

NOMBRE DEL PROGRAMA: CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS

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

CALIFICACIÓN

Recomendado favorablemente

I. ANTECEDENTES

PROPÓSITO

Usuarios de atención primaria afectados por pandemia covid-19 con estado de salud mejorado.

DIAGNÓSTICO

Usuarios de Atención primaria con estado de salud deteriorado producto de la pandemia covid-19.

El estado de salud desmejorado de la población se puede definir como el cambio entre el nivel de salud que tenían las personas antes de la pandemia y el que tienen en la actualidad, a propósito del aumento de la morbimortalidad que se produce durante un período de pandemia (Ribacke, 2016).

Cuando se enmarca que el estado de salud deteriorado es producto de la pandemia covid-19, se refiere a que este deterioro es resultado tanto de la situación epidemiológica como por la reestructuración del sistema sanitario para responder a esta (CEPAL, 2021).

Algunas de las consecuencias para la salud de las personas producto de la pandemia covid-19 ya han sido evidenciadas, por lo que ya pueden ser descritas. Pero es relevante mencionar que hay otros daños que, dado el curso de presentación y evolución de las enfermedades, se espera que se reporten a largo plazo. Es decir, el deterioro de la salud de las personas producto de la pandemia covid-19 aún no es medible en su totalidad.

Dado el rol que le compete al sistema de salud, es que se deben aplicar medidas que mitiguen el daño, incluso aunque no se disponga de la cuantificación real de este, pues, el objetivo de la prevención es justamente evitar la aparición de enfermedades y/o complicaciones derivadas de estas (Vignolo et al, 2011).

La concepción de la salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1948), conduce a que al delimitar el problema como "estado de salud deteriorado" la caracterización de este no es abordable. Pero si podemos relevar que existen algunos problemas de salud, que se concentran en las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, en los que ya se reportan efectos producto de la pandemia covid-19. Dado lo anterior, es que se señalan algunas mediciones que dan cuenta del estado de salud desmejorado de la población. Si bien, no son la totalidad de la información disponible, considerando la factibilidad de profundizar en todas las consecuencias para la salud producto de la pandemia, se escogieron estas mediciones porque transmiten de forma clara la evolución del problema.

En un informe elaborado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile (2022), en el que se describen en detalle las consecuencias de la pandemia covid-19 para la salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, se destaca la disminución en la tasa de compensación de la hipertensión arterial desde un 67% a un 53%, comparando el período 2017 a 2019 con el año 2021. Para el caso de las personas con diagnóstico de Diabetes Mellitus, la compensación disminuyó de un 45% registrado en el año 2019 a un 34% en el 2021.

Algunas de las complicaciones que se describen en la literatura debido a la falta de compensación de la diabetes mellitus son la cetoacidosis y el coma diabético, condiciones que pueden producir la muerte (CDC, 2021). En el informe ya señalado, se reporta un aumento de un 60% en las hospitalizaciones por dichas causas. Ante aquello, se recomienda adoptar como medida urgente, el control de la población que presente alto riesgo de descompensación de diabetes (MINSAL, 2022).

En el estudio realizado por Rojas, Peñaloza, Soto y Tellez (2022) se entregan mayores antecedentes relacionados a otras enfermedades no cardiovasculares. Respecto al cáncer, se señala que se redujo en un 33,5% el diagnóstico durante la pandemia, aquello basado en el estudio de cinco tipos específicos de este.

En el caso de los preescolares, el estudio de Urzúa (2021) indica que, al comparar las mediciones realizadas a los niños en el año 2020 con las realizadas en el 2017, se cuantifica una diferencia de 3.8 puntos menos en el desarrollo del vocabulario, es decir, existe un rezago en dicho ámbito.

Con relación a factores de riesgo que llevan al deterioro del estado de salud, el 61% de las personas declaró que durante la pandemia disminuyó la frecuencia de actividad física que realizaban. Se suma como otro factor de riesgo el hecho que el 51% de las personas aumentó en promedio 7 kilos durante el período de confinamiento (Rojas et al, 2022).

Otro indicador del estado de salud deteriorado es el aumento de los egresos hospitalarios por diagnóstico de Accidente Cerebrovascular (AVE) durante el primer semestre del año 2021 en todos los Servicios de Salud del país, con excepción de los Servicios de Salud de y Aysén (MINSAL,

2021). El AVE se puede producir como consecuencia de la descompensación prolongada de enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus u obesidad (Hernández, Samsó, Escobar y Mesa, 2013).

Por último, se debe señalar que la población potencial de este programa son todos los usuarios de atención primaria, pues estos se vieron afectados por la pandemia covid-19. Lo anterior, no se refiere a que la totalidad de los usuarios se contagiaron con la enfermedad, sino más bien a que estos fueron afectados por la saturación del sistema sanitario, el desplazamiento de las atenciones y la interrupción de los servicios, todo provocado por la situación de emergencia del covid-19 (CEPAL, 2021). La población objetivo se referirá a aquellas personas en las que se identificó la pérdida de continuidad de cuidados preventivos o de tratamiento.

