS se relacione con mejoras sanitarias para la población. Por otra parte, MINSAL establece anualmente las Metas Nacionales Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención para las entidades administradoras de salud municipal. Análogo a la situación anterior, tampoco son claros los fundamentos (por ejemplo, sobre pertinencia) por los cuales MINSAL fija estos indicadores y sus metas. Este tipo de opacidad también está presente en los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS). Si bien, en los PRAPS se identifican elementos para entender la política sectorial, no todos presentan antecedentes claros, observándose una importante heterogeneidad, donde unos programas presentan evidencia del impacto, mientras que en otros la

justificación es más bien general. Adicionalmente, como los convenios asociados a los PRAPS deben ser firmados entre los Servicios de Salud respectivos y los municipios de su territorio, se evidencia un tiempo de latencia para la aprobación de dichos convenios²¹ de 4 meses (en promedio).²² Se producen, por lo tanto, retrasos en el traspaso de la primera cuota del programa afectando la continuidad de ciertas prestaciones y obligando al municipio (en ciertos casos) a reasignar recursos propios para apoyar la continuidad de la atención.

Respecto de la organización de los recursos, se recomienda implementar 21 recomendaciones en favor del fortalecimiento (a nivel local y central) de las dimensiones analizadas en este apartado (Teletriage, Gestión de citas, Tamizaje de la Población, Competencias y Herramientas de los equipos a nivel local, elaboración de indicadores y metas (IAAPS y Metas Sanitarias) y fundamentación (como procesos) vinculado a los PRAPS).

Así, respecto de la estrategia de Teletriage, hay 3 recomendaciones que promueven el escalamiento y reforzamiento de esta herramienta incorporando en los PRAPS de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal y de Servicios de Salud los componentes de recursos humanos, capacitación y soporte de infraestructura y servicios TIC asociados. Asimismo, se recomienda escalar a nivel nacional esta estrategia incorporándola dentro de Hospital Digital. Junto con el escalamiento de la estrategia de Teletriage, es necesario reincorporar y escalar el proyecto de gestión de citas y también incorporarla dentro de Hospital Digital, y así promover una mayor adherencia de los usuarios. Una cuarta recomendación busca implementar en zonas de alta población flotante²³ acciones de tamizaje, con ello es posible realizar un primer contacto y evaluación de una proporción importante de la población que hoy tiende a estar alejada de

²⁰ Ver Royal Statistical Society (2005), United States Institute for Medicine (2006), National Health Service (2017), OCDE (2004)

²¹ Mediante resolución exenta

²² Con una alta heterogeneidad para este plazo.

²³ Lugares de trabajo principalmente.

la APS. Una quinta recomendación busca insertar en los establecimientos apoyo TIC que permita liberar horas de equipo clínico en temas administrativos, como también, siendo un apoyo para el análisis de los procesos de atención. Adicionalmente, en consideración de los beneficios hallados con relación a la incorporación de equipos multidisciplinarios en la atención de los pacientes, se proponen 4 medidas para identificar no solo el nivel de competencias de prevención y promoción e implementar estos perfiles, sino que de competencias para aumentar la coordinación del trabajo en equipo conducentes a otorgar una atención integral.

Los diversos indicadores buscan medir el desempeño de la APS y, por tanto, impactan sobre la gestión en general. Sin embargo, la evidencia sugiere que los índices no estarían rindiendo los resultados deseados. Adicionalmente, en entrevistas en el marco de este proyecto se señalan críticas en la determinación de ciertos indicadores. Además, se concluye que el procedimiento mediante el cual MINSAL formula indicadores y metas no es claro, como tampoco lo son el contenido y fundamento de las decisiones adoptadas. Así, en este contexto, se presentan 10 medidas conducentes a un mejor proceso de elaboración de indicadores y metas para IAAPS y Metas Sanitarias, como de fundamentación de los PRAPS, con mayor transparencia y rendición de cuentas, sugiriendo que MINSAL consulte en el caso de los IAAPS a una comisión asesora para la formulación de los indicadores, que emita informes fundados de sus propuestas visibilizando tanto su elaboración y evaluación. Asimismo, el establecimiento de las Metas Sanitarias también deben ser transparentadas y fundadas. En línea con esto, y considerando la evidencia internacional, también se recomienda la incorporación del indicador de hospitalizaciones evitables para IAAPS como Metas Sanitarias.²⁴ En el caso de los PRAPS se busca que estos especifiquen, al menos, su evidencia y pertinencia. Por último, se

presentan 2 recomendaciones para reducir las latencias asociadas a los convenios de traspaso de recursos asociados a los PRAPS.

