

ANEXO N°1

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES 1998

LISTA DE PROGRAMAS A EVALUAR :

Cód.	Programa	Ministerio / Servicio Público
01	Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes	Ministerio del Interior
02	Transferencias a INTEGRA	Ministerio del Interior
03	Programa Servicio País	Ministerio del Interior
04	Programa de Mejoramiento de Barrios	Ministerio del Interior
05	Programa de Promoción de Exportaciones	Ministerio de Relaciones Exteriores
06	Fondo de Asistencia Técnica (FAT)	MINECOM / CORFO / SERCOTEC
07	Programa de Estudios Pre y Posgrado	MINECOM / CORFO
08	Proyectos de Fomento PROFOS (CORFO, SERCOTEC, Agrícola.)	MINECOM / CORFO
09	Financiamiento de PYMES y Exportadoras	MINECOM / CORFO
10	Fondo de Investigación Pesquera	MINECOM / Subsecretaría de Pesca
11	Corporaciones de Asistencia Judicial	Ministerio de Justicia
12	Programas de Rehabilitación y Reinserción Social	Ministerio de Justicia / Gendarmería de Chile
13	Programa de Deporte Recreativo	Ministerio de Defensa / Digeder
14	Programa de Alto Rendimiento	Ministerio de Defensa / Digeder
15	Programa de Caletas Pesca Artesanal	Ministerio de Obras Públicas / DIGEOP
16	Fundación para la Innovación Agraria	Ministerio de Agricultura / ODEPA
17	Inversión Financiera - Préstamos INDAP	Ministerio de Agricultura / INDAP
18	Proyecto de Secano Costero	Ministerio de Agricultura / INDAP
19	Programa de Fiscalización	Ministerio del Trabajo / Dirección del Trabajo
20	Programa de Becas de Capacitación Laboral SENCE	Ministerio del Trabajo / SENCE
21	Centros de Prevención de Alcoholismo y Salud Mental	Ministerio de Salud
22	Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño	Ministerio de Salud
23	Prog. Oportunidades de Atención y Reducción de Listas de Espera	Ministerio de Salud
24	Programa de Disminución de Contaminación Iquique y Talcahuano	Ministerio de Salud
25	Inversión Real en Parques Urbanos	MINVU/ SERVIU
26	Programas Viviendas Progresivas	MINVU/ SERVIU
27	Subsidios Rurales y de Colonización	MINVU/ SERVIU
28	Subsidios al Transporte Regional	MINTRATEL
29	Programa de Fiscalización	MINTRATEL
30	Fondo de Desarrollo de las Telecomunicaciones	MINTRATEL
31	Programa de Becas Presidente de la República. D.F.L. 22	MIDEPLAN
32	Generación de Capacidades en Localidades Pobres	MIDEPLAN / FOSIS
33	IRAL. Desarrollo Productivo Rural	MIDEPLAN / FOSIS
34	Fondo de Tierras y Aguas Indígenas	MIDEPLAN / CONADI
35	Aplicación Artículo 55 Ley N° 19.284. (FONADIS)	MIDEPLAN / FONADIS
36	Fondo Nacional de Fomento al Libro y la Cultura	MINEDUC
37	Prevención a la Drogadicción y al Alcoholismo	MINEDUC
38	Programas de Educación Preescolar	MINEDUC / JUNJI
39	Programas de Salud y Atención Médica Escolar	MINEDUC / JUNAEB
40	Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico	CONICYT



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

**PROGRAMA OPORTUNIDADES DE
ATENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LISTAS DE
ESPERA (POA)**

**FONDO NACIONAL PARA SALUD
FONASA**

MINISTERIO DE SALUD

**PANEL DE EVALUACION:
ANTONIO INFANTE (COORDINADOR)
MARÍA I. ROMERO
CARMEN CELEDÓN**

AGOSTO 1998

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

PROCESO DE EVALUACIÓN 1998
FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

FORMATO A
RECONSTRUCCIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO

I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/PROGRAMA	
1.1 Nombre del Programa/proyecto	
Programa de Oportunidad de la Atención y Reducción de Listas de Espera	Código 23
1.2 En caso de ser Proyecto señalar el programa del cual forma parte o la(s) política(s) a la cual(es) se vincula	
1.3 Ministerio Responsable: Ministerio de Salud	
1.4 Servicio Responsable Fondo Nacional de Salud (FONASA)	
1.5 Unidad Interna responsable directa del Programa	
Unidad de Estudios y Control de Gestión	
1.6 Nombre del profesional responsable del Programa	
Cecilia Jarpa	
1.7 Año de inicio del Programa 1996	
1.8 Año de Término del Programa	
1.9 Principales cambios introducidos por año	
	Año
<p>Se amplía la cobertura a todos los Servicios de Salud, la que inicialmente era para la RM y Viña Quillota.</p> <p>Se acota el plazo máximo de resolución a 3 meses después de indicada la intervención. Para los cánceres la resolución es inmediata no pudiendo exceder 1 mes después de diagnosticado.</p> <p>Se reduce el número de intervenciones que participan en el programa.</p> <p>Se aplica un alza real del arancel por intervención superior al 5% en las intervenciones.</p> <p>Se faculta a los servicios a subcontratar en el sector privado, asumiendo FONASA los gastos de traslado.</p> <p>Se exige a los servicios mantener el comportamiento histórico de intervenciones por otras cirugías electivas o procedimientos no incluidos en el programa.</p> <p>Se incorpora un elemento de control por parte de los usuarios.</p>	1997

A. NIVEL DE DISEÑO DEL PROGRAMA / PROYECTO	
II. JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO	
1.	Justificación a nivel de políticas públicas
	No se explicita en los documentos revisados
2.	Justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar
	<p>En 1996 se plantea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - preocupación por la existencia de una gran cantidad de usuarios de los Servicios de Salud pública portadores de patologías de solución quirúrgicas a los que no es posible de intervenir en forma oportuna en los respectivos Servicios por limitaciones de recursos. - que la tardanza en el tratamiento aumenta la posibilidad de complicaciones y con ellas el riesgo de muerte y trae como consecuencia un deterioro en la calidad de vida - que experiencias anteriores de programas de financiamiento especial lograron resultados altamente satisfactorios incrementando en forma importante el número de intervenciones quirúrgicas posibles de realizar - y las políticas ministeriales en el sentido de aumentar la oportunidad de atención <p>En 1997 se justifica el programa con los siguientes argumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el marco de la política del Ministerio de Salud para 1997 se ha considerado como elemento prioritario la generación de una serie de compromisos con los beneficiarios de la Ley N° 18.469 - El objetivo de estos compromisos es mejorar la atención de salud de los beneficiarios del Sistema Público de Salud entregando una mejor y más oportuna atención a los pacientes. - El principio orientador es que todo paciente debe beneficiarse oportunamente de un tratamiento ya prescrito - Este enfoque pone énfasis en los tiempos de espera como indicador de satisfacción del usuario y de la gestión de los Servicios de Salud.
3.	Antecedentes que fundamenten la justificación del Proyecto y su continuidad:
a)	Constitucionales
	No aparece mencionado.
b)	Legales
	No aparece mencionado.
c)	Administrativos
	Establecimiento de metas en el marco de los compromisos de gestión firmados entre el MINSAL y los Servicios de Salud.
d)	De políticas de inversión
	No responde a políticas de inversión

	<p>Prestaciones comprometidas efectuadas a pacientes diagnosticados en el plazo definido</p> <p>Tiempo promedio de resolución por servicio de salud para cada patología y por cada año.</p>
3.	<p>¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de propósito se ha propuesto el Programa?</p>
	<p>Resolución del 100% de los pacientes comprometidos en los plazos estipulados. 8.325 personas en 1996 y 9.410 en 1997.</p>
4.	<p>¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del Programa se ha logrado?</p>
	<p>Informes de los Servicios de salud y de FONASA</p>
5.	<p>¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento del propósito del Programa?</p>
	<p>Un 91.1% en 1996 y 91.4% en 1997. Se adjunta un resumen de evaluación por servicio de salud para los años 96 y 97. En la evaluación se observa una amplitud de rango entre 52.4% (Hospital de Talagante) y 106.7% (Hospital San José) en el año 1996 y 11.5% (Arica) y 100% en varios Servicios de Salud en el año 1997.</p>
6.	<p>¿Cuáles son los supuestos que deben ocurrir para que el Programa contribuya significativamente al logro del Fin del mismo?</p>
a)	<p>A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras</p>
	<p>Los Servicios de Salud mejoran su gestión y hacen un uso óptimo de los recursos aportados oportunamente por FONASA. A su vez en los establecimientos hospitalarios de los servicios de salud participantes se realizan las intervenciones quirúrgicas acordadas en los compromisos de gestión</p>
b)	<p>A nivel de otras instituciones públicas</p>
	<p>no tienen responsabilidad en el propósito</p>
c)	<p>A nivel de condiciones sociales</p>
	<p>las mismas del punto anterior en los diagnosticados en listas de espera</p>
d)	<p>A nivel de condiciones económicas</p>
e)	<p>A nivel de condiciones políticas</p>
f)	<p>A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras</p>
V. IDENTIFICACIÓN DE COMPONENTES DEL PROGRAMA	
Identificación de los componentes que produce el Programa	
1.	Entrega de recursos financieros adicionales a los Servicios de salud sujetos a condiciones
2.	Sistema de reclamos

5.1 Componentes	
1. ¿Cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento de este componente?	
Componente 1:	Recursos transferidos por Servicio Número de Convenios firmados
Componente 2:	Número de reclamos recibidos Número de casos resueltos y plazo de respuesta.
2. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de este componente se ha propuesto el programa?	
Componente 1:	Transferencia del 100% de los recursos: \$ 1.113.000.000 en 1996 \$ 2.472.588.701 en 1997 Firma del 100% de los Convenios: 7 convenios en la R.M en 1996 28 convenios en el país en 1997
Componente 2:	Responder al 100% de los reclamos
3. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que este componente del Programa se ha logrado?	
Componente 1:	Documentos y convenios Informes FONASA Estadísticas FONASA
Componente 2:	Estadísticas FONASA
4. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento de este componente del Programa?	
Componente 1:	83% en 1996 y 100% en 1997.
Componente 2:	Se respondieron los 2 reclamos formulados.
5. Supuestos que deben ocurrir a nivel de este componente para que el Programa contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo.	
a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras	
Componente 1:	Capacidad de ejecución del gasto en los servicios. Ello supone que los establecimientos respectivos realizan las intervenciones en la cantidad, tipo y plazos comprometidos.
Componente 2:	no se aplica
b) A nivel de otras instituciones públicas	
Componente 1:	Envío de fondos desde el Ministerio de Hacienda
Componente 2:	no se aplica
c) A nivel de condiciones sociales	
No se aplica	
d) A nivel de condiciones económicas	
No se aplica	

e)	A nivel de condiciones políticas
	No se aplica
f)	A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras
	No se aplica
6.	Presentación del para qué y/o para quiénes se produce este componente del Programa
a)	Caracterización socio-económica de los beneficiarios inicialmente identificados para el Programa
	No existe
b)	Presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos
	No esta explicitada
c)	Identificación del número real de beneficiarios que utiliza este componente producido por el Programa
	8.325 beneficiarios en 1996 y 9.410 beneficiarios comprometidos en 1997
d)	Caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del Programa.
	No existe información pero se asume que son los beneficiarios del sistema público de salud.
7.	¿Cómo y cuándo utilizan este componente los beneficiarios?
	Quando son diagnosticados de una patología de resolución quirúrgica por los Servicios de salud y desde éstos se firman convenios a través de los cuales FONASA traspasa recursos para la realización de las respectivas intervenciones a las personas portadoras en plazos convenidos.
8.	¿Cuáles son los efectos del uso que los beneficiarios hacen de este componente del Programa?
	Solucionar oportunamente su problema quirúrgico, disminuir su riesgo de complicación o muerte y mejorar su calidad de vida.
VI.	IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA
1.	Indicar las actividades que debe cumplir para completar cada uno de los Componentes del Programa

Definición de patologías
 Estimación de demanda
 Establecimiento del costo de prestación y costo total del programa
 Elaboración de compromisos de gestión con los servicios
 Programa de difusión
 Diseño de la campaña
 Elaboración del material gráfico
 Comunicación con los prestadores
 Lanzamiento de la campaña
 Distribución de piezas comunicacionales en sucursales y establecimientos públicos
 Sistema de reclamos
 Procedimiento de recepción de reclamos
 Procedimiento de resolución de reclamos
 Capacitación a los servicios
 Capacitación a funcionarios
 Entrega de recursos financieros adicionales a los servicios de salud sujetos a condiciones
 Transferencia de recursos, monitoreo y evaluación.
 Reasignación de recursos
 Evaluación de la campaña

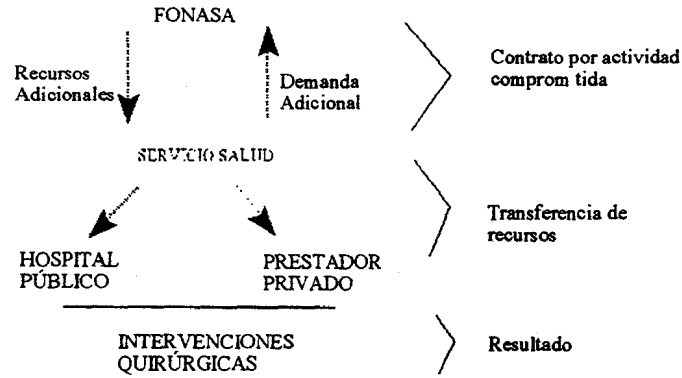
2. Descripción de los sistemas de producción de los componentes

a) Descripción de los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes

FONASA define el programa y fija los aranceles; el Servicio establece la demanda adicional y se acuerda entre ambos un compromiso de transferencia contra actividades. Se firman los convenios que implican atender la lista de espera con recursos adicionales. Los servicios se organizan individualmente para atender la demanda.
 En la mayoría de los servicios los recursos se gastan en horas extraordinarias para el recurso humano existente, en otros se contratan recursos humanos y en algunos se corrigen problemas de infraestructura que generan cuellos de botella. La sustentabilidad del programa será mayor en estos últimos.

b) Descripción de la organización que se ha dado el Programa para la producción de los componentes (Diseñar organigrama que incluya los niveles y organizaciones públicas y privadas que participan en el Programa y describir el rol de cada una de ellas)

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN



FONASA transfiere recursos a los Servicios de acuerdo con una demanda determinada por ellos. Establecen compromisos de gestión. Los Servicios pueden contratar las intervenciones con prestadores públicos o privados.

c)	Descripción de la estructura de la Gerencia del Programa y de sus responsabilidades	
	El Programa es gerenciado por una persona, funcionaria del sub departamento de intermediación de FONASA. Ella se vincula con los servicios y en función del conocimiento que tiene de éstos tiene alguna flexibilidad para modificar ciertas condiciones del programa. Por ejemplo puede modificar el volumen de transferencias u otros criterios establecidos en los compromisos de gestión.	
3.	Instrumentos de gestión del Programa	
a)	Descripción de los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del Programa	
	Informe de cumplimiento de los servicios:	se entregan en estadísticas regulares que individualizan al paciente intervenido y la intervención correspondiente
	Informe de satisfacción de usuarios:	se realizan encuestas periódicas
b)	Presentación de los indicadores de gestión e impacto del Programa	
	Porcentaje de cumplimiento de actividades comprometidas y presupuesto ejecutado	

VII. APRENDIZAJES DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y PROYECCIONES (en base a la opinión de la institución responsable)	
1.	<p>Identificación de los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del Programa</p> <p>El programa ha demostrado su principal fortaleza como instrumento de gestión. Ha desarrollado los sistemas de registro, cuantificación de actividades y de demanda insatisfecha, como también de identificación de usuarios. Ha otorgado flexibilidad a los servicios en la programación de sus actividades; en la conformación de los equipos humanos para resolverlas y ha iniciado un proceso en que los servicios asocian actividades con recursos. El año 97 se define como de marcha blanca y ya se puede ver que los servicios comienzan a asociar actividades a recursos.</p> <p>La principal debilidad ha sido la ausencia de difusión, ya que habiéndose programado originalmente para 1997 se postergó para 1998 no quedando entre los componentes del programa a implementar en 1997 (probablemente por temor a que los servicios no pudieran cumplir). No existe en consecuencia un retorno de información desde los usuarios. Sin embargo en auditorías de tiempos de espera se ha constatado que estos corresponden con la información entregada por los servicios.</p> <p>Un elemento importante en la gestión del programa es el liderazgo de la dirección del hospital o Servicio. Cuando éste existe el recurso humano se incorpora a la tarea, haciendo posible el cumplimiento de los objetivos.</p>
2.	<p>Identificación de los reales o potenciales beneficiarios que deja dicho aprendizaje</p> <p>El principal beneficiado es el sistema de salud que mejora sus mecanismos de gestión. Los servicios logran flexibilidad en el uso de algunos de sus recursos y FONASA puede ejercer control sobre resultados. Secundariamente se benefician algunos usuarios que logran ser operados en plazos menores a los históricos.</p>
3.	<p>Pronóstico en relación a la situación sin continuidad del Programa.</p> <p>En la situación actual, se generarían nuevamente listas de espera. Una alternativa para evitarlo sería tomar la decisión de vincular el presupuesto de las actividades históricas (90%) a la modalidad de gestión de este programa, algo que se hizo exitosamente con las complejas.</p>
4.	<p>Descripción en torno a si existe algún tipo de retorno social, económico o político, directo o indirecto, que permita pronosticar la autosustentabilidad del Programa a mediano o largo plazo</p> <p>El concepto de oportunidad de atención ha logrado legitimidad política y de hecho las unidades técnicas del MINSAL intentan incorporar otras actividades al programa. La evolución de este programa debería ir hacia la garantía de acceso a determinadas prestaciones, dejando de lado la transitoriedad de la iniciativa actual. Para ello es necesario que el Programa se extienda al ámbito de las consultas de especialidades que es el lugar donde se filtra el acceso al sistema y donde se encuentran las mayores listas de espera.</p>

MINISTERIO DE HACIENDA
 DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
 PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

PROCESO DE EVALUACIÓN 1998

ANEXO AL FORMATO A

ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS ¹

1. Información general período 1994-1998 (en miles de pesos reales)							
AÑO	A	B	C		D		C-D
			Presupuesto devengado		Gasto ejecutado		
	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto final aprobado	Monto	%	Monto	%	Saldo Presup
1994							
1995							
1996	2.154.146	2.152.118	1.788.746	83.0	1.786.695	83.0	2.000
1997	2.143.886	2.642.989	2.644.882	100	2.641.805	100	3.077
1998 ^o	2.583.760	2.637.048	795.776	30.0	795.720	30.0	56

^o Presupuesto a Abril

1

En relación a observaciones de la DIPRES respecto a la estructura de gastos del Programa, los recursos transferidos a los servicios de salud corresponden al ítem Transferencias. Los gastos asignados a los subtítulos personal, bienes y servicios de consumo e inversión, corresponden a una estimación de los gastos administrativos de FONASA asociados al programa en base a la estructura general de gastos de la institución.

