

Urgencias en Chile: Ante la demanda creciente, ¿Más servicios o mejor estrategia?

Autora:

Marcela Garrido

Departamento de Epidemiología y Estudios en Salud, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile

1. Resumen Ejecutivo

El Servicio de Urgencia (SU) en Chile actúa como el principal punto de entrada al sistema de salud para un gran porcentaje de la población, superando en muchas ocasiones a las consultas en la Atención Primaria de Salud (APS). Aunque la reforma de salud actual busca fortalecer la APS universal, existe una necesidad de revisar el rol y modelo de los SU dentro de esta reforma, tanto a nivel de la APS como a nivel Hospitalario. Este documento plantea abrir una discusión sobre si el modelo actual de ampliación de capacidad de atención de urgencias es la mejor solución y presenta ejemplos internacionales para evaluar alternativas. Asimismo, propone recomendaciones para adaptar un modelo adecuado al contexto chileno.

2. Planteamiento del Problema

El SU desempeña un rol fundamental como articulador del sistema de salud, actuando como punto de entrada principal para pacientes con patologías agudas o crónica descompensadas, tanto a nivel de APS como a nivel Hospitalario. El aumento de la urbanización y la industrialización ha llevado a un incremento en la incidencia de accidentes y eventos traumáticos, así como de enfermedades crónicas no transmisibles y reagudizaciones de las misma, que requieren atención médica inmediata. La globalización, también ha llevado a que enfermedades infecciosas poco prevalentes aumenten dadas las migraciones y viajes, así, nuevas epidemias se han transformado en pandemias de forma rápida. La masificación de la tecnología,

la conectividad e inmediatez en la que vivimos, a su vez, hace que las personas busquen respuesta rápida a sus problemas, incrementando aún más la demanda a los SU.

En el ámbito nacional, Chile no es ajeno a esta tendencia. Datos del Ministerio de Salud indican que aproximadamente un tercio de las personas que ingresan a hospitales públicos y clínicas privadas lo hace a través de los SU, llegando incluso al 80% en algunos hospitales de referencia regionales. En muchas ocasiones, la atención de urgencia se utiliza como sustituto de la atención de morbilidad que está disponible en la APS, lo que significa que el paciente solo recibe la atención de urgencia, perdiendo la integralidad del cuidado que se recibe en la APS y la continuidad de la atención a la que si se accede a través de estas consultas de morbilidad (3). Durante la última década, las atenciones de urgencia han aumentado, mientras que las atenciones de morbilidad en los CESFAM tienden a disminuir (1), resultando en que el total de consultas de urgencia anuales superan al total de consultas en la atención primaria de salud (2). A modo de ejemplo, en Chile el 2019 se realizaron 18.035.938 atenciones en APS mientras que las atenciones en SU fueron 20.140.481 (2), sin considerar a los cerca de 1.800.000 que consultaron a alguna urgencia y no se atendieron (3).

3. Antecedentes y Análisis Político/Estratégico

En el sistema público chileno, se han implementado estrategias para combatir la creciente demanda de los SU. Estas se han centrado en un aumento en la capacidad de atención a través de la extensión horaria de la APS y de los establecimientos que atienden urgencias. Así, en 1990 se crearon los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Con miras a disminuir la brecha urbano/rural en acceso a la atención de urgencia surgieron los Servicio de atención de Urgencia Rural (SUR). Luego, en 1995 se crearon los Servicio de Atención de urgencia de alta Resolutividad (SAR), y para atender los casos de baja complejidad en las Urgencias Hospitalarias se generaron los Servicio de atención de Urgencia Diferida (SAUD), adyacentes al SU de los Hospitales. Actualmente reportan al Departamento de Estadísticas (DEIS) del MINSAL 62 Unidades de Emergencia Hospitalaria de alta complejidad, 27 de mediana complejidad y 104 de baja complejidad, además de 274 SAPU, 147 SUR y 132 SAR. Sin embargo, un alto porcentaje de las atenciones en urgencias son categorizadas como C4 o C5, cerca de un 50% de los pacientes en las urgencias de alta complejidad (4) lo que indica que la condición del paciente es leve y no

presenta riesgo alto para su salud, las que pasan a ser la mayoría en las SAPUs y SAR, creados para dar atención precisamente a este tipo de pacientes, por lo que cabe preguntarse si es realmente ésta la mejor solución para nuestra realidad, seguir aumentando los servicios de atención de urgencia, cuando la mayoría de las atenciones que se realizan en las urgencias son condiciones leves, considerando que estos paciente pierden la continuidad e integralidad de la atención que recibirían en la APS en consultas de morbilidad.

