



Resolutividad APS/NPA
INFINITA ???, HASTA DONDE, CON QUE,
COMO

Invitación a participar de las 5 mesas de trabajo organizadas por el Consejo Asesor APS-U

Mesas de trabajo temáticas Consejo Asesor APS-U

Mesa 1. Nuevo modelo de cuidados de la APS	Mesa 2. Financiamiento y leyes asociadas a la APS.	Mesa 3. Formación de personas en la APS	Mesa 4. Capacidad de resolución en APS	Mesa 5. Nuevo modelo de participación social en APS
<ul style="list-style-type: none"> •Nuevo modelo de APS ambiental. •Integración de las acciones sociosanitarias. •Modelo de cuidado integral (ECICEP u otros) 	<ul style="list-style-type: none"> •Mecanismos de asignación del per cápita •Otras fuentes de financiamiento: Programas de reforzamiento (PRAPS). •Mejoras y reformas a la ley 19.378 	<ul style="list-style-type: none"> •Formación e inserción de médicos (os) de familia y otros especialistas en la estrategia de APS. •Formación de profesionales y técnicos en APS. •Formación para directivos de APS. •Evaluación o redefinición de perfiles de cargo. 	<ul style="list-style-type: none"> •Resolutividad en APS: equipamiento, tecnologías e infraestructura. •Integración de la APS en la red asistencial, en su rol de coordinación de esta. •Registro y tecnologías de información 	<ul style="list-style-type: none"> •Mecanismos de participación en el nuevo modelo. •Promoción de la salud.



ALGUNAS DEFINICIONES

Resolutividad en APS es la capacidad que tiene el sistema de resolver o responder de manera integral y con calidad las necesidades de atención de salud de la población. Eso implica la adecuada, oportuna y accesible atención a todos los usuarios, la derivación oportuna (referencia y contrareferencia) hacia y desde niveles con mayor especialización.

Resolutividad eficiente implica la capacidad de entregar prestaciones preventivas, promocionales, curativas y paliativas de manera eficaz, equitativa y oportuna, con pertinencia cultural y territorial e insertas en un modelo de redes integradas de servicios de salud, que considere a la APS como una estrategia en todos los niveles de complejidad, considerando determinantes sociales, culturales e individuales en contexto de curso de vida.

Resolutividad implica no solo la atención o intervenciones médicas sino también el acceso oportuno a Exámenes de laboratorio, imagenología, prótesis y ortesis, entre otros.

DIAGNOSTICO

La capacidad resolutoria actual en APS se ve fuertemente afectada por la incapacidad de contar con acceso oportuno a atención profesional, debido a personal insuficiente para la demanda existente, lo cual viene determinado por restricciones financieras y estructurales, tanto para ámbitos preventivos, como clínicos. Se suma a esto, el contar con limitada implementación para el diagnóstico, para avanzar en la evaluación de los pacientes y menos aún con acceso oportuno a niveles secundarios (derivaciones).

Además afectan las restricciones de personal, técnicas y de infraestructura, tales como las canastas restringidas y heterogéneas dependiendo del sistema de financiamiento de los establecimientos (APS Municipal, SS, Establecimientos delegados) en particular la falta de coordinación de las redes en las que están insertas y flujos de referencia y contrarreferencia poco claros según la realidad local.

Otra influencia importante son las definiciones GES/NO GES que generan desigualdades importantes en capacidad resolutoria del sistema en los distintos niveles y frente a iguales y distintos problemas de salud.

La falta de interoperabilidad de los sistemas de registro clínico, y las dificultades que en los distintos territorios se generan para la articulación entre sectores disminuye la capacidad de resolutoria

CAUSAS

Las dificultades para resolver la demanda en forma oportuna y con calidad debido a la **falta de recursos humanos y de diagnóstico** en algunos casos. La **deficiente integración de la red y fragmentación de los servicios** trae consigo las deficiencias de la resolutiveidad y por ende el aumento de las listas de espera y la insatisfacción y pérdida de credibilidad de los usuarios en el sistema público.