Respecto a los criterios de distribución regional de recursos éstos corresponden a la actividad adicional comprometida por los servicios de salud multiplicada por el arancel correspondiente.

$$(T = P \times Q)$$

PRESUPUESTO PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

1996

	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto final aprobado	Gasto devengado	Gasto efectivo	Porcentaje de ejecución
Gastos Generales FONASA					
Personal	2.741.693	2.952.820	2.932.894	2.932.894	99
Bienes y Servicios	5.644.277	5.478.078	5.385.521	4.737.947	98
Inversión	114.263	141.661	140.277	122.133	99
Transferencia	534.709.740	573.371.051	572.740.438	572.740.209	100
TOTAL	543.209.972	581.943.610	581.199.130	580.533.183	100
Gastos Imputables al PROGRAMA					
Personal	10.885	10.925	9.033	9.033	83
Bienes y Servicios	22.408	20.269	16.587	14.593	82
Inversión	454	524	432	376	82
Transferencia	2.120.400	2.120.400	1.762.693	1.762.693	83
TOTAL	2.154.146	2.152.118	1.788.746	1.786.695	83

/ /

PRESUPUESTO PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

1997

	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto final aprobado	Gasto devengado	Gasto efectivo	Porcentaje de ejecución
Gastos Generales FONASA					
Personal	2.876.232	3.197.121	3.140.091	3.140.091	98
Bienes y Servicios	5.937.398	6.601.400	7.060.034	6.426.846	107
Inversión	166.479	182.722	182.434	88.427	100
Transferencia	586.594.693	619.930.908	616.617.062	616.617.062	99
TOTAL	595.574.802	629.912.150	626.999.621	626.270.426	100
Gastos Imputables al PROGRAMA					
Personal	10.297	13.428	13.251	13.251	99
Bienes y Servicios	21.256	27.726	29.793	27.121	107
Inversión	596	767	770	365	100
Transferencia	2.102.738	2.601.068	2.601.068	2.601.068	100
TOTAL	2.134.886	2.642.989	2.644.882	2.641.805	100

PRESUPUESTO PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE LISTAS DE ESPERA

1998

	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto final aprobado	Gasto devengado a Abril	Gasto efectivo a Abril	Porcentaje de ejecución
Gastos Generales FONASA					
Personal	3.187.400	3.258.135	1.104.835	1.104.835	34
Bienes y Servicios	9.666.746	9.666.746	1.596.274	1.585.291	17
Inversión	103.977	103.977	19.404	15.393	19
Transferencia	617.723.563	631.255.067	208.228.100	208.228.100	33
TOTAL	630.681.686	644.283.925	210.948.613	210.933.619	33
Gastos Imputables al PROGRAMA					
Personal	0	13.326	4.165	4.165	31
Bienes y Servicios	2.583.760	39.537	6.018	5.977	15
Inversión	0	425	73	58	17
Transferencia	0	2.583.760	785.520	785.520	30
TOTAL	2.583.760	2.637.048	795.776	795.720	30

MINISTERIO DE HACIENDA
 DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
 PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

PROCESO DE EVALUACIÓN 1998
 FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

FORMATO B
 OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/PROGRAMA	
1.1 Nombre del Programa/proyecto	
Programa de Oportunidad de la Atención y Reducción de Listas de Espera	Código 23
1.2 En caso de ser Proyecto señalar el programa del cual forma parte o la(s) política(s) a la cual(es) se vincula	
<p>El mensaje presidencial de 1997 establece entre las metas ministeriales "producir acciones valorables para las personas en forma directa, orientar la gestión pública hacia la satisfacción del usuario y mejorar indicadores biomédicos".</p> <p>A su vez las metas ministeriales 1998 establecidas en la Programación Estratégica MinSal 1997 - 2000 establecen que la "Misión del Ministerio de Salud es asegurar a todas las personas el derecho a la protección y atención integral de salud y su calidad de vida, para lo cual desarrollará las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado competen y fortalecerá el sector público de salud para garantizar la satisfacción de las necesidades y el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente de los sectores más carenciados, en situación de riesgo vital y vulnerabilidad". A mayor abundamiento, los principios orientadores del MinSal establecen la satisfacción al usuario, como "el conjunto de políticas y acciones que permitan satisfacer con calidad, equidad y eficiencia las necesidades, expectativas y exigencias sanitarias de los ciudadanos, en especial de los beneficiarios del Sector Público de Salud" y establecen la equidad como aquella política que "determina el compromiso del Estado en garantizar a toda la población el acceso a prestaciones de calidad, cobertura, oportunidad y eficiencia, con especial énfasis en quienes disponen de menos recursos y se encuentren en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad".</p> <p>Entre los principios orientadores se establece también la descentralización, que "significa para el sector salud el proceso de transferencia de autoridad, competencias y recursos desde el organismo central hacia otras instancias de decisión del Sistema de Salud implementado con un sentido de eficiencia en la gestión pública".</p> <p>Además existen dos políticas públicas a las que se vincula esta iniciativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La necesidad de que el crecimiento económico se acompañe de equidad social, que en el caso de salud se traduciría en equidad en calidad y oportunidad de atención médica, en este caso, las intervenciones en plazos convenidos. - Los esfuerzos por modernizar la gestión pública preocupándose de la satisfacción y el acercamiento de la provisión de servicios a los usuarios. 	

1.3 Ministerio Responsable:

Ministerio de Salud

1.4 Servicio Responsable

Fondo Nacional de Salud (FONASA)

A. NIVEL DE DISEÑO DEL PROGRAMA / PROYECTO

II. OBSERVACIONES EN TORNO A LA JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO

1. Observaciones y comentarios en torno a la justificación a nivel de políticas públicas

En las metas ministeriales donde se establecen la misión y los principios orientadores, destacan los principios de equidad y satisfacción al usuario; la definición de un conjunto de intervenciones convenido entre FONASA y los Servicios de Salud según su magnitud epidemiológica, la longitud de su lista de espera y sus posibilidades de resolución, cuya población objetivo son los beneficiarios del Sistema Público de Salud, sin duda se vincula y contribuye al cumplimiento de las políticas señaladas.

Asimismo, se establece "garantizar el acceso con eficiencia" y "descentralizar". El financiamiento asociado a resultados planteado en este programa, en que desde el nivel central (FONASA) se traspasan fondos "marcados" a los Servicios de Salud se vincula a las políticas aludidas.

Parece interesante comentar que la institución ejecutora de este Programa -FONASA- en conjunto con el Ministerio de Salud, (ambos de nivel central) ha desarrollado un programa que ha beneficiado directamente a personas a través de actividades desarrolladas por los Servicios de Salud (nivel local), contribuyendo al logro de políticas explícitas.

Queda en evidencia que es un Programa que surge principalmente del contacto de FONASA con los usuarios y los servicios de salud y, desde la perspectiva de los usuarios, ha representado una respuesta a un problema permanente. En este sentido ha sido positivo, aunque tiene el riesgo de que esta fórmula de solución de problemas pueda introducir incentivos perversos, en vez de establecer flexibilidades e incentivos en la operación del presupuesto regular

Aparece necesario comentar, que si bien el programa declara que corresponde a las prioridades del MINSAL, (determinación de áreas problema, acciones programáticas y estrategias de atención; orientar la asignación de recursos; identificar prioridades regionales y locales) al revisar el documento Diseño e Implementación de las Prioridades en Salud (MINSAL 97), se ve asociación sólo en el área de cáncer de mama y cuello uterino. El resto de las intervenciones del Programa no están mencionadas al interior de las priorizaciones del Ministerio. Es más, en un documento posterior, Estrategias Innovadoras en Salud (MINSAL 98), el Programa no aparece vinculado a las prioridades de salud sino a la Reforma Financiera del Sector. De acuerdo a los señalado por FONASA, en la definición de las intervenciones del Programa sí se realizó un trabajo conjunto con las unidades técnicas del MINSAL y con algunos servicios de salud. Los principales criterios fueron que existiera efectivamente una lista y tiempos prolongados de espera y que se pudieran resolver en todos los servicios de salud.

2. Observaciones y comentarios en torno a la justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar

15

La espera, generalmente superior a 6 meses para resolver una patología quirúrgica, instó a las autoridades de salud ya en el 92-93 a implementar un Plan de Reducción de Listas de Espera a nivel nacional, que entregó recursos adicionales a los servicios de salud, a través de fondos concursables para financiar equipamiento y personal. Los fondos destinados a personal se regularizaron con aumentos de dotación y por lo tanto se incorporaron al presupuesto regular de los servicios. El objetivo se logró significativamente, a pesar de lo cual el programa no tuvo un sustento de largo plazo. Es así como a partir de 1994 se vuelven a reproducir, obligando a diseñar un nuevo programa piloto que en 1996 se implementó en los servicios de la Región Metropolitana y en de Viña del Mar-Quillota de la V Región, generalizándose al resto del país en el año 1997.

De acuerdo al planteamiento del programa, que implica acortar los tiempos de espera para la intervención en pacientes ya diagnosticados del Sistema Público de Salud, la justificación a nivel de condiciones sociales es clara.

Habría sido interesante contar con un diagnóstico de situación base más acotado, que hubiera permitido determinar si el problema de la oportunidad de atención se puede atribuir sólo a limitación de recursos o coexiste con limitaciones en la gestión o con problemas de productividad de los recursos existentes.

Con ello existe el riesgo de reproducir lo sucedido con el Programa de listas de espera 92-93, que en parte por no basarse en un diagnóstico previo exhaustivo, fue exitoso pero no sustentable.

3. Observaciones y comentarios en torno a los antecedentes que fundamenten la justificación del Proyecto y su continuidad:

a) Constitucionales

Desde nuestro punto de vista se justifica en el principio constitucional de igualdad de oportunidades en el acceso a la atención de salud, establecido en el artículo 19 inciso 9 titulado "El derecho a la Protección de salud": "El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá asimismo la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas en la forma y condiciones que determine la ley la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse sea éste estatal o privado".

b) Legales

Se justifica en el Compromiso con los beneficiarios de la Ley 18.469

c) Administrativos

Forma parte del establecimiento de metas marco y compromisos de gestión entre el MINSAL y los Servicios de Salud.

d) De políticas de inversión

No se aplica

III. OBSERVACIONES EN TORNO A LA IDENTIFICACIÓN DEL FIN DEL PROGRAMA / PROYECTO

<p>1. Observaciones y comentarios en torno a cuál es el fin planteado por el Programa</p>
<p>El fin declarado en el Programa obedece a intereses corporativos de FONASA , que es la Unidad Ejecutora, en referencia a los beneficiarios del sistema público de salud, al establecer “mejorar la credibilidad y satisfacción de los usuarios del Sistema Público de Salud”. El fin, así planteado, implica una gran sintonía entre el nivel central (FONASA-MINSAL) y el nivel local donde se realizan las acciones, en este caso las intervenciones quirúrgicas convenidas.</p> <p>Lo anterior, dado que las personas tienden a evaluar al sistema total por el contacto directo que tienen con el prestador en situaciones concretas. La intervención quirúrgica oportuna, una vez confirmado el diagnóstico, sin duda contribuye a la credibilidad del sistema y a la satisfacción del usuario, pero ello beneficia a una fracción del conjunto de potenciales pacientes en necesidad de ser intervenidos, dejando fuera a aquéllos que, por las limitaciones del sistema, no acceden al diagnóstico. En todo caso, ello no disminuye el mérito del fin planteado por el programa, sino que muestra desafíos que sería interesante enfrentar.</p>
<p>2. Observaciones y comentarios en torno a cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del Programa</p>
<p>De acuerdo a los documentos revisados para el fin señalado se han establecido como indicadores la satisfacción de los usuarios y el número de usuarios adscritos al sistema por año.</p> <p>Para este aspecto y, en relación con lo señalado en el punto anterior, cabe comentar que los usuarios beneficiados con intervenciones oportunas gracias a la transferencia de recursos adicionales “marcados” tendrán un alto grado de satisfacción. Sin embargo esto no alcanzará a reflejarse al explorar la satisfacción de todos los usuarios pues los beneficiados son sólo una fracción. La satisfacción de usuarios con el Sistema de Salud Pública en su conjunto, depende de un sinnúmero de variables que trascienden este programa.</p> <p>El segundo indicador -número de adscritos al sistema por año- si bien puede asociarse a la credibilidad del sistema, también depende de variables ajenas al programa. Más aún, el número de adscripciones por año deberá naturalmente tender a la disminución por “agotamiento” de la población susceptible de adscribirse.</p> <p>Por ello parece necesario definir con mayor precisión los indicadores de cumplimiento del fin.</p>
<p>3. Observaciones y comentarios en torno a cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de fin se ha propuesto el Programa</p>
<p>Las metas directamente relacionadas con los indicadores de fin no se encuentran explícitamente cuantificadas.</p> <p>Para el indicador satisfacción de usuario debería ser 100% de usuarios satisfechos.</p> <p>Para el indicador usuarios adscritos, es difícil establecer una cifra.</p>
<p>4. Observaciones y comentarios en torno a cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el fin del Programa se ha logrado</p>
<p>Las encuestas a usuarios y las estadísticas de FONASA son medios de verificación razonables para constatar el logro del fin, siempre que previamente se hayan establecido metas cuantificables.</p>

5.	Observaciones y comentarios en torno a cuál es el nivel o grado de cumplimiento del fin del Programa
	El nivel de cumplimiento no se puede establecer al no estar cuantificada la meta. Sin embargo, cabe señalar que las encuestas de satisfacción de usuarios realizadas por FONASA, si bien son generales, muestran grados razonables de satisfacción.
6.	Observaciones y comentarios en torno a cuáles son los supuestos necesarios para la "sustentabilidad" de los beneficios generados por el Programa
a)	A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras
	Es necesario establecer una adecuada sintonía entre la Política de salud y las necesidades de los Servicios de Salud y de FONASA.
	El supuesto de máxima importancia es la responsabilidad asumida por los servicios de salud que se comprometen a realizar un número de intervenciones pactadas en plazos convenidos.
b)	A nivel de otras instituciones públicas
	No aplica.
c)	A nivel de condiciones sociales
	No aplica.
d)	A nivel de condiciones económicas
	No aplica
e)	A nivel de condiciones políticas
	Es necesario que la equidad siga siendo el valor que oriente la formulación de las políticas sociales
f)	A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras
	Es necesario que exista buena disposición para la coordinación entre proveedores públicos y privados
IV. OBSERVACIONES EN TORNO AL PROPÓSITO DEL PROGRAMA	
1.	Observaciones y comentarios en torno al propósito planteado por el Programa
	El propósito se encuentra bien formulado y traduce la preocupación por el usuario al establecer que "los pacientes beneficiarios del programa tienen acceso oportuno a un conjunto de intervenciones quirúrgicas".
2.	Observaciones y comentarios en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del propósito del Programa
	Los indicadores definidos son concordantes con el propósito, al señalar que son las intervenciones (prestaciones) comprometidas efectuadas y que ellas se realizan en los plazos comprometidos. Cabe comentar que, dado que el programa ha demostrado que es posible cumplir con oportunidad (se asume que simultáneamente con calidad) en la resolución quirúrgica de un conjunto de patologías definidas, estos atributos deberían hacerse extensivos también a la actividad quirúrgica base y no sólo para las actividades adicionales.
3.	Observaciones y comentarios en torno a las metas que a nivel de propósito se ha propuesto el Programa

Las metas son concordantes con el propósito y se relacionan con actividades realizadas en plazos convenidos, correspondiente a lo que los servicios han comprometido con FONASA. Ello implica un número de intervenciones establecido por los servicios con base en estudios locales, es decir, basados en la realidad.

