

Medicina Accesible y de Calidad.

Propuesta Indicadores SAPU

Concepto SAPU.

El componente SAPU se establece en 1990, inicialmente con el propósito de mejorar la accesibilidad y la capacidad resolutoria del nivel primario para atender las demandas inmediatas de atención médica de la población, en horarios no habituales de atención.

Documentos más actuales reconocen como objetivo general facilitar el acceso oportuno y equitativo de los usuarios del nivel primario de salud a la atención que otorga la red de urgencia del sistema público de salud, además de contribuir al desarrollo del modelo de salud integral con enfoque en salud familiar.

Concibe la Urgencia como la "Aparición Fortuita de un problema de Salud, de etiología diversa, gravedad variable, que **genera la vivencia de la necesidad inminente de atención médica**".

La Emergencia como el suceso fortuito que afecta el bienestar físico, psíquico o social con riesgo vital inminente.

En el primero se privilegia la percepción del usuario y en el segundo, el componente técnico.

Marco

El fuerte desarrollo que ha mostrado la Salud ambulatoria, desplazando al eje hospitalo centrista, sitúa a la Atención primaria en Chile, ya por más de una década como el soporte y eje de la Salud en los ámbitos preventivo, promocional y fuertemente en el Daño. La creación de los SAPU constituye uno de los órganos que han permitido impulsar el crecimiento y desarrollo de la Atención Primaria.

El aumento en el número de centros implementados, en su equipamiento, en la capacidad instalada, en los recursos humanos destinados y la difusión mediática, junto a las características de la sociedad y comportamiento consumista de los individuos han hecho que lentamente el mercado de una salud rápida y de fácil acceso empiece a ser una alternativa atractiva a las personas con una alta tasa de utilización y no siempre como alternativa a las Unidades de Emergencia. El Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), se concibe adecuadamente como puerta de entrada a la red de urgencia. **No obstante, su estructura de objetivos y actividades no necesariamente contribuye al desarrollo del modelo de atención integral de la APS,** principalmente porque el diseño enfatiza en la atención de choque: atención breve, no integral, sin ficha clínica ni seguimiento del paciente.

Con excepción de la preferencia horaria, el SAPU tiene, actualmente el mismo cuadro de necesidades de la población de los centros de salud con atención electiva, donde predominan los usuarios frecuentes o "poli-consultantes" por la facilidad del acceso, entre otras. Esta situación tiene implicancias potenciales en la calidad de la atención y la costo efectividad del sistema.

En este contexto, los SAPU se han constituido o se constituirán en un elemento distorsionador del rol de la Atención Primaria, si no se provoca una Adaptación del modelo.

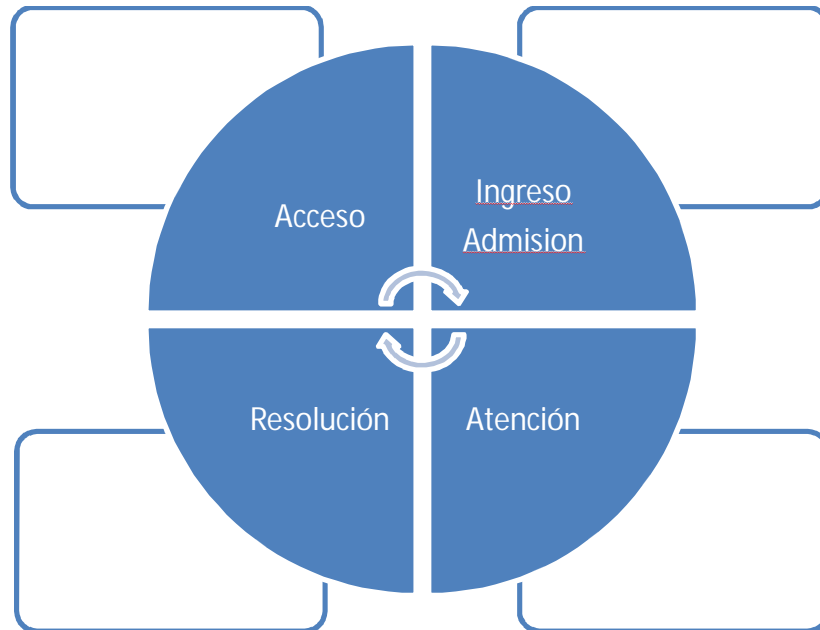
Objetivo

- Construir una herramienta de gestión y monitoreo.
- Aumentar la efectividad y calidad, a través de la inserción de mecanismos de evaluación permanente, validados mediante el seguimiento e intervención en los Centros de Atención de Urgencia de la APS.
- Incorporar variables que evalúen los SAPU con enfoque y desde la perspectiva de la Demanda así como de la Oferta
- Evaluar a los SAPU con énfasis en el eje de éstos: El Ciclo de la Atención.