Débil planificación estructural de la red asistencial, en la cual año a año se han implementado nuevas prestaciones, pero no se ha aumentado la capacidad estructural, y el financiamiento para el recurso humano ha sido discreto en relación a la necesidad de la población, esto origina que existan brechas importantes de acceso a nivel nacional, en los diferentes niveles de atención

Importantes desigualdades territoriales, ya que la atención primaria al estar en su mayor dependiente de la gestión municipal, depende de los recursos que tenga **cada gobierno local para mejorar la prestación de servicio**, en términos de estructura o recurso humano. También la **dispersión geográfica** genera una inequidad que requiere apoyar a esos territorios de manera específica.

CAUSAS

Sobre la calidad, se debe señalar que si bien se está avanzando con el **proceso de acreditación, esto se limita a aquellos que son prestadores GES**, no estando obligados los otros, lo cual genera dificultades en término de procesos al momento de abordar la prestación de servicio de forma integrada.

Existen también **dificultades de gestión y fiscalización de prestadores privados** y limitaciones de las formas actuales de **financiamiento de exámenes mediante convenios**.

Importante adecuar las **formas de medir resolutivead**, menor cantidad de derivaciones podría hoy expresar que justamente se estén resolviendo necesidades con recursos personales fuera del sistema, con el consiguiente gasto de bolsillo asociado"

Recomendaciones basadas en la evidencia o en la experiencia

Revisión de los modelos de gestión actuales, que busquen operativizar y reducir las listas de espera.

Reforzar el trabajo en redes para mejorar la referencia y contrareferencia, así como la comunicación y vínculo de profesionales entre niveles para superar brechas de fragmentación.

Reforzar estrategias como telemedicina con participación de los equipos locales (no externos) en pro de la resolutivez de la APS. Implica contar con los recursos necesarios para implementarla (sistemas informáticos robustos y calidad de conectividad)

Actualizar diseños arquitectónicos y equipamiento en APS, teniendo en cuenta la construcción inteligente, aprovechando las nuevas tecnologías, sumando eficiencia en tiempo y calidad.

Centros diagnósticos intercomunales / agilización de acceso a exámenes.

Es necesario revisar la forma de medir la resolutivez ya que derivar más o menos no necesariamente implica que se estén resolviendo en el sistema los problemas.

DESAFIOS Y BRECHAS

- Modelo de Atención: Modelo Integral centrado en las Personas, Familias y Comunidades..... Reforma sobre Reforma
- Definir Canasta Prestaciones Actualizada, coherente con norma técnica y apoyo diagnóstico y por sobretodo **financiada**
- Equipos de salud ??????
- Especialistas/Especialidades????
- Demanda/Listas de espera
- Estrategias:
UAPO/UAPORINO, Cosam, Sala de Rehabilitación, Cirugía menor -PRAPS
- Telemedicina
- Seguimiento

LEGISLACIÓN
ESTATUTO APS
CODIGO SANITARIO

Modelo Atención

RIISS
"Servicios
integrales"

Conectividad
TIC
Seguridad datos

INDICADORES
Nvos, agrupados.....

DIAGNOSTICO

REDEFINICION Plan de
Salud Familiar

Iniciativas locales

ACTUALIZAR Canasta
COHERENCIA NORMA TECNICA

Apoyo Diagnostico

Per-capita

PRAPS

RRHH Dotación

INCENTIVOS especialistas
DELEGACION/NVAS FUNCIONES

UNIVERSALIZACIÓN

IMPLICANCIA RESOLUTIVIDAD

“Sólo cuando el Primer Nivel de Atención tiene capacidad resolutoria se constituye en el **eje de un modelo** para todos”