Ello, junto con la mejoría en la gestión, explica el alto grado de cumplimiento de las metas.

Dado que la intervención en un plazo corto después del diagnóstico es un elemento importante en el pronóstico de los pacientes parece interesante incorporar las condiciones del programa también a la actividad base programada para el año.

4. Observaciones y comentarios en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del Programa se ha logrado

Los informes de los Servicios normatizados a través de un software desarrollado especialmente para este efecto, más los informes consolidados de FONASA son medios de verificación adecuados para constatar el logro del propósito.

Parecería útil mejorar los formularios de manera de incorporar el tiempo de espera en las actividades base y adicionales. Un patrón de comparación podría ser que los tiempos de espera se aproximaran razonablemente a los indicadores del sector privado.

5. Observaciones y comentarios en torno al nivel o grado de cumplimiento del propósito del Programa

Los niveles de cumplimiento del propósito del programa son altamente satisfactorios en el conjunto país, superando el 90% en ambos años (1997 y 1998).

Sin embargo, se aprecian importantes diferencias por servicios, algunas de las cuales se explican por errores en la información entregada por los servicios (Arica). Sin embargo no se explica, por ejemplo, la ausencia de listas de espera en Talcahuano y San Felipe.

Se requeriría mejorar los instrumentos de medición vigentes y también establecer patrones de comparación con el sector privado y con las mejores tasas del sistema público (Bench marking)

Aún cuando trasciende el propósito del programa, es posible señalar que con éste se ha mejorado la equidad en el acceso oportuno a la atención, de los beneficiarios del sistema público de salud en un conjunto de acciones definidas en éste y que corresponden a un listado convenido de intervenciones quirúrgicas.

6. Observaciones y comentarios en torno a los supuestos que deben ocurrir para que el Programa contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo

a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras

Los Servicios de Salud cumplen las condiciones establecidas en los convenios y, a través de los Establecimientos asistenciales respectivos, realizan las intervenciones comprometidas en los plazos establecidos.

b) A nivel de otras instituciones públicas

	No aplica
c)	A nivel de condiciones sociales
	No aplica
d)	A nivel de condiciones económicas
	No aplica
e)	A nivel de condiciones políticas
	No aplica
f)	A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras
	No aplica
V.	OBSERVACIONES EN TORNO A LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA
1.	Observaciones y comentarios en torno a los componentes que produce el programa
	<p>Los componentes definidos por el programa son 2: entrega de recursos financieros adicionales a los Servicios de Salud sujeto a condiciones y sistema de reclamos. Originalmente se había planteado un tercero "programa de difusión", cuya implementación fue postergada para 1998.</p> <p>De esta definición del programa, el componente 1 son los fondos traspasados y los beneficiarios, los servicios de salud a quienes dichos fondos se traspasan. A nuestro juicio, lo más importante es que los Servicios de Salud, con dichos fondos adicionales, financian un conjunto de intervenciones quirúrgicas que benefician directamente a un grupo de usuarios del sistema público de salud, que sin el programa seguirían formando parte del grupo de postergados. Estas son intervenciones quirúrgicas adicionales a la actividad base, ambas realizadas en los plazos comprometidos.</p> <p>El componente 2 es el Sistema de Reclamos que parece de gran interés desde la perspectiva de los usuarios, pero cuya implementación parece poco concretable si no se implementa simultáneamente el programa de difusión postergado en 1997.</p>
2.	Observaciones y comentarios en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento de los componentes del programa.
	<p>Para el Componente 1, los indicadores son porcentaje de los recursos comprometidos, transferidos oportunamente a los Servicios y porcentaje de los convenios con los Servicios, debidamente firmados, los cuales son indicadores adecuados.</p> <p>Lo anterior se correlaciona directamente con el porcentaje realizado del total de intervenciones adicionales comprometidas en los plazos estipulados y con tiempos de espera definidos para el conjunto de intervenciones (actividad base y adicionales).</p> <p>Para el Componente 2, los indicadores son reclamos recibidos y casos resueltos los que podrían ser indicadores adecuados si los usuarios fueran usuarios informados de sus derechos, lo que no es el caso dada la postergación del programa de difusión.</p>
3.	Observaciones y comentarios en torno a las metas que a nivel de componente se ha propuesto el programa.
	<p>Dada la estructura del programa, la meta implica, para el Componente 1, el traspaso del 100% de los recursos comprometidos a fin de operar al 100% de los pacientes diagnosticados incluidos en los convenios en los plazos definidos. Para el Componente 2 la meta implícita es la resolución del 100% de los reclamos recibidos en un plazo razonable (no especificado por la Unidad Ejecutora).</p>
4.	Observaciones y comentarios en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que los componentes del programa se han logrado.

Los informes de los Servicio de Salud y de FONASA constituyen medios de verificación adecuados para constatar el logro de los componentes 1 y 2. Cabe comentar que el desarrollo de un software "ad-hoc" para uso de los servicios, contribuye a la integridad de la información que, a su vez, será el insumo para elaborar el medio de verificación.

5. Observaciones y comentarios en tomo al nivel o grado de cumplimiento de los componentes del programa.

El cumplimiento de los componentes es alto.

Para el Componente 1, traspaso de los fondos, el cumplimiento es de 83%, expresado en porcentaje del monto de recursos comprometidos efectivamente traspasado en 1996 y de 100% en 1997. Como se dejó establecido en el cumplimiento del propósito, con estos recursos adicionales se cumplió el 91,1% en 1996 y el 91,4% en 1997 de las intervenciones quirúrgicas comprometidas.

Para el Componente 2, resolución de los reclamos, el cumplimiento es de 100%, al responderse a los 2 reclamos presentados, meta fácilmente alcanzable dada la ausencia de difusión.

6. Observaciones y comentarios en tomo a los supuestos que deben ocurrir a nivel de componentes para que el programa contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo.

a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras

Los Servicios de Salud cumplen las condiciones establecidas en los Convenios, realizando las intervenciones comprometidas en los plazos convenidos. Para ello FONASA cumple con entregar los recursos oportunamente.

b) A nivel de otras instituciones públicas

No se aplica

c) A nivel de condiciones sociales.

Los pacientes diagnosticados acuden oportunamente a los servicios en que las intervenciones quirúrgicas serán realizadas. Este supuesto se cumplirá mejor cuando la gente esté informada y ejerza sus derechos de acuerdo a lo establecido en el programa de difusión que se implementará en 1998.

d) A nivel de condiciones económicas

Que no existan restricciones de acceso vinculadas a la capacidad económica de las personas.

e) A nivel de condiciones políticas

Que se mantenga la voluntad de generar oportunidades de acceso a la atención quirúrgica

f) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras

Que cuando la oferta pública sea insuficiente, exista una oferta privada y en ese caso que cumpla con las condiciones del convenio

7. Observaciones y comentarios en torno a la presentación del para qué y/o para quiénes se producen los componentes de este Programa

a) Observaciones y comentarios en torno a la caracterización socio-económica de los beneficiarios inicialmente identificados para el Programa

El programa considera como Unidad Ejecutora al FONASA y como beneficiarios del Programa a los Servicios de Salud a los cuales FONASA traspasa recursos adicionales, marcados para resolver patologías quirúrgicas previamente diagnosticadas y acortar las listas de espera. Dado que el beneficiario final son los usuarios del sistema público de salud de los servicios, se asume que ellos pertenecen mayoritariamente a los categorías A y B y, en menor proporción a la categoría C del la Ley 18.469.

Una mayor precisión de esta caracterización podría obtenerse si los instrumentos de registro incluyeran información pertinente. Ello permitiría monitorear los niveles de equidad del componente.

b) Observaciones y comentarios en torno a la presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos

El universo total potencial sería el conjunto de beneficiarios del sistema público de salud, esto es aquellos portadores de patología quirúrgica que aún no han accedido al diagnóstico por las limitaciones de cobertura, fundamentalmente de atención de especialistas, en el primer y segundo nivel del sistema. Parece necesario elaborar un indicador que señale la probabilidad que tiene la población de ser sometida a estas intervenciones, para que fuera manejado como meta posible o al menos como elemento de comparación.

c) Observaciones y comentarios en torno a la identificación del número real de beneficiarios que utiliza este componente producido por el Programa

El número real de beneficiarios se corresponde con el número de pacientes intervenidos. Es difícil precisar si se está alcanzando una cobertura de beneficiarios adecuada ya que, como decíamos, no existe una cifra de referencia que permita hacer comparaciones. Sin embargo, en tanto no mejoren las coberturas, especialmente en cuanto a atención secundaria, del sistema en su conjunto, no se puede precisar el número real de beneficiarios en necesidad de este programa.

d) Observaciones y comentarios en torno a la caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del Programa.

No hay elementos para esa caracterización en los actuales sistemas de registro, aunque se están elaborando instrumentos que incorporan dicha información.

Sin embargo, es dable asumir que los beneficiarios reales corresponden a los grupos socioeconómicos más deprivados. De hecho, de acuerdo a las categorías de la Ley 18.469, son FONASA "A" las personas sin ingreso y beneficiarios de subsidios asistenciales; son FONASA "B" los que perciben un ingreso de hasta \$84.500 y son FONASA "C" aquéllos cuyo ingreso se encuentra entre \$84.501 y \$104.443. (Valores agosto 1998). Estudios con propósitos diferentes a la presente evaluación sugieren que la mayoría de los usuarios del sistema público corresponden a las categorías A y B. Aún incluyendo a los de categoría C, los montos de sus ingresos los hacen absolutamente dependientes del sistema público de salud para enfrentar una patología quirúrgica como las incluidas en el listado del programa.

8. Observaciones y comentarios en torno a los efectos del uso que los beneficiarios hacen de los componentes que entrega el programa.

Los usuarios hacen un uso pasivo del programa, sólo por citación desde los servicios cuando han sido incluidos en una lista de espera, previa confirmación diagnóstica de una patología quirúrgica incluida en el conjunto de prestaciones que forma parte del programa. Ello se debe, principalmente a que el componente "campaña de difusión" no se implementó en 1997. Para los beneficiarios reales el beneficio en salud y calidad de vida que conlleva la resolución de una patología quirúrgica factible de ser realizada en los Servicios de Salud gracias al uso del componente "recursos transferidos" contra acciones realizadas, es de incalculable valor.

B. NIVEL DE GESTIÓN DEL PROGRAMA	
VI. OBSERVACIONES EN TORNO A LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA	
1.	Observaciones y comentarios en torno las actividades que se deben cumplir para completar cada uno de los Componentes del Programa
<p>Las actividades que se deben cumplir para completar los 2 componentes del programa que quedaron una vez excluido el componente "campana de difusión" que se postergó para 1998 están claramente definidas. Destaca la estrecha relación con los Servicios de Salud que permitió consensuar un listado de patologías y tiempos de espera mínimos. Esta estrecha colaboración en el desarrollo de cada actividad ha permitido también un importante grado de flexibilidad, que ha sido reconocido y apreciado por los servicios, en función de acercar las acciones a la gente y a sus necesidades.</p>	
2.	Observaciones en torno a los sistemas de producción de los componentes
a)	Observaciones y comentarios en torno a los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes
<p>Es interesante constatar cómo el programa es un instrumento de descentralización financiera, flexibilización en el uso de recursos y asociación de éstos a resultados. Esta modalidad implica el uso de una herramienta muy potente para mejorar la gestión, cual es asociar financiamiento a resultados. Como se discute posteriormente sería útil considerarla para hacerla extensiva al resto del manejo financiero de FONASA.</p>	
b)	Observaciones y comentarios en torno la organización que se ha dado el Programa para la producción de los componentes
<p>De los documentos analizados por el panel destaca el alto grado de vinculación y coordinación entre FONASA y los Servicios de Salud, apareciendo algún nivel de desvinculación con las unidades técnicas del MINSAL, figurando el programa más como una iniciativa de FONASA vinculada a la reforma financiera que a una prioridad vinculada al nivel de salud de la población.</p>	
c)	Observaciones y comentarios en torno a la estructura de la Gerencia del Programa y de sus responsabilidades
<p>La Gerencia del Programa ha logrado que otros departamentos de la institución se hayan involucrado a la gestión del mismo (control y monitoreo), como también que se haya ido produciendo una descentralización del mismo al incorporarlo en las actividades de los agentes regionales de FONASA. Esta inserción institucional, que se está implementando, determina ciertos problemas propios de la transición que se están superando. Lo que se mantiene totalmente centralizado es la autorización del gasto.</p>	
3.	Observaciones en torno a Instrumentos de gestión del Programa
a)	Observaciones y comentarios en torno a los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del Programa
<p>A fin de facilitar el monitoreo, seguimiento y evaluación del programa se preparó un software ad-hoc (SILE 96), que permitió homogenizar la información que entregaban los servicios y mejorar la oportunidad con que se disponía de la información.</p>	

b) Observaciones y comentarios en torno a los indicadores de gestión e impacto del Programa
<p>La información disponible como indicado de gestión es útil. Para mejorarla sería necesario medir la oportunidad con que se realizaron las intervenciones y también establecer indicadores más finos de calidad (reintervenciones, infecciones, etc).</p> <p>Al panel le parece útil implementar algún indicador de impacto -como el porcentaje de colecistitis agudas operadas de urgencia- así como también implementar un mecanismo más fino para medir satisfacción de usuarios.</p>
VII. OBSERVACIONES EN TORNO A LOS ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS
<p>Se declara un alto cumplimiento del programa lo que justifica el buen nivel de ejecución del gasto. (Se acompaña un cuadro con las intervenciones por servicio).</p>
VIII. OBSERVACIONES EN TORNO A LOS APRENDIZAJES DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y A LAS PROYECCIONES DEL MISMO
1. Observaciones y comentarios en torno a los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del Programa
<p>El programa ha significado un avance importante en los sistemas de registro por parte de los servicios, permitiendo que se asocien actividades con recursos financieros. Esta experiencia positiva estimula a perfeccionar el modelo y a incorporar más variables de manera de conocer oportunamente la caracterización social de los beneficiarios y los niveles de equidad con que opera el programa.</p> <p>El programa se ha centrado en los Servicios de salud, ellos son los clientes reales y se ha cuidado de no establecer mecanismos que puedan poner en riesgo la gestión de éstos (Ej.: postergación para 1998 del programa de difusión.) De hecho FONASA sitúa el Programa al interior de la reforma financiera del sector.</p>
2. Observaciones y comentarios en torno a los reales o potenciales beneficiarios de dicho aprendizaje
<p>El usuario ciudadano mantiene un rol pasivo. En el programa ocupa un objetivo secundario. Del mismo modo, los otros componentes de la red asistencial (especialmente el nivel primario) se han mantenido al margen; es dable imaginar que una brusca mejoría en la capacidad de diagnóstico de las patologías quirúrgicas en este nivel determinaría una verdadera "inundación" de pacientes en necesidad de solución quirúrgica en los servicios hospitalarios.</p>
3. Observaciones y comentarios en torno a la situación sin continuidad del Programa.

En cuanto a la sustentabilidad del programa, ella parece importante de asegurar en un escenario como el actual, ya que se estima que el término de los recursos adicionales que este conlleva determinaría la reaparición de las listas de espera, tal como ocurrió en el 92-93.

Sin embargo, al carecerse de un diagnóstico afinado respecto al origen de las listas de espera (¿falta de recursos, gestión, ineficiencias?) es difícil tener una opinión definitiva en relación a la sustentabilidad del programa. La falta de recursos implicaría un programa permanente, en cambio los problemas de gestión o ineficiencias, una vez superados permitirían incorporar el programa a las actividades y presupuestos regulares adecuadamente monitoreados y probablemente con señales que incentivarán su cumplimiento.

4. Observaciones y comentarios en torno a los posibles retornos del programa (sociales, económicos o políticos, directos o indirectos) que permitan pronosticar la autosustentabilidad del Programa a mediano o largo plazo

El programa se ha centrado en estimular la mejoría en gestión de los servicios de salud, pero simultáneamente ha determinado, desde la perspectiva de los pacientes, un acceso oportuno a prestaciones necesarias. La iniciativa ha sido exitosa, por lo cual la maduración del programa debería avanzar hacia la garantía permanente de acceso a prestaciones determinadas, superando la transitoriedad del programa actual. Para ello es necesario que una redefinición del programa (u otro programa) considere su extensión al ámbito de las consultas de especialidades que es el lugar donde se filtra el acceso al sistema y donde se encuentra las mayores listas de espera.

Parece importante incorporar objetivos de largo plazo que podrían ser retornos netos como, por ejemplo, la información a los usuarios respecto a sus derechos, garantías y comportamiento equitativo del sistema.

A la luz de la experiencia aportada por este programa parece interesante considerar su vinculación a objetivos de gestión de más largo plazo como asociación de recursos con eficiencia y productividad, que podrían traducirse en retornos económicos de importancia.

**MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES**

**PROCESO DE EVALUACIÓN 1998
FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES**

**FORMATO C
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/PROGRAMA	
1	Nombre del Programa/proyecto
Programa de Oportunidad de la Atención y Reducción de Listas de Espera	Código 23
1	En caso de ser Proyecto señalar el programa del cual forma parte o la(s) política(s) a la cual(es) se vincula
1	Ministerio Responsable: Ministerio de Salud
1	Servicio Responsable Fondo Nacional de Salud (FONASA)

8.	<p>Recomendaciones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del Programa se ha logrado.</p> <p>El formulario debería incorporar el concepto de tiempo real de espera, desde la percepción a la resolución del problema, permitiendo monitorear así los niveles de información de los pacientes y las facilidades de acceso.</p>
9.	<p>Conclusiones en torno al nivel o grado de cumplimiento del propósito del Programa.</p> <p>El grado de cumplimiento fue alto pero con una definición que hemos señalado como insuficiente al no incorporar tasas globales de intervenciones, ni una encuesta de satisfacción de usuarios específica para el programa.</p>
10.	<p>Recomendaciones en torno al nivel o grado de cumplimiento del propósito del Programa.</p> <p>Es necesario ampliar conceptualmente el propósito y luego medir su cumplimiento en comparación con estándares de máxima exigencia e instrumentos específicos.</p>
11.	<p>Conclusiones en torno a los supuestos que deben ocurrir para que el Programa contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo, A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras, a nivel de otras instituciones públicas, a nivel de condiciones sociales, a nivel de condiciones económicas, a nivel de condiciones políticas, a nivel de condiciones políticas.</p> <p>Los supuestos actuales se refieren a la capacidad de gestión del servicio principalmente en sus hospitales, sin incorporar la visión de red asistencial y con ello las limitaciones en resolución, acceso, información y recursos tanto de la red como de los usuarios.</p>
12.	<p>Recomendaciones en torno a los supuestos que deben ocurrir para que el Programa contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo, A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras, a nivel de otras instituciones públicas, a nivel de condiciones sociales, a nivel de condiciones económicas, a nivel de condiciones políticas, a nivel de condiciones políticas.</p> <p>Al incorporar en el propósito el concepto de red asistencial, los supuestos serían semejantes a los formulados para el fin del programa.</p>
<p>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA</p>	
1.	<p>Conclusiones en torno a los componentes que produce el Programa.</p> <p>FONASA logra cumplir adecuadamente con la transferencia de recursos convenida con los servicios, sin lograr todavía modificar condiciones estructurales que influyen en una mejor accesibilidad al diagnóstico especializado por parte de los usuarios o un uso más eficiente de los recursos.</p> <p>La postergación del programa de difusión impidió que los usuarios ejercieran su derecho a reclamo.</p>

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO AL PROPÓSITO DEL PROGRAMA	
1.	<p>Conclusiones en torno al propósito planteado por el Programa.</p> <p>El propósito del Programa se logra</p>
2.	<p>Recomendaciones en torno al propósito planteado por el Programa.</p> <p>El propósito del Programa debiera formularse considerando todas las etapas necesarias para acceder a una intervención quirúrgica (concepto de red asistencial) y por lo tanto incorporando los tiempos de espera del nivel primario y consulta de especialidades</p>
3.	<p>Conclusiones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del propósito del Programa.</p> <p>Los indicadores definidos no permiten formarse una idea de los niveles de equidad ni de los tiempos de espera reales desde la aparición del problema hasta su resolución.</p>
4.	<p>Recomendaciones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del propósito del Programa.</p> <p>Debería manejarse la tasa de intervenciones comparada con la mejor del sector público o privado como una forma de medir accesibilidad y además considerar los tiempos de espera desde la presentación del síntoma hasta la intervención quirúrgica correspondiente.</p>
5.	<p>Conclusiones en torno a las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de propósito se ha propuesto el Programa.</p> <p>Las metas se refieren sólo a pacientes comprometidos sin que se conozca realmente si ellos representan al total de pacientes con ese problema</p>
6.	<p>Recomendaciones en torno a las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de propósito se ha propuesto el Programa.</p> <p>Al igual que en la recomendación anterior, debería trabajarse con un estándar de referencia que permitiera estimar la demanda insatisfecha de intervenciones y por lo tanto la población con dificultades de acceso al sistema, construido a partir de la experiencia nacional o internacional.</p>
7.	<p>Conclusiones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del Programa se ha logrado.</p> <p>Los formularios actuales no permiten conocer tiempos reales. La espera de los pacientes diagnosticados es declarada por el servicio respectivo y se desconoce la espera real desde el diagnóstico en el nivel primario.</p>

5. Conclusiones en torno a los Antecedentes que fundamenten la justificación del Proyecto y su continuidad: constitucionales, legales, administrativos y políticas de inversión

Los principales logros del programa se encuentran al interior del sistema de salud (administrativos) ya que se logra que los ejecutores de la política (servicios de salud) mejoren sus niveles de producción; también se cumple el compromiso declarado con los usuarios. Sin embargo la ausencia de diagnóstico y de consideraciones basadas en la eficiencia y equidad impidieron impactar en la igualdad de oportunidades de acceso a la atención de salud.

6. Recomendaciones en torno a los Antecedentes que fundamenten la justificación del Proyecto y su continuidad: constitucionales, legales, administrativos y políticas de inversión

Para impactar en la igualdad de oportunidades de acceso debe trabajarse sobre la base de una estrategia de red asistencial, vinculando a esa estrategia herramientas de gestión como los compromisos con los ejecutores.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LA IDENTIFICACIÓN DEL FIN DEL PROGRAMA / PROYECTO

1. Conclusiones en torno al fin planteado por el Programa

De acuerdo a la información entregada por los proveedores, estimamos que este programa ha contribuido a mejorar la credibilidad y satisfacción de los usuarios del sistema público que lograron intervenir por haber sido diagnosticados oportunamente en los servicios de salud. Sin embargo dada la cobertura del programa, no ha logrado mejorar la opinión que el conjunto de los usuarios tienen del sistema.

2. Recomendaciones en torno al fin planteado por el Programa

Para alcanzar el fin propuesto por el Programa, en el actual escenario jurídico administrativo se requeriría:
Un diseño de programas basados en la estrategia de red asistencial, el trabajo coordinado entre las unidades técnicas del MINSAL y su ente financiero y una estrategia de difusión que explice y promueva el compromiso con los usuarios

3. Conclusiones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del Programa

FONASA define indicadores muy agregados, difícilmente asociables al efecto del Programa.

4. Recomendaciones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del Programa

Los indicadores deberían reflejar la capacidad resolutoria de la red asistencial, detallando en particular la accesibilidad, la equidad del acceso, el uso eficiente de recursos y la satisfacción de los usuarios.

Los indicadores correspondientes deberían acompañar al diseño del programa de manera que éste pudiera ser monitoreado externamente (SEGPRES, DIPRES).

5.	<p>Conclusiones en torno a las metas que a nivel de fin se ha propuesto el Programa</p> <p>No se explicitan las metas</p>
6.	<p>Recomendaciones en torno a las metas que a nivel de fin se ha propuesto el Programa</p> <p>A juicio de los evaluadores las metas deberían fijarse en relación al mejor desempeño observado en el sector público o privado, tanto en tiempos de espera como en uso de recursos y niveles de equidad.</p>
7.	<p>Conclusiones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el fin del Programa se ha logrado</p> <p>Los medios de verificación son demasiado globales para medir el cumplimiento del fin del programa</p>
8.	<p>Recomendaciones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el fin del Programa se ha logrado</p> <p>Deberían desarrollarse medios de verificación más finos.</p>
9.	<p>Conclusiones en torno al nivel o grado de cumplimiento del fin del Programa</p> <p>No se puede establecer al no estar cuantificada la meta.</p>
10.	<p>Recomendaciones en torno al nivel o grado de cumplimiento del fin del Programa</p> <p>Tomar como referencia al mejor en cada área de observación (equidad, eficiencia, satisfacción, espera) y expresar el cumplimiento en relación a ese óptimo.</p>
11.	<p>Conclusiones en torno a los supuestos necesarios para la "sustentabilidad" de los beneficios generados por el Programa: a nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras, a nivel de otras instituciones públicas, a nivel de condiciones sociales, a nivel de condiciones económicas, a nivel de condiciones políticas, a nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras</p> <p>Existe una serie de supuestos que no se cumplen arriesgando la sustentabilidad del programa. No existe coordinación a nivel central del MINSAL; la referencia y contrareferencia de la red se encuentra deteriorada; los usuarios desconocen sus derechos y por último no existe una integración público privada que permita optimizar el uso de recursos.</p>
12.	<p>Recomendaciones en torno a los supuestos necesarios para la "sustentabilidad" de los beneficios generados por el Programa: a nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras, a nivel de otras instituciones públicas, a nivel de condiciones sociales, a nivel de condiciones económicas, a nivel de condiciones políticas, a nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras.</p> <p>Para lograr los fines del programa este debería responder a prioridades del MINSAL, trabajadas en una estrategia de red asistencial, con amplia información y fortalecimiento de la capacidad de control de los usuarios, con amplio acceso a las prestaciones y con posibilidades reales de usar el sector privado frente a limitaciones en la resolución del sistema público.</p>

A. NIVEL DE DISEÑO DEL PROGRAMA / PROYECTO

II. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LA JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO

1. Conclusiones en torno a la Justificación a nivel de políticas públicas

El Programa declara principios que son compatibles con los de una política pública:

Garantizar igualdad de acceso a los beneficiarios
Relevar la necesidad de priorizar la resolución de los problemas de salud
Entregar derechos explícitos a las personas
Asociar financiamiento a resultados de salud
Fortalecer el proceso de separación y complementación de funciones del sector público de salud

En relación a estos principios se pueden formular las siguientes conclusiones:

Igualdad de acceso: se ha argumentado la dificultad de lograrla debido a los problemas estructurales del sector, sin embargo ello no invalida que un instrumento como el diseñado en este Programa, puede por la vía de los incentivos apropiados favorecer una disminución de estos problemas. Esta tarea habría obligado por ejemplo a coordinar e integrar niveles de atención, generando instrumentos de diagnóstico que a futuro fueran de utilidad para extender el programa hacia aquellos niveles de atención que más dificultaran el acceso equitativo de la población a estas atenciones específicas

Priorización: el tener tiempos diferentes para la resolución de los cánceres y de otras intervenciones es una señal correcta de priorización, sin embargo ha existido dificultad para ejecutar esta medida.

Derechos explícitos: se cumplió sólo parcialmente con este principio ya que se postergó la campaña de difusión masiva, que podría haber generado expectativas desmedidas a los usuarios.

Financiamiento a resultados: el instrumento diseñado cumple con este principio, sin embargo no se comprueba que se haya velado por la eficiencia vale decir entregar los servicios al mínimo costo. Este instrumento permite solucionar parcialmente los problemas estructurales planteados quebrando la lógica de asignación existente, para lo que se requiere un diagnóstico de los niveles de eficiencia con que operan los servicios de salud. Más adelante en este documento se muestran antecedentes objetivos que permiten aproximarse al conocimiento de esta realidad.

Un segundo elemento respecto al financiamiento de resultados tiene que ver con el valor de los aranceles que fija FONASA a las intervenciones y su comparación con los existentes en el sector privado. No se contó con antecedentes que permitieran afirmar que el sector público estaba realizando intervenciones a valores inferiores que los privados y que justificaran por lo tanto la no participación de los privados en el Programa.

Fortalecer la separación y complementación: FONASA como ente comprador y representante de los intereses de sus afiliados, no pone condiciones que velen por la eficiencia, equidad y calidad de las intervenciones del Programa.

El Programa fue diseñado con un diagnóstico centrado en la lista de espera, lo que impide conocer si se ha trabajado con la mejor herramienta para solucionar el problema de oportunidad de atención.

Los resultados señalan que no se cuidaron aspectos relevantes de la política pública como son la equidad en el acceso y la eficiencia en el uso de recursos.

2. Recomendaciones en torno a la Justificación a nivel de políticas públicas

Para cada ejercicio presupuestario es necesario actualizar y perfeccionar el diagnóstico de manera de seleccionar las herramientas de intervención más adecuadas y de asignarlas cuidando objetivos básicos de la política social como la equidad en el acceso a prestaciones de salud y la disponibilidad y eficiencia del uso de recursos públicos

Igualdad de acceso: establecer en el contrato la necesidad de contar con un diagnóstico de la demanda insatisfecha, de las intervenciones quirúrgicas consideradas, en la población usuaria del servicio.

Derechos explícitos: es necesario que FONASA actúe como un real defensor de los intereses de sus usuarios, generando una amplia difusión de sus derechos, garantías y mecanismos de reclamo, aunque ello perturbe el trabajo de los servicios de salud.

Financiamiento de resultados: es necesario como condición para realizar cualquier transferencia conocer los niveles de eficiencia con que opera el servicio de salud, los costos reales de sus intervenciones quirúrgicas y el valor que éstas tienen en el mercado privado de la zona.

Complementación: es necesario introducir incentivos que mejoren la complementación de funciones al interior del sistema. FONASA como comprador de intervenciones y representante de sus afiliados debe asegurar el uso eficiente de los recursos y favorecer la eficacia, equidad y calidad de lo que está comprando. Esto contribuye a solucionar varios problemas que FONASA describe como estructurales

3. Conclusiones en torno a la Justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar

Se logró mejorar tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas en pacientes diagnosticados, lo que constituye un éxito en el cumplimiento de objetivos. Sin embargo las encuestas de satisfacción no muestran cambios de opinión lo que se explicaría por dificultades de acceso anteriores al punto que se intentó solucionar.

4. Recomendaciones en torno a la Justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar

Es esencial diseñar programas como este con un enfoque de red asistencial, destinando recursos a cuellos de botella priorizados, cuya solución contribuya al funcionamiento equitativo y eficiente del sistema público de salud.

8.	<p>Recomendaciones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del Programa se ha logrado.</p> <p>El formulario debería incorporar el concepto de tiempo real de espera, desde la percepción a la resolución del problema, permitiendo monitorear así los niveles de información de los pacientes y las facilidades de acceso.</p>
9.	<p>Conclusiones en torno al nivel o grado de cumplimiento del propósito del Programa.</p> <p>El grado de cumplimiento fue alto pero con una definición que hemos señalado como insuficiente al no incorporar tasas globales de intervenciones, ni una encuesta de satisfacción de usuarios específica para el programa.</p>
10.	<p>Recomendaciones en torno al nivel o grado de cumplimiento del propósito del Programa.</p> <p>Es necesario ampliar conceptualmente el propósito y luego medir su cumplimiento en comparación con estándares de máxima exigencia e instrumentos específicos.</p>
11.	<p>Conclusiones en torno a los supuestos que deben ocurrir para que el Programa contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo, A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras, a nivel de otras instituciones públicas, a nivel de condiciones sociales, a nivel de condiciones económicas, a nivel de condiciones políticas, a nivel de condiciones políticas.</p> <p>Los supuestos actuales se refieren a la capacidad de gestión del servicio principalmente en sus hospitales, sin incorporar la visión de red asistencial y con ello las limitaciones en resolución, acceso, información y recursos tanto de la red como de los usuarios.</p>
12.	<p>Recomendaciones en torno a los supuestos que deben ocurrir para que el Programa contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo, A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras, a nivel de otras instituciones públicas, a nivel de condiciones sociales, a nivel de condiciones económicas, a nivel de condiciones políticas, a nivel de condiciones políticas.</p> <p>Al incorporar en el propósito el concepto de red asistencial, los supuestos serían semejantes a los formulados para el fin del programa.</p>
<p>V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA</p>	
1.	<p>Conclusiones en torno a los componentes que produce el Programa.</p> <p>FONASA logra cumplir adecuadamente con la transferencia de recursos convenida con los servicios, sin lograr todavía modificar condiciones estructurales que influyen en una mejor accesibilidad al diagnóstico especializado por parte de los usuarios o un uso más eficiente de los recursos.</p> <p>La postergación del programa de difusión impidió que los usuarios ejercieran su derecho a reclamo.</p>

2.	<p>Recomendaciones en torno a los componentes que produce el Programa.</p> <p>Las transferencias de recursos deben asociarse a incentivos que ayuden a modificar las condiciones estructurales que dificultan el acceso de los usuarios y el uso más eficiente de los recursos.</p> <p>No debe postergarse la difusión de garantías y derechos de los usuarios, por cuidar las eventuales dificultades que puedan presentar los servicios de salud para ejecutar el programa.</p>
3.	<p>Conclusiones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento de los componentes.</p> <p>Los indicadores están bien formulados.</p>
4.	<p>Recomendaciones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento de los componentes</p> <p>Cuidar que se trabaje efectivamente por los usuarios y no por los prestadores.</p>
5.	<p>Conclusiones en torno a las metas que a nivel de los componentes se ha propuesto el programa.</p> <p>Las metas están bien formuladas.</p>
6.	<p>Recomendaciones en torno a las metas que a nivel de los componentes se ha propuesto el programa.</p> <p>Sin observaciones.</p>
7.	<p>Conclusiones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que los componentes del Programa se han logrado.</p> <p>Están bien formulados</p>
8.	<p>Recomendaciones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que los componentes del Programa se han logrado.</p> <p>Los medios de verificación deberían incorporar registros que permitieran conocer si los componentes del programa van influyendo en la superación de los mecanismos estructurales que se asocian a dificultades de acceso de los usuarios y bajas de eficiencia en el uso de recursos en los servicios.</p>
9.	<p>Conclusiones en torno al nivel o grado de cumplimiento de los componentes del Programa</p> <p>No se cumplió con la formulación de reclamos por no haberse desarrollado la campaña de difusión correspondiente.</p>
10.	<p>Recomendaciones en torno al nivel o grado de cumplimiento de los componentes del Programa</p> <p>No deben postergarse aquellos componentes que significan entregar información y capacidad de reclamo a los usuarios.</p>

11. Conclusiones en torno a los supuestos que deben ocurrir a nivel de este componente para que el Programa contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo, a nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras, a nivel de otras instituciones públicas, a nivel de condiciones sociales, a nivel de condiciones económicas, a nivel de condiciones políticas, a nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras.