Dado que el propósito de la atención primaria es mantener a las personas, familias y comunidades sanas, además de mitigar y retrasar el daño producto de las enfermedades (OPS, 1978), es que los servicios que se realizan allí son numerosos y variados. Por lo anterior, para la identificación de la población objetivo del programa, se definieron actividades trazadoras que dieran cuenta de los servicios dirigidos a mejorar el estado de salud de niñas, niños y adolescentes y de la población adulta y adulta mayor. Estas prestaciones fueron el control de salud infantil y del adolescente, examen de medicina preventiva del adulto, examen de detección del cáncer cervicouterino y el control de salud cardiovascular. Dicha determinación de actividades trazadoras no implica el desconocer que existen otros indicadores para medir el estado de salud deteriorado de las personas producto de la pandemia covid-19, si no que solamente buscan delimitar el problema y focalizar las estrategias de intervención.

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES

Componente	Gasto estimado 2023 (Miles de \$ 2022)	Producción estimada 2023 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2023 (Miles de \$ 2022)
Contactibilidad	1.888.930	979.542 (Persona contactada efectivamente)	1,93
Recuperación de Cuidados Postergados	6.785.109	979.542 (Control de Salud realizado)	6,93
Gasto Administrativo	479.940		
Total	9.153.979		
Porcentaje gasto administrativo	5%		

POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2023 (cuantificación)
Población Potencial	Usuarios de atención primaria. Se entenderá por aquello a quienes usan los servicios de atención primaria, que son las personas que se inscriben en los establecimientos. Para poder inscribirse las personas deben ser beneficiarias de FONASA y vivir o trabajar en el territorio a cargo del establecimiento al cual solicitan inscripción.	13.150.263 Personas

<p>Población Objetivo</p>	<p>usuarios de la atención primaria sin atención durante la pandemia o que fueron evaluados con menor periodicidad de la establecida por las normas técnicas.</p> <p>Instrumentos de focalización: dado que los servicios entregados a las personas por la atención primaria son numerosos, se definieron 4 actividades trazadoras que permitieron identificar a la población objetivo. Estas corresponden a controles de salud que permiten mantener a la población sana y evitar complicaciones como hospitalizaciones o mortalidad, que es una de las funciones esenciales de la APS. De esta forma se seleccionaron los controles de salud cardiovascular (CV), controles de salud 0 a 19 años, número de mujeres sin PAP vigente y número de personas entre 20 a 64 años sin examen de medicina preventiva al día (EMP).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controles CV: en base al reporte de población bajo control de personas con enfermedades cardiovasculares de los Servicios de Salud de los años 2019 y 2021, se cuantificó la diferencia entre ambos años. Es relevante mencionar que si la diferencia fue positiva, aquello expresa que la comuna ingresó más personas y no se consideró pérdida de seguimiento de usuarios de atención primaria en este grupo. El N° total de personas fue de 388.091 que no continuaron sus tratamientos. - Control de salud de 0 a 19 años: en base al reporte de población bajo control de NNA de 0 a 19 años por Servicio de Salud y de población usuaria de atención primaria de 2019, se calculó el porcentaje de NNA efectivamente controlados dicho año, equivalente a un 40,4%. En el caso del año 2021, la población que tuvo algún control en atención primaria respecto a quienes debían atenderse (usuarios) en el mismo rango etario fue de un 29,2%. Dado que es una población móvil, es decir, el total cambia de forma anual en la medida que los NNA cumplen 20 años, se estimó el número de NNA que debieron ser evaluados el año 2021 si es que no hubiese existido la pérdida de capacidad de atención (Equivalente al 40,4% de los usuarios de atención primaria de 0 a 19 años del 2021), y la diferencia entre el número de NNA que debió ser evaluado respecto a los que efectivamente tuvieron un control durante el 2021 es el número considerado para el cálculo de población objetivo, que suma 339.499 NNA. - Mujeres sin PAP vigente: La brecha nacional corresponde a 1.199.306 mujeres sin PAP vigente, se estima que, si se logra tomar el examen a 399.768 mujeres al año, se conseguirá abordar a dichas personas en un período de tres años. Considerando que anualmente se pierde la vigencia del examen, esta cuantificación sólo se refiere a quienes al 2021 no tienen el PAP al día, sin contabilizar a quienes deberá "renovarse" el PAP para mantener los niveles de cobertura actuales. - Adultos entre 20 a 64 años sin EMP: se consideró el número de personas en ese rango etario que se habían realizado examen el año 2019 y que el 2021 no se lo efectuaron. El número total de esta población es de 1.011.730 personas. 	<p>2.938.624 Personas</p>
---------------------------	---	---------------------------