CICLO DE LA ATENCION.

En la satisfacción de las necesidades de salud de la población, desde que ésta es percibida, concurren pasos y procesos en los que **interactúan** el sistema que otorga la prestación (Oferta) con las personas que requieren determinada atención (Demanda), en un ciclo de eventos que terminan con la solución de ésta.

En cada uno de los eventos de este ciclo la interacción entre Oferta y Demanda prevalece .



CICLO DE LA ATENCION.

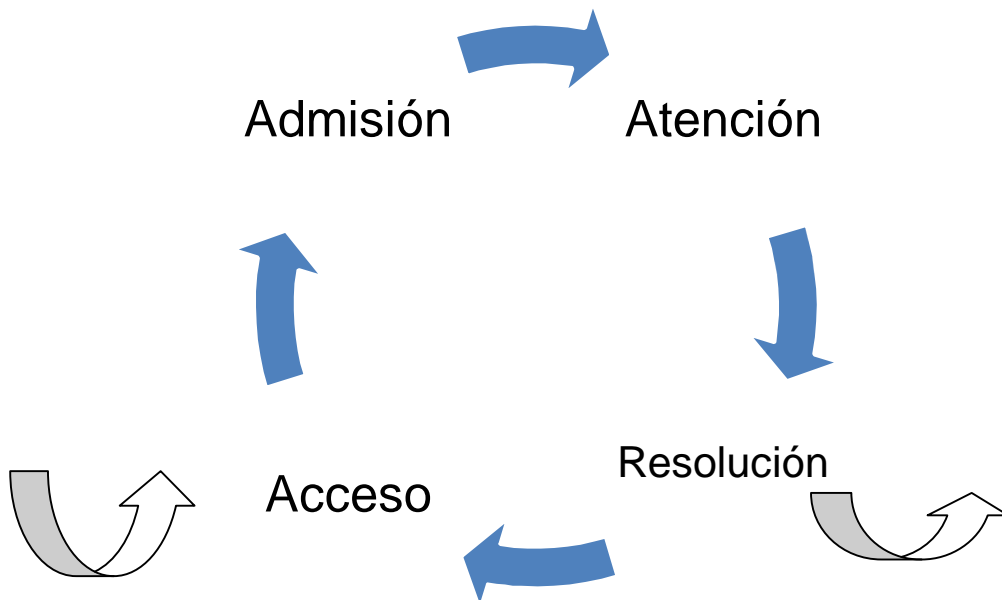
Los SAPU presentan un **carácter dual de puerta de entrada** a la red de urgencia y al establecimiento que mayoritariamente atiende morbilidad general. **El balance actual des-favorece el segundo objetivo, y requiere considerar ajustes en la regulación y en el modelo de atención para que el SAPU asegure un ingreso adecuado a la red electiva como primera consulta y no signifique ésta derivaciones espontáneas o inducidas desde la Red de Urgencia.**

La evidencia ha revelado que los SAPU tienen "clientes frecuentes" tanto en la modalidad de urgencia varias consultas, como la derivación, por una misma necesidad a una segunda consulta en el nivel electivo o diferido.

La perspectiva de los cambios es avanzar en adecuar la oferta de la APS al perfil de demanda para equilibrar impacto sanitario y satisfacción usuaria.

La alternativa más adecuada es ajustar la oferta a la demanda y abordar de mejor forma la morbilidad general ¿¿¿???

En la consecución de este desafío, es imprescindible tener para estos pacientes, al menos, un registro o memoria sobre sus visitas y una estrategia que los incentive a atenderse en el consultorio como mejor opción.



4.- Indicadores Propuestos.

Dimensión	Descripción-Consideración-Comentarios	Indicador
<p>ACCESO Geográfico, Horario y socio familiar</p>	<p>Se determinará mediante: a.- La facilidad de acceso geográfico, y cobertura horaria. b.-Dinámica y recomposición familiar vespertina, fines de semana, festivos. c.-Percepción e intercambio de problemas de salud pospuestos en jornada laboral d.-Factores que predisponen a modalidad atención urgencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Distancia desde hogar al centro APS-SAPU ○ Distancia desde hogar a UE Hospital ○ Expedición Vías de acceso ○ Composición horaria laboral/escolar familiar diaria y semanal ○ Necesidades de Salud pospuestas en horario laboral ○ Tiempo entre inicio cuadro y necesidad de consulta ○ Tiempo promedio entre necesidad y consulta en SAPU. ○ Demanda de atención en APS electiva..solicitud de hora. ○ Factores que determinan preferencia por este sistema atención. ○ Causas y percepción de inmediatez ○ Oferta horas médicas APS electiva y latencia de ellas. ○ Estructura etarea de los usuarios
<p>Ingreso Admisión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los SAPU se orientan a los beneficiarios del sistema público sin requisito de Inscripción per cápita en la comuna que otorga la prestación. ○ Por su naturaleza, ofrecen una atención "auto-focalizada", vale decir, las personas acuden por demanda espontánea sin filtros previos a la atención. ○ No se aplican criterios de priorización según gravedad análogos a los del resto de la red de urgencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Verificación Inscripción Per-Cápita de la comuna ○ Inscripción/Registro de ingreso al centro ○ Motivo de consulta supervisión ○ Sistema de llamado a atención: orden de llegada-priorización ○ Tiempo entre llegada y atención ○ Suficiencia de instalaciones Salas espera y Admisión ○ N° de personas en salas de espera por cada hora de funcionamiento.