Un supuesto importante era que los servicios cumplieran con la justificación del programa, garantizando igualdad de **acceso**, priorización de los problemas y **manejo eficiente** de los recursos.

En cuanto al **acceso** se pueden establecer las siguientes tasas del listado de intervenciones quirúrgicas consideradas en el Programa, por Servicio de Salud:

Servicio	Intervenciones por 1000 beneficiarios
Arica	7.56
Iquique	8.18
Antofagasta	7.48
Atacama	3.03
Coquimbo	9.33
San Felipe-Los Andes	4.10
Viña-Quillota	6.90
Valparaíso-San Antonio	8.34
O'Higgins	6.19
Maule	8.85
Ñuble	6.88
Concepción	8.10
Talcahuano	5.54
Arauco	1.26
Bío Bío	5.58
Araucanía Norte	1.00
Araucanía Sur	8.42
Valdivia	7.59
Osorno	5.64
Llanchipal	9.64
Aysén	11.83
Magallanes	8.74
Metropolitanos	9.55
Norte	4.06
Oriente	10.00
Sur Oriente	5.12
Sur	8.13
Occidente	8.14
Central	

Fuente: Datos de Población e intervenciones FONASA
Elaboración por los consultores

Los resultados de esta tabla muestran una gran dispersión en las tasas, lo que implica probablemente diferentes grados de acceso a las intervenciones quirúrgicas, que no se explican por razones epidemiológicas y que requerirían de explicaciones por parte de los organismos técnicos del MINSAL. ¿Cuál es la tasa recomendable?.

Esta realidad se hace más compleja al revisar el comportamiento de las intervenciones quirúrgicas al interior de los servicios y observar que existe una tendencia a concentrar actividades en las capitales regionales, con una importante inequidad hacia el resto de las comunas de la provincia o región, como se puede observar en los estudios de Red Asistencial de Araucanía o Antofagasta.

Tampoco se encuentran medidos los tiempos de espera y el nivel de satisfacción de usuarios por los diferentes servicios de salud.

Un análisis complementario dice relación con la **eficiencia**, esto es la disponibilidad de recursos en los diferentes Servicios y sus niveles de actividad. Para ello se utilizaron los indicadores propuestos por el Colegio Médico (la información se acompaña en anexo). Los resultados se expresan como porcentaje de exceso o déficit, en paréntesis, en relación a la dotación efectiva:

Servicio	% de adecuación con dotación efectiva
Arica	(16.6)
Iquique	13.1
Antofagasta	(16.7)
Atacama	(27.1)
Coquimbo	(34.3)
San Felipe-Los Andes	(8.1)
Viña-Quillota	(11.2)
Valparaíso-San Antonio	4.3
O'Higgins	(50.3)
Maule	(51.0)
Ñuble	(19.2)
Concepción-Arauco	(6.8)
Talcahuano	(5.0)
Bío Bío	(33.5)
Araucanía	(31.0)
Valdivia	(20.2)
Osorno	(9.4)
Llanchipal	(25.8)
Aysén	14.7
Magallanes	14.1
Metropolitanos	
Norte	22.2
Oriente	15.6
Sur Oriente	11.3
Sur	(6.7)
Occidente	(4.9)
Central	20.1

Fuente: Datos de Población e intervenciones FONASA
Elaboración por los consultores

Se puede apreciar que existen diferencias entre los servicios en relación a las actividades que podrían esperarse de acuerdo con su dotación.

12. **Recomendaciones en torno a los supuestos que deben ocurrir a nivel de los componentes para que el Programa contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo, a nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras, a nivel de otras instituciones públicas, a nivel de condiciones sociales, a nivel de condiciones económicas, a nivel de condiciones políticas, a nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras.**

El supuesto principal es la capacidad de ejecución de intervenciones por el servicio de salud, enmarcada en los principios del programa. En este sentido se requiere tener en cuenta la capacidad resolutoria del servicio de salud correspondiente y por lo tanto la accesibilidad en términos amplios. Eso requeriría incorporar incentivos a nivel de componentes que permitieran fortalecer los diferentes niveles de la red asistencial y a sus usuarios.

Otra recomendación dice relación con la necesidad de vigilar la eficiencia en el uso de recursos en las instituciones co ejecutoras de manera de que los recursos adicionales vayan a aquellas que efectivamente tienen esa limitante para aumentar su producción.

13.	Conclusiones y recomendaciones en torno a la Presentación del para qué y/o para quiénes se producen los componentes del Programa
a)	<p>Conclusiones en torno a la caracterización socio-económica de los beneficiarios inicialmente identificados para el Programa</p> <p>Los instrumentos de registro no permiten conocer la caracterización socioeconómica de los usuarios, pero según informaciones de FONASA accederían usuarios de los grupos A y B, los más necesitados en la población usuaria.</p>
b)	<p>Recomendaciones en torno a la caracterización socio-económica de los beneficiarios inicialmente identificados para el Programa</p> <p>Debe contarse con instrumentos que permitan la caracterización socio económica como también la referencia geográfica de manera de cautelar la equidad del Programa.</p>
c)	<p>Conclusiones en torno a la presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos</p> <p>No se cuenta con un estándar que permita estimar la demanda potencial</p>
d)	<p>Recomendaciones en torno a la presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos</p> <p>Debería desarrollarse un estándar de demanda potencial</p>
e)	<p>Conclusiones en torno a la Identificación del número real de beneficiarios que utilizan los componentes producidos por el Programa</p> <p>Una parte de los componentes benefician a los servicios de salud ya que representan transferencias de recursos.</p> <p>La campaña de difusión no realizada debería abarcar a todos los usuarios del sistema público de salud, con la capacidad consiguiente de recepcionar sus reclamos.</p>
f)	<p>Recomendaciones en torno a la identificación del número real de beneficiarios que utiliza este componente producido por el Programa</p> <p>La DINRED del MINSAL ha desarrollado metodologías para estimar la población usuaria del sistema público.</p>
g)	<p>Conclusiones en torno a la caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del Programa.</p> <p>Con los actuales instrumentos de registro se desconoce esta caracterización pero de acuerdo a lo señalado por FONASA serían de los grupos A y B, los más necesitados.</p>

h)	<p>Recomendaciones en torno a la caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del Programa.</p> <p>Habría que identificar también a quienes no pueden acceder al programa ya que probablemente allí se concentre población rural de alta vulnerabilidad.</p>
14.	<p>Conclusiones en torno a los efectos del uso que los beneficiarios hacen de los componentes que entrega el Programa y su contribución al propósito del mismo.</p> <p>Los servicios cumplen con las intervenciones pactadas pero como se señalaba anteriormente sin incentivos para mejorar su eficiencia y equidad.</p> <p>Los usuarios que hacen uso del programa son los que los servicios definen, dejando de lado por ahora cualquier desarrollo de su capacidad de exigir, ya que no se implementó la campaña de difusión.</p>
15.	<p>Recomendaciones en torno a los efectos del uso que los beneficiarios hacen de los componentes que entrega el Programa y su contribución al propósito del mismo.</p> <p>El componente de transferencias debería dotarse de instrumentos que actúen sobre las áreas estructurales de los servicios que generan ineficiencias e inequidades en sus actividades.</p> <p>Debe enfatizarse la carta de garantía de los usuarios, centrando en ellos el énfasis del programa .</p>
16.	<p>Conclusiones en torno al impacto en la población objetivo realmente beneficiada por el Programa</p> <p>No existen elementos de juicio como para verificar impacto.</p>
17.	<p>Recomendaciones en torno al impacto en la población objetivo realmente beneficiada por el Programa</p> <p>Los impactos debieran medirse en el área médica (complicaciones, urgencias, capacidad de pesquisa) como en la satisfacción de usuarios.</p>
B. NIVEL DE GESTIÓN DEL PROGRAMA	
VI. IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA	
1.	<p>Conclusiones en torno a las actividades que se debe cumplir para completar cada uno de los Componentes del Programa</p> <p>Se dio cumplimiento sólo a aquellas actividades que agilizaban la relación de FONASA con los Servicios, postergando todo el fortalecimiento de capacidades de los usuarios.</p>

2.	<p>Recomendaciones en torno a las actividades que se debe cumplir para completar cada uno de los Componentes del Programa</p> <p>Una estrategia de red asistencial implica ampliar el número de actividades, incorporándolas a las definiciones estratégicas de cada servicio.</p>
3.	<p>Conclusiones y recomendaciones en tomo a los sistemas de producción de los componentes</p>
a)	<p>Conclusiones en tomo a los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes</p> <p>Se ha logrado vincular recursos con resultados flexibilizando el uso de recursos y fortaleciendo la descentralización financiera.</p> <p>FONASA postergó a su cliente principal, los usuarios, en beneficio de su cliente histórico, los servicios de salud, porque los primeros no tienen capacidades para influir en sus políticas.</p>
b)	<p>Recomendaciones en tomo a los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes</p> <p>La relación recursos resultados debiera ampliarse progresivamente al presupuesto regular eliminando la necesidad de recurrir a estímulos financieros como este programa.</p> <p>FONASA debería fortalecer la capacidad de sus usuarios para que ellos tuvieran capacidad de influir en su formulación de políticas y prioridades.</p>
c)	<p>Conclusiones en tomo a la organización que se ha dado el Programa para la producción de los componentes</p> <p>El programa aparece como una efectiva asociación entre financiamiento y producción, descuidando su vínculo con prioridades o con conceptos como la equidad y la eficiencia en el uso de recursos, variables manejadas por otras unidades del MINSAL.</p>
d)	<p>Recomendaciones en tomo a la organización que se ha dado el Programa para la producción de los componentes</p> <p>El programa debería corresponder a una política del MINSAL, incorporando en su definición y monitoreo a todas las unidades técnicas. Esto permitiría el fortalecimiento global de los Servicios y no sólo puntualmente de algunos equipos quirúrgicos.</p>
e)	<p>Conclusiones en tomo a la estructura de la Gerencia del Programa y de sus responsabilidades</p> <p>La gerencia del Programa ha desarrollado actividades que exceden su responsabilidad como ente financiero, principalmente por la ausencia de otras unidades del MINSAL..</p>
f)	<p>Recomendaciones en tomo a la estructura de la Gerencia del Programa y de sus responsabilidades</p> <p>La gerencia debería contar con asesoría de la unidades técnicas del MINSAL y continuar además en su tarea de descentralización de actividades como monitoreo y presencia regional.</p>

4.	Conclusiones y recomendaciones en torno a los instrumentos de gestión del Programa
a)	<p>Conclusiones en torno a los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del Programa</p> <p>El Programa ha influido positivamente en las capacidades de los Servicios para registrar, asociar recursos con resultados y aumentar sus niveles de producción. Se ha carecido sin embargo de una visión más amplia que incorpore el concepto de red asistencial, de eficiencia en el uso de recursos disponibles y de evaluaciones de impacto en el nivel de salud.</p>
b)	<p>Recomendaciones en torno a los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del Programa</p> <p>El monitoreo debería incorporar una visión global de la capacidad de resolución quirúrgica del servicio en las patologías definidas (concepto de red), la capacidad de evaluar el impacto en el nivel de salud (Complicaciones, pesquisa precoz) y la satisfacción de la población en términos de acceso, espera y calidad de atención.</p> <p>Una segunda mirada debería preocuparse de la eficiencia del proceso buscando perfeccionar el uso del contrato o convenio como herramienta para mejorar la gestión de los servicios de salud.</p>
c)	<p>Conclusiones en torno a los indicadores de gestión e impacto del Programa</p> <p>No se han desarrollado indicadores en esta área</p>
d)	<p>Recomendaciones en torno a los indicadores de gestión e impacto del Programa</p> <p>Los indicadores de gestión deberían incorporarse al presupuesto regular incentivando la eficiencia en el uso de recursos. Debería vigilarse también la equidad en el acceso, los cuellos de botella en la resolución quirúrgica de la red y la calidad de los componentes (oportunidad, complicaciones, reingresos). El impacto en el nivel de salud a través de la capacidad de pesquisa y prevención de complicaciones, con los costos asociados. Por último desarrollar indicadores para la satisfacción de los usuarios en aspectos como espera, trato, calidad de atención.</p>

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

1. Conclusiones respecto a la eficiencia del Programa (realizar análisis de costo histórico 94-98 de los componentes producidos por el Programa y compararlos con los otros proyectos públicos o privados similares).

En primer lugar es necesario conocer la necesidad real de recursos adicionales, conociendo la eficiencia en el uso de los recursos regulares.

Sería recomendable contar con información de los precios de mercado y del mínimo precio con que está operando el sistema público o privado.

En relación a las observaciones formuladas por la DIPRES:

El énfasis de la DIPRES por exigir un desglose de los gastos de administración del programa aporta poca información. En la medida en que el Programa forma parte de las actividades normales de FONASA los costos asociados a la administración debieran estar incluidos en su presupuesto normal.

Previo a conocer la estructura de gastos del Programa, la DIPRES debiera responder si efectivamente se requieren recursos adicionales en los servicios de salud para que ellos reduzcan la demanda insatisfecha de intervenciones. De acuerdo a nuestros cálculos (Formato B) varios servicios, particularmente en la Región Metropolitana, tienen una dotación médica superior a la dotación que justifica sus niveles de actividad.

En segundo lugar si se constata la existencia de algún recurso restrictivo que justifique la entrega de recursos financieros adicionales, la lógica de operación de este programa, que vincula recursos con resultados, indica que es poco razonable imponer centralizadamente criterios de prorrateo de gastos entre diferentes sub ítems, ya que atentaría contra el gran incentivo que implica la flexibilidad presupuestaria que acompaña a este aporte.

Este programa es un primer paso en la vía de introducir una mayor competencia en el sector y generar capacidades de gestión en los servicios. Desde esta perspectiva el Programa exige un cambio en la administración financiera, desde un esquema de presupuestos históricos administrados globalmente hacia presupuestos en que se asocia un precio a determinado conjunto de intervenciones.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS APRENDIZAJES DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y A LAS PROYECCIONES DEL MISMO

1. Conclusiones en torno a los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del Programa

El Programa enseña que es posible lograr resultados cuando se asocia entrega de recursos a metas en un ambiente de progresiva flexibilidad y descentralización presupuestaria.

Otra enseñanza es que entregar la definición de un programa a un ente financiador sin la cooperación de las unidades técnicas del MINSAL restringe el ámbito de acción del Programa con riesgo en sus niveles de equidad y uso eficiente de recursos disponibles.

