

NOMBRE DEL PROGRAMA: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL

 PROGRAMA NUEVO - VERSIÓN: 5  
 SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
 MINISTERIO DE SALUD

## CALIFICACIÓN

Recomendado favorablemente

## I. ANTECEDENTES

## PROPÓSITO

Las personas que acceden a la asistencia sanitaria esencial mejoran su estado de salud

## DIAGNÓSTICO

Personas que no acceden a asistencia sanitaria esencial (ASE) presentan un estado de salud desmejorado (ESD)

La Atención Primaria de Salud (APS) se define como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación..." (OPS/OMS, 1978). El sistema sanitario chileno se estructura en redes integradas de servicios de salud con base en APS para proveer dicha asistencia (Ministerio de Salud, Chile, 2012).

La APS chilena establece una canasta de prestaciones definida en el Plan de Salud Familiar (PSF), donde se definen las acciones de salud que componen la ASE (Ministerio de Salud, Chile, 2022). Para recibirla, las personas deben ser capaces de acceder a las prestaciones de salud promocionales, preventivas y curativas que entrega la APS, y que están contenidas en el PSF.

El PSF se financia por medio de un pago per cápita otorgado a las entidades administradoras de salud municipal (Ministerio de Salud, Chile; 1995, 2022) e incluye las actividades que desarrolla la APS para todo el ciclo vital. Se compone de prestaciones promocionales, preventivas y curativas. Dentro de las acciones promocionales y preventivas se encuentran: controles de salud para todo el ciclo vital, educaciones grupales, consultas en salud sexual y reproductiva y exámenes diagnósticos de tamizaje de enfermedades prevalentes, como hipertensión arterial y diabetes mellitus; todas realizadas por un equipo multiprofesional compuesto por médicos/as, enfermeros/as, nutricionistas y matrones/as, entre otros. Las acciones curativas, también llamadas consultas de morbilidad, resuelven afecciones. El PSF, también, incluye exámenes diagnósticos para la pesquisa de las enfermedades más frecuentes.

El reciente informe de la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP, 2022) sobre la eficiencia de la APS señaló una fuerte correlación entre la falta de acceso al nivel primario y el estado de salud de las personas. Para llegar a esta conclusión se utilizó la autopercepción del estado de salud medido en la encuesta CASEN. Por otra parte, este informe sugirió que algunas acciones definidas en el PSF "son relevantes a la hora de evitar episodios de salud catastróficos para la vida de las personas, como la hospitalización de afecciones no controladas". Lo anterior, se basa en que la ASE permite pesquisar enfermedades que, si se detectan oportunamente, evitan que las personas agraven su estado de salud en el tiempo.

Las personas que no acceden a la ASE desconocen elementos de su estado de salud por no lograr contactarse con los servicios de la APS. El estado de salud desmejorado se presenta en las personas que desconocen que tienen una enfermedad que dispone de un tratamiento efectivo y que tiene consecuencias negativas en el corto y mediano plazo si no es abordada oportunamente. Son particularmente importantes en este ámbito las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): "enfermedades de larga duración, lenta progresión, que no se resuelven espontáneamente y que rara vez logran una curación total" (Ministerio de Salud, 2015), donde las acciones de la APS de prevención, detección precoz y tratamiento son esenciales.

La ASE, que en Chile es otorgada mediante las prestaciones del PSF en la APS no está disponible, no es asequible y no es aceptable para todas las personas que viven en el territorio nacional. Ejemplos de ello son los problemas de cobertura y accesibilidad para que las personas se atiendan en la APS. En relación con la cobertura, el año 2019 existían 14.841.577 beneficiarios FONASA, de los cuáles solo 12.915.111 estaban inscritos en APS. Para el año 2022 se estima que, de los 15.233.814 beneficiarios FONASA, solo 13.150.263 tengan cobertura en APS mediada por la inscripción en un centro de salud (FONASA, 2022). Más aún, existen brechas de accesibilidad en los beneficiarios de FONASA que van más allá de la inscripción a un determinado centro: la proporción de beneficiarios FONASA que tienen contacto con los servicios de APS en el transcurso de un año es solo de un 37%, 43% y 37% para los años 2017, 2018 y 2019; respectivamente (CNEP 2022). Por lo tanto, la población que no tiene asistencia sanitaria esencial es extensa y corresponde a todas las personas que no han tenido contacto con la APS. Esto incluye a la población no beneficiaria de FONASA, la población beneficiaria de FONASA no inscrita en centros de salud y la población inscrita que no tiene contacto con la APS. En base a la información entregada, se estima que más de 13 millones de personas cumple con esta condición en Chile.