Atención	<p>a.-Considera la producción y actividades realizadas por equipo , prevaleciendo el rol del profesional médico.</p> <p>b.- La existencia y la definición de protocolos y estándares de atención son pertinentes tanto como política del nivel central como desde la administración comunal. Sin embargo, en estos servicios, los hace difíciles de cumplir a cabalidad por ser sistemas sin tope de rendimiento y generalmente congestionados.</p> <p>c.-Con la oferta de sistemas altamente accesibles y la inmediatez de la consulta la Oportunidad de la atención, se presenta como elemento perturbador al observar causas de consulta con cuadros o enfermedades , mayoritariamente de pocas horas de evolución. Se condiciona, por la evolución natural de la enfermedad, una nueva consulta por la persistencia de los síntomas en gran número de pacientes y la generación de policonsulta.</p> <p>d.- El RRHH médico se presenta como Recurso vulnerable en diversos ámbitos ante la dinámica y exigencias del sistema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tiempo transcurrido entre inicio cuadro y atención (oportunidad) ○ Tiempo entre necesidad y atención ○ Tiempo atención ○ Trato ○ Tipo prestación e Integralidad de la atención ○ Apoyo Logístico ○ Apoyo diagnóstico:Lab-Imagenología. ○ Registros utilizados ○ Cumplimiento de protocolos ○ N° de profesionales médicos/n° de atenciones ○ N° de profesionales médicos/tipo de cuadros atendidos. ○ N° de profesionales por jornada. ○ N° de horas continuas equipo prestador. ○ Carga laboral semanal por prestador (N° horas laborales en SAPU y electiva) ○ N° protocolos existentes por Unidad
Resolución Derivación Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un punto débil de la mayoría de los SAPU se encuentra en el cumplimiento de actividades de seguimiento y evaluación. ○ La estructura organizacional y los mecanismos de coordinación al interior de la Institución no están claramente establecidos ○ Costo-efectividad no se evalúa 	<ul style="list-style-type: none"> ○ N° de Recetas retiradas de Farmacia general emitidas SAPU ○ N° de Exs LAB. ○ N° de Imagenología ○ N° de consultas antes de 10 días (post atención SAPU) en morbilidad general electiva ○ N° ○ N° ○
Seguimiento	<p>a.-Existe duplicidad de funciones con otras prestaciones y programas que tienen el mismo grupo de beneficiarios. coordinación con intervenciones complementarias</p> <p>b.-Generación de Poli-consulta en SAPU.U.E. Atención electiva/diferida C. de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ N° de personas derivadas por profesional a consulta electiva ○ N° de personas auto-derivadas a consulta electiva

5.- Productos esperados.

1. Determinación del alto valor que **este servicio tiene en la comunidad**, a través de análisis y estudio de los componentes de la atención localizados en la oferta y demanda, generado ya con un año (país década) de funcionamiento y el **procesamiento/evolución /posesionamiento** al interior de los sistemas APS.
2. Potencial generación de un nuevo modelo en el Daño.(Evaluación)
3. Generación de capacidades a nivel local que evalúen, procesen e incorporen conocimiento del comportamiento de los individuos creando competencias para el desarrollo de sistemas sinérgicos con la comunidad.
4. Selección de RRHH con perfil a sistema de alta Demanda .
5. Oferta médica y sistema de Salud APS.
6. Desarrollo de sistemas de seguimiento, comportamiento, análisis de procesos y servicios.
7. Desarrollo de un plan estratégico de difusión y de co-responsabilidad con la ciudadanía (nacional).

Herramientas/Instrumentos para confección de Indicadores.

1.-Sistema geo-referenciado a Municipalidad...Gustavo: Distancias Desde diversos puntos al CSMC y Hospital

2.- Encuesta N° 1...

Variable	
Composición Horaria laboral/escolar familiar diaria y fin de semana	
Necesidades de salud pospuestas en horario laboral	
Tiempo entre Inicio de cuadro/síntoma y necesidad de consultar	
Tiempo transcurrido entre necesidad de consultar y consulta en SAPU	
Solicitud de hora previa , por misma necesidad, en atención electiva.	

3.- Encuesta N° 2.