2.	<p>Recomendaciones en torno a los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del Programa</p> <p>La principal lección es que es necesario vincular la entrega de recursos con resultados esperados y que a ello deben agregarse elementos estratégicos de la política de salud como la equidad y la satisfacción de los usuarios y la concordancia con las prioridades de salud.</p>
3.	<p>Conclusiones en torno a los reales o potenciales beneficiarios que deja dicho aprendizaje</p> <p>Hasta ahora el programa ha tenido un impacto restringido al área financiera y a determinados equipos clínicos de un hospital, sin incorporar al resto del MINSAL, Servicios, usuarios ni sector privado.</p>
4.	<p>Recomendaciones en torno a los reales o potenciales beneficiarios que deja dicho aprendizaje</p> <p>Se ha mostrado la potencia como herramienta de gestión de la vinculación del manejo presupuestario con objetivos de salud. Es necesario asociar a esta herramienta los objetivos estratégicos del Servicio en un ambiente de usuarios conocedores y exigentes de sus garantías y derechos y una participación del sector privado que optimice el uso de recursos.</p>
5.	<p>Conclusiones en torno a la situación sin continuidad del Programa.</p> <p>En el actual escenario el Programa se descontinuaría ya que la herramienta financiera no ha actuado sobre los vicios estructurales de los servicios de salud. Por otra parte no se contaría con la reacción de los usuarios ya que ellos no fueron involucrados en el programa.</p>
6.	<p>Recomendaciones en torno a la situación sin continuidad del Programa.</p> <p>Se pueden alcanzar resultados semejantes si se logra que los presupuestos históricos se trabajen con flexibilidad creciente y asociándolos a resultados, sumando a ello usuarios concientes de sus garantías.</p>
7.	<p>Conclusiones en torno a los posibles retornos del Programa (sociales, económicos o políticos, directos o indirectos), que permitan pronosticar la auto sustentabilidad del Programa a mediano o largo plazo</p> <p>En el actual escenario el programa no es auto sustentable</p>
8.	<p>Recomendaciones en torno a los posibles retornos del Programa (sociales, económicos o políticos, directos o indirectos), que permitan pronosticar la autosustentabilidad del Programa a mediano o largo plazo</p> <p>Para la auto sustentabilidad se requieren herramientas de gestión presupuestaria como las descritas; Servicios que piensen en términos de red asistencial; sistemas de evaluación de impacto y usuarios concientes y con capacidad para exigir sus garantías.</p>

IX. SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES PRIORIZADAS	
A. En torno al diseño del Programa (en relación a la eficacia y eficiencia del Programa)	
1.	<p>Perfeccionar el diagnóstico Conocer cómo se distribuyen las necesidades de las personas en relación a la demanda por intervenciones quirúrgicas del programa, a fin de considerar el principio de equidad en el acceso a éstas.</p> <p>Conocer la eficiencia en el uso de los recursos regulares enfatizando la búsqueda de recursos restrictivos o limitantes.</p>
2.	Es necesario hacer un diseño colaborativo entre las diversas dependencias del MINSAL que tome en cuenta las prioridades de salud, el comportamiento de la red asistencial y las eficiencia financiera de los servicios de salud, de modo de optimizar la acción de herramientas financieras como las de este programa para ir resolviendo cuellos de botella estructurales en los servicios de salud.
3.	Es necesario incorporar un enfoque de red asistencial que contemple la igualdad de oportunidades de todos los usuarios en el acceso a las intervenciones quirúrgicas del programa.
4.	Es necesario perfeccionar el diseño de sistemas de monitoreo y evaluación con indicadores y medios de verificación detallados que permitan conocer los niveles de equidad, calidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios con que está operando el Programa.
5.	Es necesario priorizar el diseño de un plan de difusión de derechos ciudadanos y mecanismos de control social en relación a este programa.
6.	Por último es necesario diseñar indicadores de impacto del programa en el nivel de salud: pesquisa precoz de patologías, prevención de complicaciones y beneficios sociales asociados.
B. En torno a la gestión del Programa (en relación a la eficacia y eficiencia del Programa)	
1.	El Programa se justifica como instrumento de gestión en la medida en que progresivamente se vayan vinculando los recursos regulares de los servicios de salud a los resultados esperados.
2.	Probablemente incentivos como la flexibilidad presupuestaria sean suficientes para alcanzar objetivos como los del programa sin necesidad de recurrir a recursos adicionales.
3.	El arancel definido para este programa debiera promover la competencia o reflejar el mínimo costo y de esta manera garantizar el máximo de eficiencia en el uso de recursos. Es probable que en lugares de alta competencia no sea necesario fijar el valor y en los otros recurrir a mecanismos de "benchmarking" para establecerlo.
4.	Los recursos del programa debieran asociarse con necesidad de los usuarios
5.	El sistema de monitoreo y evaluación debería contribuir al rediseño permanente del programa.
6.	Dada la influencia de las herramientas financieras en la capacidad de respuesta de los servicios, es necesario incorporar incentivos a la gestión del nivel de especialidades y el nivel primario (la capacidad resolutive del sistema público) favoreciendo con ello la igualdad de oportunidades en el acceso para todos los beneficiarios.

X. REFERENCIAS

1. Señalar los documentos en base a los cuales se llevó a cabo el análisis.

- Información entregada por FONASA en carpeta original.
- Índice de actividades totales por Servicio en último quinquenio.
- Disponibilidad de recursos humanos por Servicio en 1997.
- Población beneficiaria de los Servicios de Salud.
- Evaluación del POA 1997.
- Satisfacción de usuarios FONASA. Adimark Marzo - Abril 1998.

2. Señalar nombres de las personas entrevistadas, instituciones y fecha de las entrevistas.

- 03/06/98 La primera reunión con el equipo completo, a la que asisten también las Coordinadoras del Ministerio de Hacienda, María Teresa Hamuy y Yasmin Soto Oyarzún.
- 05/06/98 Entrevista con Cecilia Jarpa.
- 03/07/98 Reunión con Informantes Calificados.
- 08/07/98 Segunda reunión con contraparte y María Teresa Hamuy.
- 21/07/98 Tercera reunión: carmen Celedón y contraparte.
- 05/08/98 Reunión ampliada con FONASA (Director Nacional, equipo de contraparte y otros ejecutivos), representante de la DIPRES, Yasmin Soto O., y metodóloga, para analizar el informe preliminar final.
- 07/08/98 Reunión en DIPRES con Yasmin Soto y la metodóloga Sra. Ximena Montenegro.

PROGRAMA OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE LOS PACIENTES 1997
CUMPLIMIENTO GLOBAL POR SERVICIO DE SALUD
ACTIVIDAD REALIZADA AL 31 DE DICIEMBRE.

SERVICIO SALUD	ACT. COMPROMETIDA		ACT. TOTAL COMPROM.	ACT. TOTAL REALIZADA	CUMPLIM. %
	BASE	ADICIONAL			
ARICA	699	65	764	88	11.52%
IQUIQUE	456	138	594	472	79.46%
ANTOFAGASTA	1,172	167	1,339	1,037	77.45%
ATACAMA	399	32	431	536	100.00%
COQUIMBO	2,310	533	2,843	2,747	96.62%
VALPO-SN ANTONIO	2,299	115	2,414	2,594	100.00%
VINA-QUILLOTA	2,822	360	3,182	3,800	100.00%
LIB. B O'HIGGINS	2,475	290	2,765	2,515	90.96%
MAULE	3,603	872	4,475	4,562	100.00%
NUBLE	1,173	339	1,512	2,092	100.00%
CONCEPCION	2,678	133	2,811	2,211	78.66%
ARAUCO		56	56	29	51.79%
BIO-BIO	1,362	75	1,437	1,586	100.00%
ARAUCANIA S	1,740	890	2,630	2,221	84.45%
ARAUCANIA N	101	21	122	118	96.72%
VALDIVIA	1,287	244	1,531	1,802	100.00%
OSORNO	716	105	821	857	100.00%
LLANCHIPAL	1,508	461	1,969	2,196	100.00%
AYSEN	541	75	616	240	38.96%
MAGALLANES	366	166	532	471	88.53%
M. ORIENTE	1,302	195	1,497	1,796	100.00%
M. CENTRAL	1,616	386	2,002	2,225	100.00%
M. SUR	2,124	455	2,579	3,470	100.00%
M. NORTE	1,431	886	2,317	2,178	94.00%
M. OCCIDENTE	3,097	1,211	4,308	3,902	90.58%
M. SUR ORIENTE	2,429	1,140	3,569	3,325	93.16%
TOTAL	39,706	9,410	49,116	49,070	92.44%

CALCULO DE HORAS MEDICAS SEMANALES REQUERIDAS POR SERVICIO EN 1996 DE ACUERDO A ESTANDARES COLEGIO MEDICO

SERVICIO	Atención abierta	Egresos Hospitalar.	Atención cerrada	Cirugía Mayor	Cirugía Menor	Adminis- tración	Perfeccio- namiento	TOTAL HRAS ESTIMADAS	TOTAL HRAS. CONTRATADAS	Déficit o Suph.	Porcentaje sobre dotación efectiva
ARICA	1.025	833	548	1.445	134	233	171	4.950	3.764	-626	-16,6%
IQUIQUE	744	828	725	867	105	309	199	3.796	4.370	574	13,1%
ANTOFAGASTA	1.960	1.955	1.028	2.276	308	408	324	8.307	7.118	-1.189	-16,7%
ATACAMA	1.687	1.175	509	1.299	298	217	192	5.378	4.233	-1.145	-27,1%
COQUIMBO	3.452	2.752	1.202	4.033	333	512	430	12.714	9.464	-3.250	-34,3%
VALPSO.-SAN ANTONIO	3.191	2.628	2.099	3.455	217	895	622	13.105	13.688	583	4,3%
VIÑA-QUILLOTA	4.076	3.608	2.383	5.513	464	1.015	727	17.766	15.989	-1.797	-11,2%
SAN FELIPE-LOS ANDES	1.597	1.314	802	1.601	151	342	255	8.060	5.606	-454	-8,1%
MET. NORTE	4.656	2.447	3.357	3.381	439	1.430	975	18.685	21.439	4.754	22,2%
MET. OCCIDENTE	6.980	3.693	3.186	7.183	584	1.358	1.041	24.026	22.911	-1.115	-4,9%
MET. CENTRAL	3.147	2.478	3.463	4.631	285	1.488	937	16.460	20.611	4.151	20,1%
MET. ORIENTE	4.984	3.239	3.649	4.534	583	1.555	1.055	19.578	23.207	3.629	15,6%
MET. SUR	6.518	4.061	2.935	5.503	1.372	1.251	963	22.605	21.195	-1.410	-8,7%
MET. SURORIENTE	4.883	2.747	2.588	3.375	306	1.103	810	15.811	17.621	2.010	11,3%
O'HIGGINS	4.379	3.110	1.145	5.009	602	488	459	15.191	10.105	-5.086	-50,3%
MAULE	5.484	4.599	1.563	5.888	1.268	666	604	20.051	13.280	-6.771	-51,0%
ÑUBLE	2.951	2.478	1.121	2.546	241	478	389	10.202	8.567	-1.645	-19,2%
COCEPC.-ARAUCO	5.101	4.041	2.627	5.307	443	1.119	829	19.467	18.235	-1.232	-8,8%
TALCAHUANO	1.784	1.631	957	1.647	173	408	299	6.899	6.588	-331	-5,0%
BIO-BIO	2.408	1.962	679	1.953	195	269	264	7.750	5.804	-1.946	-33,5%
ARAUCANIA	5.715	5.096	2.283	6.984	618	973	779	22.450	17.131	-5.319	-31,0%
VALDIVIA	2.392	2.548	1.209	2.320	773	515	384	10.139	8.438	-1.701	-20,2%
OSORNO	1.782	1.208	745	1.327	395	318	250	6.025	5.509	-516	-9,4%
LLANCHIPAL	2.915	2.431	1.221	3.539	311	520	410	11.348	9.021	-2.327	-25,8%
AYSEN	899	593	522	541	58	223	160	2.995	3.510	515	14,7%
MAGALLANES	955	737	623	661	47	265	185	3.494	4.069	575	14,1%
TOTAL PAIS	85.643	64.187	43.200	86.860	10.703	18.409	13.711	322.713	301.643	-21.070	-7,0%

Fuente: Elaboración Propia en Base a Informe Colegio Médico y Ministerio de Salud.

48

ESTANDARES DE ATENCION MEDICA DE ACUERDO A ... ORME DEL COLEGIO MEDICO E INFORMACION MINSAL

ESTANDARES	Atención	Atención	Egresos	Intervenciones quirúrgicas		Administración	Perfeccionamiento
	Abierta	Cerrada	Hospitalarios	Mayores	Menores		
Prestaciones por Hora	4						
Semanas hábiles anuales	47	47					
20% de las horas disponibles		0,2					
Días promedio por egreso 96*		3	5,8				
Horas médicas por intervención				10	0,75		
Horas semanales						3,75	
Horas semanales							2

* Calculado en base a información MINSAL.

DATOS BASICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD 1996.

SERVICIO	Hrs. Médicas Contratadas	Atenciones Médicas	Egresos Hospitalarios	Intervenciones Quirúrgicas 1996		
	1996	1996	1996	TOTAL	C. MAYOR	C. MENOR
ARICA	3.764	184.412	13.996	15.202	6.796	8.406
IQUIQUE	4.370	133.881	13.908	10.725	4.171	6.554
ANTOFAGASTA	7.118	356.419	32.852	29.864	10.669	19.195
ATACAMA	4.233	303.599	19.745	24.793	6.107	18.686
COQUIMBO	9.464	621.371	46.233	39.807	18.955	20.852
VALPSO.-SAN ANTONIO	13.688	574.327	44.116	29.850	16.239	13.611
VIÑA-QUILLOTA	15.989	733.699	60.628	55.009	25.911	29.098
SAN FELIPE-LOS ANDES	5.806	287.482	22.070	18.060	7.523	9.437
MET.NORTE	21.439	838.091	41.110	43.411	15.893	27.518
MET.OCCIDENTE	22.911	1.256.475	62.058	70.387	33.759	36.628
MET.CENTRAL	20.611	568.533	41.637	39.648	21.788	17.860
MET.ORIENTE	23.207	893.431	54.419	57.854	21.310	36.544
MET.SUR	21.195	1.173.192	68.237	111.874	25.868	86.008
MET.SURORIENTE	17.821	878.833	46.152	35.023	15.862	19.161
O'HIGGINS	10.105	788.151	52.255	61.244	23.540	37.704
MAULE	13.280	983.471	77.269	107.128	27.873	79.455
ÑUBLE	8.557	531.245	41.609	27.056	11.964	15.092
CONCEPC.-ARAUCO	18.235	918.091	67.891	52.732	24.944	27.788
TALCAHUANO	8.568	321.166	27.400	18.609	7.742	10.867
BIO-BIO	6.804	433.397	32.952	21.426	9.177	12.249
ARAUCANIA	17.131	1.028.712	85.654	71.555	32.827	38.728
VALDIVIA	8.438	430.548	42.784	59.335	10.902	48.433
OSORNO	5.509	320.713	20.295	30.963	8.239	24.724
LLANCHIPAL	9.021	524.739	40.845	36.147	18.632	19.515
AYSEN	3.510	161.811	9.963	6.173	2.543	3.630
MAGALLANES	4.069	171.875	12.390	6.166	3.202	2.964
TOTAL PAIS	301.643	15.415.774	1.078.478	1.078.941	408.244	670.697

Fuente: Ministerio de Salud.

49

COMENTARIOS Y
OBSERVACIONES AL INFORME FINAL
DE EVALUACION POR PARTE DE LA
INSTITUCION RESPONSABLE

AGOSTO 1998



REPÚBLICA DE CHILE
DPTO. CONTROL DE GESTIÓN
GABINETE MINISTRO

MEMO.: IQ N° 132

ANT.: Of. N° 382 del 13/03/98 DIPRES.
C 608/98 del 27/08/98 DIPRES.

MAT. : Remite comentarios al Informe Final del Programa "Oportunidad de la Atención y Reducción de Listas de Espera".

Santiago, 14 de Septiembre de 1998.-

DE: SR. ALAN MRUGALSKI M.
JEFE DEPTO. CONTROL DE GESTIÓN
GABINETE MINISTRO. MINISTERIO DE SALUD

A: SR. RAMÓN FIGUEROA G.
SUBDIRECTOR DE RACIONALIZACIÓN Y FUNCIÓN PÚBLICA
DIRECCION DE PRESUPUESTO. MINISTERIO DE HACIENDA

Cumplo con remitir a Ud., los comentarios y observaciones al Informe Final del "Programa Oportunidad de la Atención y Reducción de Listas de Espera".

Agradeciendo desde ya su atención, se despide atentamente.



ALAN MRUGALSKI MEISER
Jefe Depto. Control de Gestión
Gabinete Ministro

C.C.

- Sr. Pablo Ortiz. Jefe Gabinete Sr. Ministro.
- Dr. Hernán Monasterio. Jefe Gabinete Sr. Subsecretario.
- Sra. Maria Teresa Hamuy. Jefa Unidad Evaluación Prog. Gubernamentales

VLH/psc



MEMORÁNDUM 2A/N° 73 /

ANT.: MEMO 1Q N°131 del 09/09/98
DEPTO. CONTROL DE GESTIÓN
MINSAL.

MAT.: OBSERVACIONES INFORME
FINAL.

URGENTE

SANTIAGO, '15 SEP 1998

**DE: DIRECTOR
FONDO NACIONAL DE SALUD**

**A: SR. ALAN MRUGALSKI M.
JEFE DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTIÓN
MINISTERIO DE SALUD**

Adjunto envío a Ud. observaciones al Documento final emitido por el Panel de Evaluación del POA. Al respecto, me permito puntualizar lo siguiente:

- 1.El Fondo no comparte las opiniones vertidas por los panelistas en sus conclusiones y comentarios, dado que aparentemente, la información disponible no fue considerada para un análisis más objetivo.
- 2.Es necesario tener presente que el POA es un programa de Atención Cerrada y su evaluación debe ser en ese contexto.
- 3.Los resultados obtenidos a la fecha dan cuenta de un avance importante en términos de uso de los recursos asignados y cumplimiento de las actividades programadas por parte de los Servicios de Salud, entre otros beneficios que se pueden demostrar en la síntesis de evaluación, preparada por el Fondo.

Por las razones anteriormente expuestas, se ha elaborado el documento adjunto, con información precisa y detallada de los objetivos, estrategia y resultados que desde el punto de vista del FONDO no fueron considerados en el informe del Panel.

Le saluda atentamente,


DIRECTOR SR. RONY LENZ ALCAYAGA
DIRECTOR
FONDO NACIONAL DE SALUD

DISTRIBUCIÓN

Depto. Control de Gestión MINSAL

Archivo Unidad de Estudios y C. de Gestión FONASA

GFP/mpl.

OBSERVACIONES AL INFORME FINAL DEL PROGRAMA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ELABORADO POR EL PANEL EVALUADOR

Respecto a las conclusiones y recomendaciones emitidas por el panel evaluador en el formato C de su informe final, reiteramos nuestra opinión respecto a las conclusiones centrales del panel a partir de los objetivos iniciales clarificados en documentos anteriores.