Respecto del capítulo sobre infraestructura, se identificaron 14 hallazgos que dan cuenta de importantes brechas que dificultan una adecuada Accesibilidad, Continuidad, Integralidad y Coordinación, aminorando la cobertura y resultados sanitarios. En el caso de la infraestructura TIC, la principal brecha, que afecta sobre todo a la Integralidad y Coordinación, guarda relación con el nivel de implementación de la inter-operabilidad, entendiéndose esto último como la habilidad de dos o más sistemas de intercambiar información y utilizarla. Esta brecha en gran medida se explica por la falta de un liderazgo institucional claro capaz de coordinar y alinear a los distintos actores y que trascienda gobiernos. Reflejo de aquello, por ejemplo, es que en el país se identifican al menos 7 entidades públicas relacionadas con la materia que realizan esfuerzos poco coordinados. Al no existir un liderazgo claro de una autoridad superior la gestión ha resultado ser ineficiente. Por ejemplo, se ha detectado que los Servicios de Salud y municipalidades no siguen directrices homogéneas para efectuar contrataciones lo que pone barreras para intercambiar información. Si bien el país lleva trabajando más de una década en la adopción de una estrategia de interoperabilidad, una crítica preponderante del medio especializado ha sido la falta de una estrategia robusta, coordinada y estable en el tiempo. Así, la Comisión presenta un total de 4 recomendaciones para fomentar una mejor institucionalidad (y así iniciar la implementación de la interoperabilidad) e implementar un repositorio de información clínica. En este sentido, se sugiere como primera instancia, otorgar al Instituto de Salud Pública de Chile Dr. Eugenio Suárez Herreros atribuciones en materia de tecnologías de la información y comunicación en el sector salud y crear un Departamento TIC en salud, dependiente de la dirección del Instituto. Este departamento TIC en salud debe proponer una estrategia en materia de interoperabilidad y coordinar su implementación, junto con dictar normas técnicas, actualizarlas y velar

²⁴ Son aquellas hospitalizaciones potencialmente prevenibles mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial.

por su cumplimiento, como también ejercer actividades relativas al control de calidad. Se sugiere que la estrategia que se adopte en esta materia sea de largo plazo y se sujete a los principios generales relativos a medios electrónicos de la Ley de Transformación Digital del Estado como Neutralidad Tecnológica, Actualización y Cooperación. Atendiendo que esta recomendación requiere cambio legal, es que la Comisión también sugiere una alternativa de corto plazo que permita mitigar la actual falta de interoperabilidad, y en particular beneficiar al usuario. Esto mediante la implementación de un repositorio de registros de atención, exámenes, diagnósticos y otros documentos en formato no unificado. Así, a través de ClaveUnica el usuario va poder acceder y compartir la información con el equipo tratante mediante una plataforma digital o Domicilio Clínico Digital. Cabe mencionar que el Ministerio de Salud ya tiene la atribución de requerir información clínica a establecimientos públicos y privados, tomando las medidas técnicas y administrativas para proteger esta información. En total, son 4 las recomendaciones asociadas a la infraestructura TIC.

Con relación a la infraestructura civil, se estima que sobre 5,4 millones de personas (36 % de los beneficiarios del sistema) ven limitado su acceso, oportunidad, calidad y continuidad en la atención. Esto por diversos motivos, por ejemplo, en muchas comunas urbanas el centro APS más próximo está a 4 kilómetros del hogar, y este puede estar en una comuna diferente.²⁵ Este es el caso de comunas en regiones de Tarapacá, Atacama, Metropolitana, O'Higgins y La Araucanía. También, existen comunas donde la cantidad de inscritos en los establecimientos de APS es superior a la capacidad para la que fueron diseñados, la CNEP estima que este es el caso de 201 establecimientos (CESFAM, CECOSF y PSR), varios de la región Metropolitana. Junto con ello, otro tema mencionado por representantes de la APS guarda relación con el bajo mantenimiento que se le hace al establecimiento, como también el poco equipamiento existente (sobre todo tecnológico), o en su defecto,

²⁵ Lo que implica que probablemente no este inscrito en dicho establecimiento, y por tanto, reduciendo la posibilidad de ser atendido.

depreciado. En conclusión, cerrar las brechas en este sentido requiere de una inversión que tiene asociado un costo social alternativo importante y un financiamiento complejo. Poder reducir dichas brechas permitirían potenciar sobre todo la Accesibilidad y Continuidad.