En contraste, países como Canadá, Reino Unido o los Países Bajos han implementado modelos diferentes:

Canadá: Utiliza clínicas de atención primaria extendida, con los mismos médicos familiares que trabajan en la APS en el horario regular, dándoles un incentivo por paciente atendido a aquellos que realizan estas prestaciones, derivándose solo los casos complejos a servicios de urgencias (5).

Reino Unido: Implementa el sistema de triage, donde personal capacitado filtra las consultas antes de que lleguen a los servicios de urgencias, resolviendo o derivando a los centros que correspondan, agendando horas si es necesario(6).

Países Bajos: Integra a cooperativas de médicos familiares para atender fuera del horario hábil, dándole continuidad a la atención en APS (7).

Estos son algunos modelos han demostrado una mejor gestión de recursos y mayor eficiencia en el manejo de la demanda de urgencia. Aun que han significado una reestructuración del modelo de atención y una inversión económica importante, algunos tiene estudios de costo efectividad favorables.

La reforma de salud planteada para Chile, implica fortalecer la APS y transformarla en una APS universal, pero queda la duda sobre cómo será abordado este tema de la creceinte demanda a los SU en desmedro de las consultas en la APS.

4. Recomendaciones

4.1. Abrir la discusión sobre el modelo actual de APS y atención de urgencia:

Evaluar si continuar aumentando la capacidad de atención en urgencias es lo más adecuado para Chile, caso en el que se debe velar por la continuidad e integralidad de la atención de los pacientes, o si se debe

transitar hacia modelos que prioricen la resolución en la APS donde se debería lograr esta atención en salud, pudiéndose resolver también problemas de más largo aliento

4.2. Fortalecer la APS y la integración:

Incrementar la capacidad resolutive de la APS, además de fomentar y facilitar el uso de la misma. Así como la articulación y comunicación de la APS con la red de urgencias para hacer referencia y contra referencia mejorando la continuidad de la atención de los pacientes.

4.3. Analizar modelos internacionales:

Estudiar las ventajas y desventajas de los modelos implementados en otros países para adaptar lo que sea adecuado al contexto chileno.

4.4. Promover el uso de evidencia para la toma de decisiones:

Desarrollar o incentivar el desarrollo de estudios que permitan identificar las necesidades reales de la población en relación con urgencias leves y no leves, y las capacidades actuales del sistema de urgencia, garantizando que las decisiones políticas estén basadas en datos sólidos, considerando también las preferencias de los pacientes y las razones que hay detrás de estas preferencias.

Referencias

1. Ministerio de Salud, Chile. ETESA. "¿Qué intervenciones se han realizado en el sistema de salud con impacto en las atenciones de morbilidad y urgencia en APS?", 2023. Disponible en: [https://etesa-sbe.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/07/SRE-urgencias-en-APS_2023.pdf]
2. Ministerio de Salud, Chile. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). MINSAL, Chile. "Indicadores Básicos de Salud Chile 2019". Disponible en: [https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2Fe9928c9c-d555-40dc-b9e6-14497037c21a§ionIndex=0&sso_guest=true&sas-welcome=false]
3. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). MINSAL, Chile. "Atenciones de urgencia por semana estadística." Disponible en: [<https://deis.minsal.cl/#estadisticas>]
4. Ministerio de Salud. Departamento de Gestión del Riesgo Asistencial, 2018. "Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria". Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/minsal_chile/1/3/5131.pdf]
5. Rose Anne Devlin & Koffi Ahoto Kpelitse & Lihua Li & Nirav Mehta & Sisira Sarma, 2020. "After-Hours Incentives and Emergency Department Visits: Evidence from Ontario," Canadian Public Policy, University of Toronto Press, vol. 46(2), pages 253-263, June.
6. Lattimer V, Sassi F, George S, Moore M, Turnbull J, Mullee M, Smith H. Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *BMJ*. 2000 Apr 15;320(7241):1053-7. doi: 10.1136/bmj.320.7241.1053. PMID: 10764368; PMCID: PMC27349.
7. Van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G, Fiolet HF, van Schayck OC, Crebolder HF. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med*. 2005 Jul;20(7):612-7. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0091.x. PMID: 16050847; PMCID: PMC1490166.