- 1. La equidad en el acceso** está dada por el hecho que a toda persona que tiene un diagnóstico ya prescrito se le resolverá el problema dentro de los plazos estipulados en el programa, sin consideraciones demográficas ni de ingreso o ubicación geográfica. De esta manera la equidad se entiende en su sentido mas amplio de "igualdad de oportunidad de acceso a igualdad de necesidades", donde las necesidades son las intervenciones quirúrgicas ya diagnosticadas. Esto no permite tener tasas iguales por región ya que está condicionado por las restricciones de oferta y de demanda diagnosticada.
- 2. La eficiencia en el uso de los recursos.** En el marco del programa, los recursos han sido eficientemente utilizados, ya que estos fueron traducidos a prestaciones cuantificables y medibles. El diseño del programa se enmarca en las dificultades que detectaban los oferentes para resolver el problema de las esperas en cirugía electiva, previamente diagnosticada y en la necesidad de buscar una herramienta efectiva, que ligue actividad a financiamiento y de esa manera dar resolución al problema detectado. Los recursos adicionales involucrados en el programa forman parte de la expansión normal del presupuesto del sector, esta vez dirigido a resolver un determinado número de actividades y condicionados al cumplimiento de estas actividades bajo determinadas características de acceso. Si no se hubiese implementado este programa, estos recursos hubieran sido igualmente transferidos a los Servicios de Salud, a través de sus presupuestos históricos y sin condiciones.
- 3. Respecto a la optimización de la red asistencial,** creemos necesario reiterar que el objetivo del programa no fue ni será el de mejorar u optimizar la red asistencial. El programa se diseñó y se implementa a partir del diagnóstico de una red asistencial insuficiente y como una manera de dar respuesta a las necesidades de los usuarios, resolviendo, en una primera instancia, las dificultades o cuellos de botella encontradas en el nivel terciario. Desde esta perspectiva el objetivo del programa se cumple cabalmente.
- 4. Interacción Público - Privada.** Esta es una de las mas reiteradas por el panel evaluador. El programa fue concebido entregando la responsabilidad y el riesgo del mismo a los ejecutores del programa, es decir a los Servicios de Salud; en este contexto, son los Servicios de Salud quienes deben dar solución a los pacientes - debidamente diagnosticados - en espera de intervención quirúrgica. Esta solución la pueden dar a través de su propia dotación o comprando servicios a terceros - tanto públicos como privados - en caso de que su capacidad de resolución sea limitada.

5. Explicitación de los Derechos de los Beneficiarios. Un requisito fundamental para el buen funcionamiento de este programa es el "Control Social" generado a partir de la explicitación de los derechos de los beneficiarios. Para ello es necesario fortalecer la difusión de las condiciones de acceso y garantías que asegura el Programa. Actualmente FONASA ha impulsado la firma de un Compromiso con el Beneficiario donde se explicitan determinados derechos y obligaciones de sus beneficiarios, entre otros el derecho de recibir una oportuna atención de salud para un conjunto de patologías quirúrgicas. De igual modo, en dicho compromiso, FONASA se compromete a promover la firma de la Carta de Derechos del Paciente por parte de los prestadores.

A continuación emitimos nuestra opinión en relación a cada uno de los puntos divergentes emitidos en el formato C.

A. NIVEL DE DISEÑO DEL PROGRAMA/PROYECTOS

II. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LA JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO

1. Conclusiones en torno a la justificación a nivel de políticas pública

Igualdad de acceso

Está dada por el hecho que a toda persona que tiene un diagnóstico ya prescrito se le resolverá el problema dentro de los plazos estipulados en el programa, sin consideraciones demográficas ni de ingreso o ubicación geográfica. De esta manera la equidad se entiende en su sentido mas amplio de "igualdad de oportunidad de acceso a igualdad de necesidades", donde las necesidades son las intervenciones quirúrgicas ya diagnosticadas. Esto no permite tener tasas iguales por región ya que está condicionado por las restricciones de oferta y de demanda diagnosticada.

Derechos Explícitos

Con la implementación de este programa estamos dando respuesta a una necesidad real de nuestros beneficiarios en el marco de la equidad ante igualdad de necesidades: todo paciente debidamente diagnosticado tiene igual acceso a resolver su problema, independiente del tipo de beneficiario que se trate (A, B, C y D) y de la ubicación geográfica de éstos.

La participación está dada a nivel del diagnóstico del problema donde la opinión del usuario del sistema público de salud es coincidente con la opinión de los prestadores. Adicionalmente, la participación se manifiesta a través del control social, control que en una primera fase no se implementó con una campaña masiva de información, por cuanto se consideró que era necesario un período marcha blanca para constatar que efectivamente se estaba cumpliendo cabalmente con el período garantizado de tres meses. A partir del mes de abril del presente año se explicitó en la firma de los Compromisos con Nuestros beneficiarios y con la implementación de un sistema de reclamos a nivel de agencias y tesorías de Fonasa.

Financiamiento a Resultados

En el marco del programa, los recursos han sido eficientemente utilizados, ya que estos fueron traducidos a prestaciones cuantificables y medibles. El diseño del programa se enmarca en las dificultades que detectaban los oferentes para resolver el problema de las esperas en cirugía electiva, previamente diagnosticada y en la necesidad de buscar una herramienta efectiva, que ligue actividad a financiamiento y de esa manera dar resolución al problema detectado. Los recursos adicionales involucrados en el programa forman parte de la expansión normal del presupuesto del sector, esta vez dirigido a resolver un determinado número de actividades y condicionados al cumplimiento de estas actividades bajo determinadas características de acceso. Si no se hubiese implementado este programa, estos recursos hubieran sido igualmente transferidos a los Servicios de Salud, a través de sus presupuestos históricos y sin condiciones.

El instrumento utilizado corresponde al Pago Asociado a Diagnóstico (PAD). Este instrumento implica estandarizar y valorizar el conjunto de prestaciones requeridas para la resolución de una determinada patología, con el fin de compartir riesgo con el prestador. La definición y estandarización de las prestaciones incluidas en las canastas se realizó en base a revisión de fichas clínicas y opinión de expertos; la valorización se efectuó a partir de estudios de costos específicos y su valor fue comparado con el precio de oferentes privados, tales como: Hospital Clínico José Joaquín Aguirre, Hospital del Trabajador, Hospital Clínico de la Universidad Católica y Hospital Alemán de Valparaíso, entre otros.

Fortalecer la Separación y Complementación

De acuerdo a lo señalado en los puntos anteriores FONASA ha salvaguardado la equidad en el acceso y la equidad en el uso de los recursos.

3. Conclusiones en torno a la justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar

Las encuestas de satisfacción del usuario relevan fundamentalmente como problema el acceso a las consultas de medicina general y de urgencia y en mucho menor escala a la resolución de intervenciones quirúrgicas. A nuestro parecer es fundamental relevar los logros del programa en cuanto a su objetivo específico. En relación a este tema, la última encuesta entrega un 60,7 % de satisfacción usuaria respecto de la cobertura y acceso en la hospitalización y 68% de satisfacción para los tiempos de espera en hospitalización.

5. Conclusiones en torno a los antecedentes que fundamentan la justificación del Proyecto y su continuidad: constitucionales, legales, administrativos y políticas de inversión

Tal como lo señaláramos en las observaciones emitidas al primer informe de avance, el diagnóstico a partir del cual se diseñó el programa fueron las listas de espera existentes en los diferentes Servicios de Salud del país, los tiempos de espera de resolución de las patologías más frecuentes y la manifestación de parte de los usuarios de la existencia del problema de acceso. Estos datos se obtuvieron a partir de la información de los propios Servicios de Salud y de encuestas realizadas por Fonasa.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LA IDENTIFICACIÓN DEL FIN DEL PROGRAMA/PROYECTO

3. Conclusiones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del Programa

Los indicadores establecidos son las encuestas y las estadísticas Fonasa. Las encuestas de Fonasa han estado dirigidas a la satisfacción usuaria respecto a la hospitalización y las intervenciones quirúrgicas y de estas el 44% corresponden a las incluidas en el programa.

11. Conclusiones en torno a los supuestos necesarios para la “sustentabilidad” de los beneficios generados por el Programa: a nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras, a nivel de otras instituciones públicas, a nivel de condiciones sociales, a nivel de condiciones económicas, a nivel de condiciones políticas, a nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras

El diseño y la implementación del programa tuvieron la coordinación necesaria. Posteriormente la coordinación se dio con el ente ejecutor del programa, que eran los Servicios de Salud. Estos se relacionan, para todos los efectos del cumplimiento de sus compromisos de gestión, entre ellos el Programa Oportunidad en la Atención, con las respectivas unidades del Minsal.

Respecto al desconocimiento de los derechos de los usuarios, esto se analizó anteriormente cuando hacemos referencia al Compromisos con Nuestros Beneficiarios.

Respecto a la integración pública privada, en el marco de la descentralización, los Servicios de Salud tienen la facultad de comprar al sector privado, toda vez que su capacidad resolutoria esté limitada. Sin embargo, es resorte de los propios Servicios de Salud dar resolución a su demanda insatisfecha a través de los mecanismos que ellos estimen conveniente.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO AL PROPÓSITO DEL PROGRAMA

2 - 6

Reiteramos lo señalado en párrafos anteriores: el propósito del programa es "los pacientes ~~beneficiarios de Fonasa tienen acceso oportuno~~ a un determinado número de intervenciones quirúrgicas debidamente diagnosticadas". La estimación de la demanda quirúrgica no resuelta se obtuvo de la información entregada por los propios Servicios de Salud los cuales estimaron esta demanda en base a sus listas de espera, más allá de su capacidad resolutive.

7. Conclusiones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del Programa se ha logrado

Los tiempos de espera para la resolución quirúrgica se obtiene a partir de los registros donde se señala la fechas de indicación e intervención quirúrgica. Como se ha señalado, el Programa no se plantea conocer los tiempos de espera en las etapas anteriores al diagnóstico.

9. Conclusiones en torno al nivel o grado de cumplimiento del propósito del Programa

El grado de cumplimiento del programa está dado por las intervenciones efectivamente realizadas en tiempos menores de tres meses, a beneficiarios de FONASA debidamente acreditados.

11. Conclusiones en torno a los supuestos que deben ocurrir para que el Programa contribuya significativamente al logro del propósito del mismo: a nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras, a nivel de otras instituciones públicas, a nivel de condiciones sociales, a nivel de condiciones económicas, a nivel de condiciones políticas, a nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras

Los recursos son asignados prospectivamente en base a la demanda no resuelta existente en cada Servicio de Salud, asumiendo éstos la responsabilidad y el riesgo del cumplimiento del Programa para el total de su demanda, pudiendo realizarlo a través de recursos de su dotación, de compra de servicios a terceros, a Servicios de Salud vecinos que disponen de capacidad resolutive por sobre su oferta y que ofrecen cupos, debiendo cautelar la satisfacción usuaria y la calidad técnica de la prestación. Asimismo, en la eventualidad que el programa no pueda ser desarrollado en los establecimientos de Sistema Nacional de Servicios de Salud, los Servicios podrán comprar servicios a establecimientos que no pertenezcan al SNSS, comprometiéndose a asegurar la calidad técnica de la resolución de las prestaciones.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA

11. Conclusiones en torno a los supuestos que deben ocurrir a nivel de este componente para que el Programa contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo: a nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras, a nivel de otras instituciones públicas, a nivel de condiciones sociales, a nivel de condiciones económicas, a nivel de condiciones políticas, a nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras

En relación a los tiempos de espera, se han obtenido los tiempos promedios, mínimos y máximos de espera por Servicios de Salud y patologías.

El análisis de eficiencia en el uso de los recursos humanos planteados por el panel no considera las dificultades derivadas de la alta interdependencia entre los distintos profesionales que intervienen desde el diagnóstico hasta la resolución quirúrgica. Por ejemplo, la ausencia del anestesista paraliza el accionar del resto del equipo quirúrgico disminuyendo la actividad y por lo tanto provocando una aparente sobredotación de recursos humanos.

13. Conclusiones y recomendaciones en torno a la presentación del para qué y/o para quiénes se produce los componentes del programa

La caracterización de los usuarios se desprende del registro utilizado ya que el RUT permite, a través de la base de beneficiarios identificar plenamente a los usuarios del programa. Es así como hemos obtenido los porcentajes de uso por grupo de ingresos, sexo y edad, entre otros.

B. NIVEL DE GESTIÓN DEL PROGRAMA

VI. IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

Las observaciones del panel evaluador de este ítem han sido respondidas ampliamente en los ítems anteriores y en las observaciones al informe preliminar final.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS APRENDIZAJES DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y A LAS PROYECCIONES DEL MISMO

Las observaciones del panel evaluador de este ítem han sido respondidas ampliamente en los ítems anteriores y en las observaciones al informe preliminar final.

EVALUACIÓN PROGRAMA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN

I. Porque un Programa de Oportunidad en la Atención

En general las personas del Sector Público muestran un alto grado de satisfacción respecto de la calidad de las atenciones que reciben cuando logran acceder a las atenciones de salud que requieren, sin embargo el grado de insatisfacción es muy elevado cuando las personas no logran acceder al Sistema. Es así como las encuestas a beneficiarios del Sistema han revelado como uno de los principales problemas los tiempos de acceso a las intervenciones quirúrgicas.

Encuesta	Porcentaje de Personas que califican de muy elevado los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas
CERC año 1994	44%
TIME año 1996	40%

Lo anterior, refleja que uno de las principales tareas del Sector Público de Salud es la disminución de los tiempos de espera en la atención de los pacientes, brindando una oportuna resolución a sus problemas de salud.

Asimismo, al analizar los tiempos y listas de espera que reportaban los Servicios de Salud, es claro que el problema percibido por los usuarios era objetivamente un aspecto a tratar. Así por ejemplo, es posible observar que para las patologías abordadas por el programa era frecuente tiempos de espera superiores a seis meses, con listas que superaban largamente su capacidad de resolución, tal como se puede apreciar en los ejemplos de las siguientes tablas :

Tabla N° 1
Tiempos Promedios de Espera en Intervenciones Quirúrgicas

PATOLOGIAS QUIRURGICAS	M. sur oriente	Ñuble	Concepción	Magallanes
	(Meses)	(Meses)	(Meses)	(Meses)
Colelitiasis	9	9	3	9
Hernia inguinal (infantil)	9	3	6	3
Hernia inguinal (adulto)	9	9	3	9
Hernia abdominal	9	9	3	6
Enf. de amígdalas y patol. adenoides	7	9	3	12
Otitis media crónica	6	6	3	6
Hiperplasia próstata	9	3	3	3
Fimosis	9	3	9	3
Criptorquidea	6	3	3	3
Cataratas	6	3	9	3
Várices de los miembros inferiores , trat. quir	9	9	3	12
Hemorroides	9	9	3	9
Prolapso genital	12	12	3	3
Mioma uterino	12	3	3	3
Artrosis de cadera	12	3	6	3
Fisura palatina, trat. quir.	6	3	3	
Tumor benigno de mama	9	3	3	3
Pié Bot, trat. quir. completo	12	3	3	
Escoliosis			6	
Retiro material de osteosíntesis	12	3	3	3
Secuela quemadura (cirugía reparadora) nif	6	3	6	3
Secuela quemadura (cirugía reparadora) ad	9	9	3	3
Fractura de cadera sin prótesis	3	3	3	3
Fractura de cadera con prótesis	6	3	3	3
Tumor maligno del cuello del útero	9	3	3	3
Tumor maligno del testículo	3	3	3	3
Tumor maligno de la próstata	3	3	3	3
Estrabismo y otros trastornos de la movilidad	3	3	9	3
Úlcera gástrica complicada	3	9	3	3
Úlcera duodenal complicada	3	9	3	3

Fuente : Elaboración FONASA a partir de información de los Servicios de Salud.

Tabla N° 2

Listas de Espera Intervenciones Quirúrgicas por Servicios de Salud

PATOLOGIAS QUIRURGICAS	Coquimbo	O'Higgins	Maule	Nuble	Concepción
Colelitiasis menor de 65 a	156	127	175	24	128
Colelitiasis mayor de 65 a	68	15	2	43	19
Hernia inguinal simple (sin especificar)	109	77			
Hernia inguinal simple infantil		38	213		
Hernia inguinal simple (adulto)		100		58	345
Hernia inguinal complicada	48	5	1	15	1
Hernia abd., umbil. o incision simple	25	76	26		414
Hernia abd., umbil. o incision complicada	15	2			43
Enf. crónica amigd. y patol. adenoid.s/esp.		110	50		
Enf. crónica amigd. y patol. adenoid. unica	81		4	92	121
Enf. crónica amigd. y patol. adenoid. varias	67	70		37	68
Otitis media crónica	105		13		56
Hiperplasia próstata menor 65 a.	5	46	20	39	
Hiperplasia próstata mayor 65 a.	18	91	4	15	
Fimosis	12	252	38	15	
Criptorquidia	19	101	45	2	64
Cataratas	148	123	131	25	169
Várices de miembros inf. simples	24	77	53		5
Várices de miembros inf. complicadas	15	2			3
Prolapso uterino	3	27		23	2
Mioma uterino	3	19		41	92
Artrosis de cadera	15	5	3		20
Fisura palatina	1		31		18
Tumor benigno de mama	35	5	2		2
Fractura pié bot			13		2
Fractura huesos bajos					25
Displasia cadera		12	15	3	12
Cirugía Ortopédica sin especificar	23	21		68	43
Escoliosis					
Retiro de material de osteosíntesis	15	4	4		30
Secuela quemadura (cirugía reparadora)	16	3	46		21
Secuela quemadura (cirugía rep.) niño					
Secuela quemadura (cirugía rep.) adultos					
Fractura cadera sin prótesis		4			6
Fractura cadera con prótesis		3	46		1

Fuente : Ministerio de Salud

En general, al observar las listas de espera de todos los Servicios de Salud en su conjunto, fue posible apreciar que las principales patologías que presentaban listas de espera eran las siguientes :

Patología	Cantidad
Hernias	6.975
Colelitiasis	3.889
Amígdalas y Adenoides	2.755
Criptorquidea	2.373
Hiperplasia de Próstata	1.714

Además, se incluye en esta lista por su característica de necesidad de abordar el problema en forma inmediata o con un muy bajo tiempo de espera los Cánceres de Mama y Cervicouterino, toda vez que este tipo de patología requiere una oportunidad inmediata por sus consecuencias.