Tener una mayor y mejor infraestructura preventiva y resolutive en la comuna también implica una menor tasa de hospitalizaciones evitables. Según estudio realizado por la USS en el marco de este proyecto,²⁶ 1 de 3 hospitalizaciones evitables termina con la persona fallecida y estas en conjunto generan un gasto anual a nivel hospitalario equivalente al 10 % del presupuesto APS para 2022 (alrededor de 300 millones de dólares). A nivel de egresos anuales, las hospitalizaciones evitables representan cerca del 11 % de estos, y utilizan alrededor del 20 % de los días-cama. A modo de ejemplo, el 20 % de días-cama utilizados por estos casos equivale al uso promedio de días-cama de 69 mil egresos quirúrgicos programados, cercano al 25 % de los casos en lista de espera quirúrgica a noviembre de 2021. A diferencia de otros miembros de la OCDE, en Chile no solo hay hospitalizaciones evitables por causa de enfermedades crónicas, sino también por situaciones agudas de baja complejidad (un 56 % del total), 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) reduce en 30 % las hospitalizaciones evitables. En este contexto, la Comisión presenta 3 recomendaciones en línea con el mejoramiento de la infraestructura civil (y equipamiento), en particular, el diseño y construcción de infraestructura para el nivel primario (y secundario), considerando también la provisión e instalación de equipos médicos y mobiliario, junto con su administración y mantenimiento eficiente. Así, atendiendo la experiencia nacional, como del Uruguay y Reino Unido, se recomienda evaluar la posibilidad de someter a la Ley de Concesiones la infraestructura del nivel primario y secundario de salud. En caso que la evaluación sea favorable, para el nivel primario sería necesario elaborar Convenios de Mandato entre los

²⁶ Ver USS (2021).

distintos municipios del territorio, Servicio de Salud respectivo y nivel central (MINSAL y MOP). En el caso del nivel secundario sería el Servicio de Salud respectivo y el nivel central.

Finalmente, en la tercera sección, este estudio analizó el principal mecanismo de financiamiento de la APS municipal,²⁸ entendiendo que una asignación que considera mejor información sobre el perfil sanitario de la población a nivel local y las mejores aproximaciones de costos, permite aumentar la costo-efectividad de la APS. En este caso se identificaron 12 hallazgos. Específicamente, el financiamiento desde el nivel central.

Finalmente, en la tercera sección, este estudio analizó el principal mecanismo de financiamiento de la APS municipal,²⁷ entendiendo que una asignación que considera mejor información sobre el perfil sanitario de la población a nivel local y las mejores aproximaciones de costos, permite aumentar la costo-efectividad de la APS. En este caso se identificaron 12 hallazgos. Específicamente, el financiamiento desde el nivel central a la APS municipal consiste en un mecanismo de pago denominado per cápita. Este se compone de un pago anual homogéneo por cada beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de APS (per cápita basal), determinado por MINSAL. Junto con ello, se aplican ajustes o indexadores a dicho valor basal de tal forma de capturar ciertas dimensiones locales, tales como, pobreza, ruralidad y población adulta ma-yor. Entre los hallazgos identificados está que el aporte per cápita presenta una brecha de 25pp respecto a estimaciones de la CNEP y otros estudios, es decir, el valor basal debería incrementarse sobre un 33 %.²⁸ Así, en el caso del valor basal de 2022 este debería incrementarse desde \$9.048 a \$12.000. En este sentido, urge que los tomadores de decisiones busquen alternativas

viabiles para ir cerrando la brecha. A modo de ejemplo, con datos de Estados Unidos se estima que dedicar 1 % más de inversión a APS disminuye en un 0,18 % el ratio de visitas a urgencias, 0,07 % el ratio de beneficiarios hospitalizados y 0,16 % el ratio de hospitalizaciones evitable (PCPCC, 2020). Así, la Comisión considera que tener mayor transparencia, rendición de cuentas y metodologías consensuadas ayuda a reducir la brecha y aumentar la efectividad de la APS. Es necesario destacar que en el contexto de este mandato no fue posible dar con información consolidada que describiera en detalle el proceso de elaboración del per cápita basal, como tampoco información que permitiera replicar la estimación del valor basal. Adicionalmente, estudios nacionales²⁹ sugieren mejores alternativas que los actuales ajustes que se aplican al per cápita basal, para así capturar de mejor manera la morbilidad y riesgo sanitario del territorio. En este sentido, los fundamentos de los indexadores seleccionados por parte de MINSAL no son claros, siendo que la evidencia sugiere alternativas más pertinentes. En efecto, la evidencia tanto internacional como nacional³⁰ sugiere que la carga de morbilidad de la población es un buen predictor del gasto en atención de salud y, por lo tanto, debiese ser utilizado como indexador. No obstante, se encuentra que la principal barrera para implementar indicadores de este tipo guarda relación con la consolidación de información en el nivel primario, siendo el tema presupuestario de segundo orden.