<p>Población Beneficiaria</p>	<p>La población beneficiaria será aquella que se identifique sin controles durante la pandemia a través de la revisión de los reportes de atención. Dado que los reportes son semestrales hay personas que al iniciar la ejecución del programa pueden no cumplir con la denominación de "persona sin control" pero que una vez se monitoree la asistencia de los usuarios de atención primaria a sus controles pueden cambiar de categorización y ser parte de la población beneficiada.</p> <p>La priorización se realizará según riesgo. Esta actividad de priorizar, también denominada "triage" consiste en evaluar factores que pueden predecir la probabilidad de daño. Según el tipo de cuidado preventivo o de tratamiento es que se determinan los factores que predicen el daño. La priorización por riesgo es parte de las competencias de los profesionales de la salud quienes puede aplicarlos según los casos evaluados. A modo de ejemplo, se pueden mencionar: años desde el diagnóstico de la enfermedad, edad de la persona, estado de compensación de la enfermedad, número de patologías, entre otros.</p> <p>También serán parte de la población beneficiada, las personas que demanden atención de forma espontánea y que se pesquise mediante la revisión de sus antecedentes de atención que no haya sido atendida durante la pandemia o que haya sido evaluada con menor frecuencia a la sugerida por normas técnicas. Esto se puede producir por los meses en que no se actualiza el estado de control de las personas (persona bajo control o pérdida de seguimiento), pues dichos reportes son semestrales.</p> <p>No se limitará la atención según número de cupos, pues deben ser evaluados todos los usuarios de atención primaria sin continuidad de atención producto de la pandemia covid-19. Si bien los recursos del programa tienen límite, los usuarios son parte de la población de los centros de atención primaria, por lo que son sujetos de cuidado por parte de los equipos de salud de otros programas de salud.</p> <p>La población beneficiada de forma anual se compone de: Año 1 (2023): 1/3 brecha de mujeres sin PAP vigente (399.768) + 1/3 brecha de adultos sin examen preventivo al día (337.243) + 1/3 de la población de 0 a 19 años sin continuidad (113166) + 1/3 de la población cardiovascular sin continuidad (129.364) Año 2 (2024): 1/3 brecha de mujeres sin PAP vigente (399.768) + 1/3 brecha de adultos sin examen preventivo al día (337.243) + 1/3 de la población de 0 a 19 años sin continuidad (113166) + 1/3 de la población cardiovascular sin continuidad (129.364) Año 3 (2025): 1/3 brecha de mujeres sin PAP vigente (399.768) + 1/3 brecha de adultos sin examen preventivo al día (337.243) + 1/3 de la población de 0 a 19 años sin continuidad (113166) + 1/3 de la población cardiovascular sin continuidad (129.364) Como una de las causas es la pérdida de capacidad de atención, se plantea recuperar la capacidad de atención en 3 años, así las personas que no son beneficiadas por este programa, lo son por los otros programas regulares de APS.</p>	<p>979.542 Personas</p>
-------------------------------	--	-------------------------

Gasto por beneficiario 2023 (Miles de \$2022)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2023 (Meta)	2024	2025	2026
9 por cada beneficiario (Personas)	979.542	979.541	979.541	0
Concepto		2023		
Cobertura (Objetivo/Potencial)		22%		
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)		33%		

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con Riesgo del Desarrollo Psicomotor recuperados.	(Número de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados en control de salud de los 18 meses con riesgo del Desarrollo Psicomotor recuperados en el período enero a diciembre del año t / Número de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados en control de salud de los 18 meses con riesgo del Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación en el período octubre año t-1 a septiembre año t) *100	Eficacia	80%
Porcentaje de hospitalizaciones evitables o por condiciones sensibles al cuidado en atención primaria de salud.	(Número de egresos hospitalarios considerados evitables en el año t / Número de egresos hospitalarios en el año t) * 100	Eficacia	12%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Porcentaje de contactos efectivos	(Número de contactos efectivos durante el año t/Número de contactos realizados durante el año t)*100	Eficacia	90%
Porcentaje de personas que retoman la continuidad de sus cuidados de tratamiento cardiovascular.	(Personas con pérdida de la continuidad de cuidados de tratamiento cardiovascular a las que se les realiza un control de salud cardiovascular en el año t/ Personas identificadas con pérdida de la continuidad de cuidados de tratamiento cardiovascular en el año t) * 100	Eficacia	90%
Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente que actualizan el examen	(N° de mujeres contactadas de 25 a 64 años sin PAP vigente que se realizan PAP en el año t /N° de mujeres contactadas de 25 a 64 años sin PAP vigente en el año t)*100	Eficacia	90%

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.