Junto con lo anterior, es posible apreciar que los Servicios de Salud no poseen identificadas plenamente sus listas de espera, ya que no llevan un registro acabado respecto de los pacientes diagnosticado para sus intervenciones quirúrgicas, además de que los recursos financieros que reciben los Servicios no se encuentran asociados directamente a la identificación de las personas y sus patologías, por lo que no se lleva un control preciso a partir del rut de los pacientes.

II . Objetivos del Programa

El objetivo del programa era asegurar un acceso oportuno a once patologías que presentaban que se basaban en las listas y tiempos de espera señalados anteriormente. De esta manera, se decidió realizar un Programa que garantizara la resolución oportuna de los problemas de intervenciones quirúrgicas, cambiando el enfoque tradicional de resolución de listas de espera que se había llevado hasta esa fecha, en el cual se basaba en aumentos de actividad de los Servicios de Salud, sin considerar la resolución efectiva y oportuna de las patologías. Con ello, se vuelca la mirada hacia la satisfacción de los usuarios, en concordancia con las políticas impulsadas por el Supremo Gobierno y por ende el Ministerio de Salud.

Las once patologías seleccionadas para tales efectos fueron :

- Colelitiasis mayor de 65 años
- Colelitiasis menor 65 años
- Criptorquidea
- Hernia Abdominal (inguinal, incisional y umbilical) infantil
- Hernia Abdominal (inguinal, incisional y umbilical) adulto
- Hiperplasia de la Próstata mayor 65 años
- Hiperplasia Próstata menor 65 años
- Prolapso Uterino mayor 65 años
- Cáncer Preinvasor de Cuello Uterino
tratamiento ambulatorio

- **Cáncer Invasor de Cuello Uterino**
tratamiento quirúrgico radical y seguimiento
- **Cáncer de Mama**

La selección de garantizar la resolución de las patologías en tiempos menores de tres meses y uno para los cánceres, se realizó basado en la capacidad que se tenía para resolver los problemas, así como también en la evidencia empírica internacional de algunos países que han transitado a la utilización de esta herramienta como mecanismo de garantía de derechos para algunas intervenciones quirúrgicas. En especial, se puede observar los casos de países tales como :

País	Tiempos Garantizados
Reino Unido	A lo más 18 meses
Nueva Zelanda	6 a 12 meses
España	6 a 8 meses

La selección de las once patologías, estuvo basada en reuniones sostenidas con los encargados de la política de salud ministerial, en la cual se resolvió que en una primera etapa se debía resolver los problemas acumulados de listas de espera de intervenciones quirúrgicas electivas de manera de estar dando cuenta de los problemas actuales de salud de la población. Asimismo, a partir de las prioridades de salud que reflejan los problemas emergentes de la población producto de la transición epidemiológica y etárea a la cual se ha visto sujeto el país, se decidió la incorporación de patologías tales como el Cáncer.

Junto con lo anterior, el análisis de las once patologías a incluir refleja la capacidad de resolver este tipo de problemas a nivel nacional, con lo cual se debió analizar la capacidad de oferta que existía en todo el país para garantizar los derechos de las personas definidos en tiempos máximos de espera.

Esta innovadora herramienta pretende entregarle a la población un instrumento objetivo para ejercer derechos de acceso a atenciones de salud, realizando un efectivo control social sobre las instituciones públicas de salud.

III. Estrategia Aplicada para la Implementación del Programa

El programa fue diseñado para ser implementado en una fase de atención cerrada terciaria del Sistema de Salud, para lo cual la definición básica fue de resolver los problemas una vez que los pacientes estuvieran diagnosticados y preparados para someterse a las intervenciones quirúrgicas. En este sentido, no se pretende resolver el problema de acceso en los otros niveles de atención, en los cuales las estrategias son distintas, y que pueden ir siendo implementadas en el tiempos.

Para el año 1997 se fijaron para la resolución integral de las 11 patologías los siguientes precios :

Patología	Precio Canasta en \$
Colelitiasis mayor de 65 años	396.591
Colelitiasis menor de 65 años	333.810
Criptorquidea	194.230
Hernia Abdominal infantil	153.290
Hernia Abdominal adulto	153.290
Hiperplasia de próstata mayor de 65 años	399.445
Hiperplasia de próstata menor de 65 años	391.820
Prolapso uterino mayor de 65 años	321.583
Cáncer preinvasor cuello uterino	45.570
Cáncer invasor cuello uterino	849.970
Cáncer de la mama	359.460

Los recursos se asignan de manera prospectiva en base a la demanda no resuelta existente en cada Servicio de Salud, asumiendo éstos la responsabilidad y el riesgo del cumplimiento del Programa para el total de su demanda revelada, pudiendo realizarlo a través de recursos de su dotación, de compra de servicios a terceros, a Servicios de Salud vecinos que disponen de capacidad resolutoria por sobre su oferta y que ofrecen cupos, debiendo cautelar la satisfacción usuaria y la calidad técnica de la prestación.

Asimismo, en la eventualidad que el programa no pueda ser desarrollado en los establecimientos de Sistema Nacional de Servicios de Salud, los Servicios pueden comprar servicios a establecimientos que no pertenezcan al SNSS, comprometiéndose a asegurar la calidad técnica de la resolución de las prestaciones.

Lo anterior se realiza a través de un proceso de negociación el que se materializa en la firma de un convenio entre los Servicios de Salud y el Fondo Nacional de Salud, donde se explicita la actividad comprometida, los precios de resolución de la patología, los recursos asociados y sus reliquidaciones correspondientes y las condiciones de satisfacción usuaria.

Al definir el Programa como la resolución de la totalidad de la demanda por dichas patologías, los recursos asociados a ella provienen por una parte de la actividad histórica que realizan los Servicios de Salud, así como también de recursos adicionales necesarios de incorporar para los aumentos de actividad que resuelvan efectivamente las todas las patologías en los plazos contemplados en el programa.

Para el control y monitoreo del Programa se diseñaron sistemas de información que permiten resguardar y cautelar el cumplimiento de la actividad y las condiciones de satisfacción establecidas en el convenio, es decir los tiempos de resolución de las patologías. Además se cautela que los recursos sean utilizados exclusivamente en los beneficiarios del Sistema Público

descontando aquellas prestaciones efectuadas a usuarios de otros sistemas previsionales de salud, a través de la implementación de un sistema de registro de los pacientes intervenidos que contempla nombre de la persona y su rut, información que es contrastada con las bases de beneficiarios con que cuenta el Fondo Nacional de Salud.

En cuanto a la equidad del programa, dado que se cautela la resolución de la totalidad de la demanda, independientemente de la ubicación geográfica de las personas, así como también de su condición socioeconómica, el programa cumple con un principio de equidad básico, que es que a igualdad de necesidades (es decir una vez que se cuenta con el diagnóstico) todos los beneficiarios tienen el derecho a acceder a la resolución de su patología en los plazos estipulados.

IV. Resultados del Programa

La evaluación del programa al 31 de diciembre de 1997 arroja un cumplimiento neto de la actividad comprometida por los diferentes Servicios de Salud de un 92%, con un total de 49.070 intervenciones realizadas, tal como se aprecia en la tabla N° 3.

A nivel de Servicios de Salud, es posible observar que 12 Servicios de Salud cumplieron el 100% de su compromiso (actividad base más actividad adicional) e incluso superaron sus metas. La actividad realizada por estos Servicios corresponde a un total de 27.516 intervenciones quirúrgicas. Se debe señalar que la actividad comprometida por éstos representa alrededor de un 49% del total de intervenciones comprometidas en todo el programa.

Los Servicios de Salud con menor porcentaje de cumplimiento, corresponde a los Servicios de Aysen y Arauco, con 39% y 52%, respectivamente. Sin embargo, se debe considerar que en el caso de Aysén se está en presencia de una localidad que por su característica geográfica hace más difícil resolver los problemas, dado que es más complicada la interacción con otros Servicios de Salud o con el Sector privado de manera de complementar su capacidad resolutoria ante la inexistencia de especialistas o insuficiencia del equipamiento necesario. En el caso de Arauco, el problema radica en ser un Servicio de Salud de reciente creación, el cual no posee los niveles de información y de complejidad necesarios para una adecuada operación del programa. Respecto de los otros Servicios que no alcanzaron sus metas se encuentran entre el 70% y el 95% de cumplimiento, el cual es más que adecuado para el primer año de funcionamiento del programa.

TABLA N° 3

SERVICIO SALUD	ACTIVIDAD COMPROMETIDA		ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	CUMPLIM.
	BASE	ADICIONAL	TOTAL COMPROM.	TOTAL REALIZADA	%
ARICA (*)	699	65	764	700	92%
IQUIQUE	456	138	594	472	79.5%
ANTOFAGASTA	1,172	167	1,339	1,037	77.5%
ATACAMA	399	32	431	536	100.0%
COQUIMBO	2,310	533	2,843	2,747	96.6%
VALPO-SN.ANTONIO	2,299	115	2,414	2,594	100.0%
VIÑA-QUILLOTA	2,822	360	3,182	3,800	100.0%
LIB.B.O'HIGGINS	2,475	290	2,765	2,515	91.0%
MAULE	3,603	872	4,475	4,562	100.0%
ÑUBLE	1,173	339	1,512	2,092	100.0%
CONCEPCIÓN	2,678	133	2,811	2,211	78.7%
ARAUCO	-	56	56	29	51.8%
BIO-BIO	1,362	75	1,437	1,586	100.0%
ARAUCANÍA S	1,740	890	2,630	2,221	84.5%
ARAUCANÍA N	101	21	122	118	96.7%
VALDIVIA	1,287	244	1,531	1,802	100.0%
OSORNO	716	105	821	857	100.0%
LLANCHIPAL	1,508	461	1,969	2,196	100.0%
AYSEN	541	75	616	240	39.0%
MAGALLANES	366	166	532	471	88.5%
M.ORIENTE	1,302	195	1,497	1,796	100.0%
M.CENTRAL	1,616	386	2,002	2,225	100.0%
M.SUR	2,124	455	2,579	3,470	100.0%
M.NORTE	1,431	886	2,317	2,178	94.0%
M.OCCIDENTE	3,097	1,211	4,308	3,902	90.6%
M.SUR ORIENTE	2,429	1,140	3,569	3,325	93.2%
TOTAL	39,706	9,410	49,116	49,070	92.4%

(*) Cifra preliminar sujeta a revisión, por lo que no se considera en la evaluación.

Respecto de los resultados por patología, en la tabla N° 4 se observa que las intervenciones realizadas por Colelitiasis, Hernia Abdominal, Hiperplasia de Próstata y Cáncer Invasor del Cuello Uterino, superaron la cantidad comprometida. La actividad realizada en estas patologías representa un 41%, 37%, 9% y 1% del total de la actividad realizada, respectivamente.

TABLA N° 4

PATOLOGÍAS	ACT. BASE COMPROM.	ACT. ADIC. COMPROM.	ACT. TOTAL COMPROM.	ACT. REALIZADA
COLELITIASIS MAYOR Y MENOR 65 AÑOS	15.789	3.200	18.989	20.109
CRIPTORQUIDEA	2.167	767	2.934	2.326
HERNIA ABDOMINAL INFANTIL Y ADULTO	14.274	3.618	17.892	17.943
HIPER. PRÓSTATA MAYOR Y MENOR 65 AÑOS	2.915	1.287	4.202	4.231
PROLAPSO UTERINO MAYOR 65 AÑOS	701	153	854	737
CA. PREINVASOR CUELLO UTERINO TRAT. AMB.	2.568	209	2.777	2.196
CA. INVASOR CUELLO UTERINO TRAT. QUIR.	255	31	286	449
CA. MAMA TRAT. QUIR.	1.037	145	1.182	1.079
TOTAL	39.706	9.410	49.116	49.070

En cuanto a los tiempos promedios comprometidos es posible observar que dichos tiempos se ajustaron en general a los estipulados en el programa, aún cuando para algunos casos específicos éstos se superaron, debido a factores tales como el mal dimensionamiento de la capacidad de resolución, aparición de demanda oculta o subestimación de la demanda, así como también por problemas propios de la puesta en marcha de un modelo nuevo de funcionamiento y garantías de derechos.

En cuanto al esfuerzo económico que significó el financiamiento de la actividad adicional comprometida por los Servicios de Salud, este alcanzó a MM\$2.476, lo que significó un incremento de 9.410 prestaciones. Estos recursos adicionales, permitieron cautelar los tiempos de espera de la actividad base de los Servicios de salud en estas patologías lo que en términos de recursos alcanza a MM\$10.448, para un total de 39.706 patologías resueltas. En resumen el programa permitió la resolución de 49.070 con un costo total de MM\$12.924, tal como se aprecia en la siguiente tabla :

Actividad	Cantidad	Recursos en MMS
Base	39.706	10.448
Adicional	9.410	2.476
Total	49.070	12.924

Con todo, en el primer año del programa se presentaron aislados reclamos por efecto de incumplimiento de los plazos establecidos, los cuales fueron debidamente solucionados. En este sentido, es importante señalar que al ser una experiencia novedosa y dado la poca y feble información con que se contaba, la difusión a usuarios de este programa no se planteó

en un primer momento como masiva, más allá de los anuncios realizados, contándose a la fecha con una campaña de difusión en proceso de implementación.

Respecto de la satisfacción de los usuarios del Programa de Oportunidad en la Atención en una encuesta realizada en la Región Metropolitana y la Quinta Región se logró observar que en su primer año el programa de oportunidad en la atención dió cumplimiento a un 77% de los beneficiarios en los tiempos estipulados de resolución de su patología a través de la intervención quirúrgica. En cuanto al 23% al que no se le dió cumplimiento del tiempo estipulado, un 10% se debió a la existencia de otra patología al momento en que debía realizarse la intervención, y el 13% restante fue debido a la falta de los recursos clínicos necesarios para ello. Sin embargo, cabe señalar que esas personas aún fuera de los tiempos estipulados se le dió solución al problema que presentaban, tal como se puede apreciar en la tabla N° 5.

Tabla N° 5

Encuesta Satisfacción Usuarios Programa de Oportunidad en la Atención

Calificación	Porcentaje de Personas	Razones de no Operación en Tiempos Estipulados
Cumplimiento de los plazos	77%	
No cumplimiento de Plazos	23%	<ul style="list-style-type: none">• 10% por presentar otras enfermedades al momento de la intervención.• 13% por falta de recursos para operación (cama o médicos)

V. CONCLUSIONES

- insuficiente*
- a) Los principales logros del Programa fue la disminución de las listas de espera existentes en los distintos Servicios de Salud, lo que se tradujo en un aumento de la actividad en un 24% a nivel nacional. De igual modo este aumento de actividad fue acompañado de una disminución de los tiempos de espera de los pacientes debidamente diagnosticados.
 - b) Se ha garantizado la igualdad en el acceso a estas prestaciones de salud de todos los pacientes que las requerían, independiente de su ubicación geográfica en el territorio nacional.
 - c) Dado que el programa exige la identificación de los pacientes beneficiados, se observa una mejora notable en los sistemas de información de los Servicios de Salud, lo que conlleva evitar la existencia de un subsidio cruzado a otros seguros de salud. Además, esto ha permitido a los distintos Servicios de Salud gestionar de una manera más eficiente los recursos involucrados en el programa.

d) El programa ha permitido con un esfuerzo de recursos adicionales de MM\$2.476 cautelar los tiempos máximos de espera para la resolución de 49.070 patologías por un valor total de MM\$12.924.

mayorale

e) Sin embargo, dado que el programa sólo garantiza tiempos de espera para la resolución quirúrgica una vez que el paciente ha sido debidamente diagnosticado, es necesario resolver las listas de espera existente en los niveles de diagnóstico y consulta de especialidad, para lo cual el programa debe extenderse al nivel secundario de atención de salud (Consultorio Adosado de Especialidades y/o Centro Diagnóstico Terapéutico). Lo anterior requiere del diseño y recursos financieros para implementar un programa complementario que permita garantizar tiempos de espera desde el nivel secundario.

mayorale

f) De igual modo, un requisito fundamental para el buen funcionamiento de este programa es el "Control Social" generado a partir de la explicitación de los derechos de los beneficiarios. Para ello es necesario fortalecer la difusión de las condiciones de acceso y garantías que asegura el Programa.

mayorale

g) Finalmente, esta experiencia refleja la capacidad que se tiene para poder ir en forma paulatina y sostenida de ir garantizando la efectiva resolución de los problemas de salud de las personas, a través de ir interviniendo en los distintos niveles de atención, como forma de entregarle derechos a las personas que reflejen el accionar de las instituciones públicas al servicio de sus necesidades.