A nivel nacional existe poca evidencia que caracterice el ESD de las personas que no tienen acceso a la ASE. La evidencia que caracteriza a esta población proviene de estudios ecológicos realizados a nivel internacional que utilizan grandes conglomerados de personas a nivel de comunas, distritos o países, y comparan la exposición de la población general a una atención primaria con mayores y menores condiciones de acceso.

Uno de los aproximadores que puede usarse para dimensionar este fenómeno a nivel nacional es la Encuesta CASEN, que mide la tasa de acceso a la atención médica por decil de población. El primer decil de población es el que, consistentemente, tiene el peor acceso a la salud en relación con el promedio nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia s. f.). A su vez, las personas de mayor pobreza son aquellas que mayormente reportan un estado de salud como "malo o muy malo" y en mayor proporción con el resto de los grupos y con el promedio nacional: 5,2% contra el promedio nacional de 3,0% en el año 2017, 5,7% versus 3,3% en el año 2015 y 5,3% versus 3,0% en el año 2013 (Ministerio de Desarrollo Social y Familia s. f.). Situación similar ocurre con el estado nutricional, donde el primer quintil de población tiene el mayor porcentaje de personas con obesidad (2,5%) respecto al resto de los grupos de ingreso en 2017; sin embargo, solo se dispone de la medición de la Encuesta CASEN para ese año (Ministerio de Desarrollo Social y Familia s. f.). Por otra parte, CASEN no entrega información del estado de salud por sistema previsional, por lo que solo podemos aproximarnos al ESD a lo largo del tiempo a través del ingreso ligado al acceso a la atención sanitaria.

A nivel internacional la evidencia agrupada es mayor y consistente a lo largo del tiempo, pero a nivel de grandes conglomerados. Ansari et al en 2006 en Australia demostró que, por cada punto de reducción en la escala de acceso a la APS, la tasa de hospitalizaciones evitables crecía en 20 por cada diez mil habitantes a nivel de zonas de 150.000 personas aproximadamente. Macinko en 2011, a nivel de distritos en Brasil, demostró que la tasa de hospitalizaciones evitables por todas las causas se asociaba a un aumento en 5,5 por 10 mil habitantes en las zonas sin acceso a la atención primaria. También, encontró resultados similares estudiando a los países de la OECD entre 1970 y 1998 (Macinko, 2003, 2011)

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES			
Componente	Gasto estimado 2023 (Miles de \$ 2022)	Producción estimada 2023 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2023 (Miles de \$ 2022)
Acceso universal a prestaciones promocionales y preventivas	12.396.891	316.828 (Personas que reciben prestaciones promocionales y preventivas del PSF)	39,13
Consultas móviles para atenciones de morbilidad	851.627	88.399 (Personas que reciben prestaciones de morbilidad en clínicas móviles)	9,63
Percepción ciudadana frente a la APS universal	158.004	36 (Cabildos Ciudadanos realizados (6 por cada comuna))	4.389,00
Gasto Administrativo	267.712		
Total	13.674.234		
Porcentaje gasto administrativo	2%		

POBLACIÓN Y GASTO		
Tipo de Población	Descripción	2023 (cuantificación)
Población Potencial	La población potencial de este programa es aquella que no tiene asistencia sanitaria esencial, es decir, que no ha tenido contacto con la Atención Primaria de Salud en el último año. Esto incluye a la población no beneficiaria de FONASA, la población beneficiaria de FONASA no inscrita en Atención Primaria y la población inscrita que no tiene contacto con la APS.	13.132.702 Personas
Población Objetivo		Programa Universal *