La administración del presupuesto a nivel local es realizado en 321 comunas (de 345) por el Departamento de Salud o la Corporación Municipal del municipio.³¹ Así, existen 50 corporaciones municipales presentes en el 16 % de las comunas a nivel nacional que administran recursos para salud primaria. Estas perciben el 35 % del financiamiento

²⁹ MINSAL (2011), FONASA (2020) y Poblete y Vargas (2007).

³⁰ Ver Juhnke et al. (2016), ACG Johns Hopkins (N.d.), Santelices et al. (2014), Santelices et al. (2016).

³¹ El resto es administrada por los Servicios de Salud respectivos. De las 321 comunas que son administradas por el municipio, 44 tienen transferencias denominadas de costo fijo, mientras las otras 277 mediante per cápita y sus rebajas.

²⁷ Hoy en 321 de 345 comunas el municipio administra la APS, de los cuales 277 reciben ingresos por el concepto del per cápita.

²⁸ Ver Montero et al. (2008), FONASA (2019), Escuela de Salud Pública (UCh, 2015), entre otros.

proveniente del nivel central, y están a cargo de atender al 38 % de los beneficiarios de FONASA. Entre 2016 y 2020 estas corporaciones ejecutaron el 41 % de su gasto en APS. Sin embargo,³² es poca la información sobre las corporaciones que cumplen funciones complementarias de algunos municipios en las áreas de educación, salud y otras. Esto implicó, por ejemplo, que recursos estatales por 760 mil millones de pesos ejecutados al 2020 en APS no fueron analizados ni por la CGR ni esta Comisión, lo que acusa una falta de transparencia y sugiere posibles ineficiencias no detectadas en la gestión de los recursos.

De las 8 recomendaciones destinadas a apoyar un mejor financiamiento de la APS, 6 son particularmente pertinentes al per cápita, donde se busca que dicho financiamiento incorpore mejoras a su proceso anual de estimación del per cápita basal y utilización de mejores indexadores. Específicamente, se busca que MINSAL transparente y valide la metodología de cálculo, como los supuestos y precios que utiliza para determinar cada año el per cápita basal. Por otro lado, se recomienda que MINSAL valide y utilice mejores ajustes para capturar con mayor precisión el contexto local considerando el riesgo sanitario y la morbilidad de la población de la comuna, y así lograr una asignación de recursos financieros más costo-efectiva y, por consiguiente, mejorar la capacidad de prevención de la APS. Las 2 últimas recomendaciones buscan una mayor eficiencia en el gasto realizado mediante una mayor transparencia, probidad y rendición de cuentas por parte de las corporaciones municipales que administran los recursos de la APS municipal. Mejoras en la transparencia y rendición de cuentas de las corporaciones municipales de salud, como al proceso de cálculo del per cápita basal y la utilización de mejores indexadores, posibilitan orientar aún más los recursos acordes al perfil de riesgo y morbilidad de la población de las comunas, potenciando más las actividades sanitarias requeridas por cada comuna.

Así, los principales hallazgos de este mandato evidencian que existe espacios de mejora en la Atención Primaria de Salud. Una mejor política preventiva dada a través de más y mejor apoyo a los equipos de los centros de APS termina incidiendo en todo el sistema de salud. En este sentido, se estima que cada una de estas recomendaciones, en caso de ser implementadas por sí solas, tendrían un impacto marginal, pero aplicadas en su conjunto, son capaces de generar un impacto positivo y significativo.

El estudio finaliza con una cuarta sección que presenta conclusiones finales, un ejemplo ilustrativo del impacto de las medidas y una priorización de estas, considerando para ello factibilidad, plazo y costo estimado.

³² De acuerdo al informe de 2020 de la CGR sobre la situación presupuestaria, financiera y patrimonial del Estado