OPS

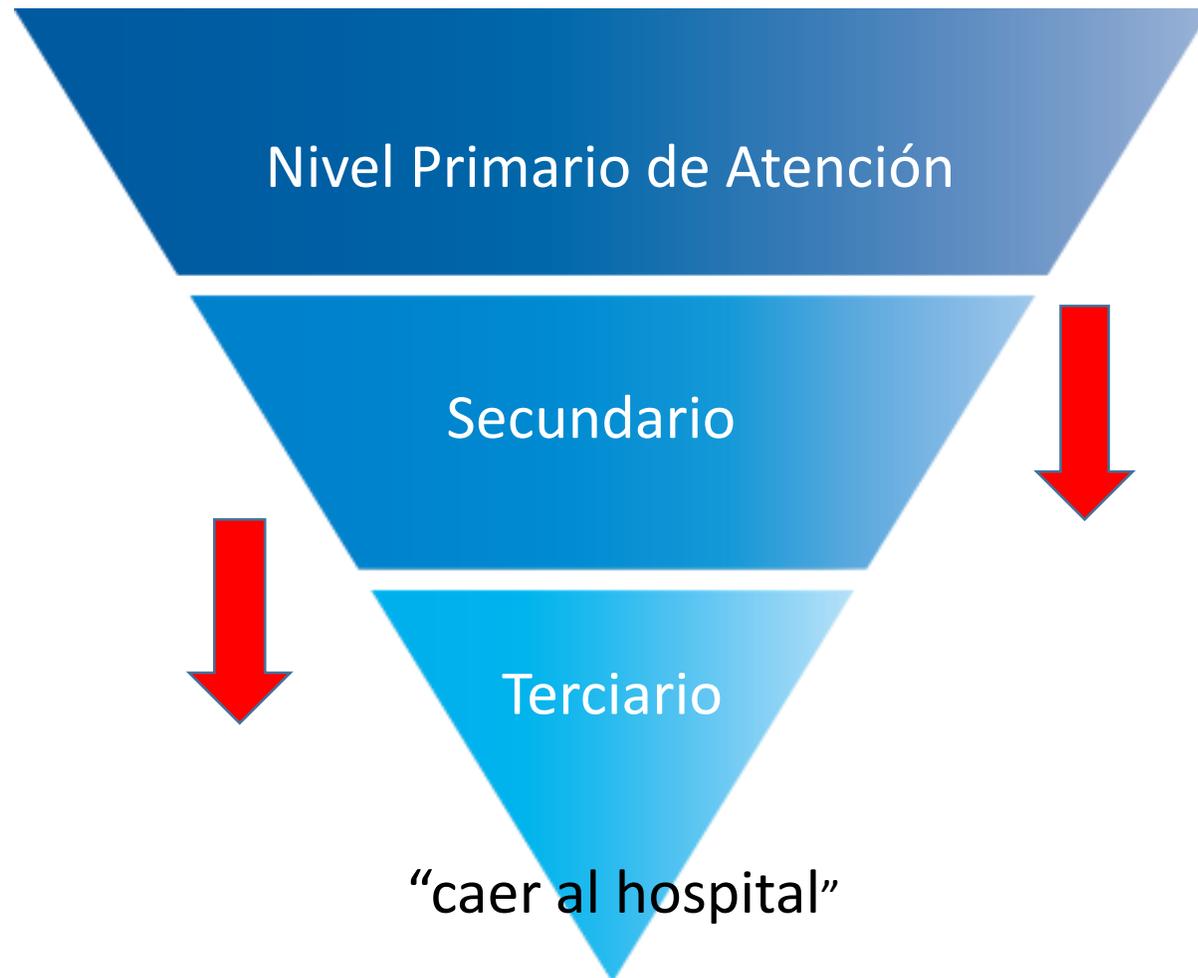
RIISS

Nivel Primario de Atención

Secundario

Terciario

“caer al hospital”





**ASOCIACIÓN CHILENA
DE MUNICIPALIDADES**

desde 1993