Población Beneficiaria	<p>La población beneficiada es aquella que vive en las comunas incluidas en el Plan de Implementación Progresiva (PIP) de Atención Primaria Universal. Al ser un programa universal, no existen criterios de priorización más allá de la gestión priorizada de la demanda, es decir, el ordenamiento de las prestaciones de acuerdo con las necesidades de salud de las personas. Este es el mecanismo habitual de priorización en la red asistencial.</p> <p>La Comisión Nacional de Atención Primaria Universal elaborará y guiará la ejecución del PIP en 6 comunas del país para efectos de estudiar en menor escala aspectos sobre la implementación del modelo de universalización de la Atención Primaria.</p> <p>Las comunas que desarrollarán el PIP serán escogidas buscando la diversidad geográfica y demográfica de los diferentes territorios del país. Se usarán criterios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Descentralización: sólo una comuna corresponderá a la Región Metropolitana (1 comuna)</li> <li>-Zonas rurales y urbanas: se seleccionarán 3 comunas rurales, sin importar el tamaño poblacional, y 2 comunas urbanas. De las comunas urbanas se escogerá una con una población menor a 50.000 habitantes y otra con población mayor a 50.000 habitantes.</li> </ul> <p>Finalmente, dentro de las comunas candidatas a ser elegidas por los criterios antes mencionados; la Comisión deberá seleccionar considerando la voluntariedad de los 6 municipios y del servicio de salud correspondiente para sumarse al PIP.</p>	Programa Universal *
------------------------	---	----------------------

\* El programa no cuenta con población objetivo, dado que es universal.

Gasto por beneficiario 2023 (Miles de \$2022)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2023 (Meta)	2024	2025	2026
1 por cada beneficiario (Personas)	480.734	0	0	0

Concepto	2023
Cobertura (Objetivo/Potencial)	100%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	4%

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Tasa de Mortalidad por Hospitalizaciones Evitables por condiciones sensibles a la APS en el año t	$(\text{Fallecidos por hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la APS durante el año } t \text{ en las comunas del PIP} / \text{Población total de las comunas del PIP durante el año } t) * 100.000$	Eficacia	16
Tasa de Hospitalizaciones Evitables por condiciones sensibles a la APS en el año t	$(\text{Hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la APS durante el año } t \text{ en las comunas del PIP} / \text{Población total de las comunas del PIP durante el año } t) * 10.000$	Eficacia	61

**INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Tasa de variación anual de personas con examen preventivo del adulto	$((\text{Número de personas con examen preventivo del adulto en las comunas del PIP en el año } t - \text{Número de personas con examen preventivo del adulto en las comunas del PIP en el año base}) / \text{Número de personas con examen preventivo del adulto en las comunas del PIP en el año base}) * 100$	Eficacia	805%
Tasa de variación anual de consultas de morbilidad en el año t	$(\text{Número consultas de morbilidad en las comunas del PIP en el año } t - \text{Número de consultas de morbilidad en las comunas del PIP en el año base}) / \text{Número de consultas de morbilidad en las comunas del PIP en el año base}) * 100$	Eficacia	22%
Porcentaje de comunas con planes de mejora implementados en el año t	$(\text{Número de comunas incluidas en el PIP con planes de mejora implementados en el año } t / \text{Número de comunas que ingresan al PIP en el año } t) * 100$	Eficacia	100%

## II. EVALUACIÓN

### EVALUACIÓN GENERAL

El programa cumple en términos de atingencia (pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad, en relación a la población que se ve afectada por dicho problema), coherencia (relación o vínculo entre sus objetivos, población a atender y su estrategia de intervención) y consistencia (relación entre el diseño planteado y su posterior ejecución, analizada a partir de la definición de indicadores, del sistema de información y los gastos planificados).

**Atingencia:** Se evidencia la pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación a la población que se ve afectada.

**Coherencia:** Se observa una adecuada relación entre los objetivos (fin, propósito y componentes), la población a atender y la estrategia de intervención propuesta.

**Consistencia:** Se observa una adecuada relación entre el diseño y su posterior ejecución, analizada a partir de los indicadores y los gastos planificados. Se debe revisar la cuantificación del segundo indicador complementario para que dé cuenta de una tasa de variación.