



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
Dirección de Presupuestos

SÍNTESIS EJECUTIVA

**PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

MINISTERIO DE SALUD

**ELABORADA POR LA DIRECCIÓN DE
PRESUPUESTOS**

AGOSTO 2005



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
Dirección de Presupuestos

INFORME DE SÍNTESIS¹ EVALUACIÓN EN PROFUNDIDAD DE PROGRAMAS PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

I. Descripción de los Programas

El Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) surge en 1990, en el marco de una definición política del Ministerio de Salud (MINSAL) orientada a dar prioridad a la estrategia de atención primaria. En sus inicios (1990-1994), el objetivo fue resolver los problemas más urgentes de acceso, capacidad resolutive y cobertura asistencial. A partir de 1994-1995 el PRAPS adquiere el carácter de “Área de Gestión”, respondiendo a la tarea de diseñar y probar nuevas tecnologías orientadas a las iniciativas locales.

La definición de los componentes del programa obedece a una evaluación de la atención primaria en el país, que detectó áreas en las que era indispensable reforzar acciones de salud. Los seis componentes evaluados corresponden a los que estaban en operación el año 2003: Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (en adelante Fondo de Incentivo), Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos (en adelante Odontológico), Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (en adelante IRA), Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (en adelante ERA), Componente Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de los Problemas Respiratorios en los Niños y Adultos (en adelante Apoyo Diagnóstico), Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia (en adelante SAPU).

A continuación se presenta un cuadro con las principales características de los 6 componentes evaluados:

¹ Este informe de síntesis ha sido elaborado por la Dirección de Presupuestos en base al informe final de la evaluación en Profundidad al Programa de Reforzamiento de Atención Primaria de Salud, realizada por el Departamento de Economía la facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Chile. La evaluación de Impacto fue realizada por dicha Universidad en el marco del Programa de Evaluación de la DIPRES. El contenido del informe final aprobado cumple con lo establecido en los Términos de Referencia y Bases Administrativas que reglamentan el proceso de evaluación en Profundidad. Al ser una evaluación externa los juicios contenidos en el informe son de responsabilidad de la institución evaluadora y no necesariamente representan la visión de la DIPRES.

Nombre del Programa	Objetivo / Resultados Esperados	Población Potencial	Población Objetivo
Componente Fondo de Incentivos	Fortalecer el logro de metas asociadas fundamentalmente a objetivos de mejoramiento de gestión estimulando financieramente a los equipos de salud del nivel primario de atención a que, mediante el desarrollo de determinadas estrategias y/o actividades, alcancen las metas propuestas. El componente cubre 4 líneas de acción: Sectorización; Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS); Sistema de registro y gestión de listas de espera; Alta Odontológica Total en niños de 6 y 12 años ¹ . Las transferencias que el fondo realiza se realizan en dos etapas: un 30% como pre-incentivo para la implementación de las metas, y el 70% restante como incentivo para el mejoramiento del entorno laboral, una vez cumplidas las metas. La entrega del pre-incentivo y del incentivo se realiza según los convenios firmados entre los Servicios de Salud y los municipios (de acuerdo al tipo de dependencia).	La Población Potencial varía según línea de acción: a) Registro y gestión de listas de espera; OIRS; Sectorización: Toda la Población beneficiaria del sistema público de salud ² . b) Alta odontológica total en niños: Niños de 6 y 12 años beneficiarios del sistema público a nivel nacional.	La Población Objetivo varía según línea de acción: a) Registro y gestión de listas de espera; OIRS; Sectorización: Población potencial perteneciente a comunas en las que se imparte el programa. b) Alta odontológica total en niños: Proporción de la población potencial según el número establecido (meta) de altas odontológicas que deben cumplir las comunas para optar al incentivo.
Componente Odontológico	El componente Odontológico consta de dos periodos, por lo que los objetivos deben ser descritos antes/después de 2002: a) 1995-2001: Aumentar la capacidad económica de las mujeres jefas de hogar y de escasos recursos, mejorar la calidad de vida de los integrantes de sus hogares y avanzar en la superación de	Corresponde a los requerimientos de focalización: a) 1995-2001: Mujeres, jefas de hogar, menores de 55 años en condición de pobreza y beneficiarias del sistema público de salud. b) 2002-2003: Mujeres y hombres mayores de 17	Proporción de la población potencial a nivel comunal según número de altas integrales que el componente definió como meta para cada comuna en cada uno de dos periodos.

¹ La Sectorización es la subdivisión de un área, de acuerdo a ciertos criterios, en particular geográficos, para obtener unidades territoriales más pequeñas que presenten características semejantes. Las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) pretenden entregar orientación a los usuarios y mecanismos claros y expeditos para acoger sus inquietudes y sugerencias. El sistema de registro y gestión de listas de espera persigue dimensionar la demanda de interconsultas, ordenarla según prioridades y gestionarla de manera adecuada en la red asistencial. El Alta Odontológica Total en niños de 6 y 12 años ofrece a este grupo etáreo los siguientes servicios: acciones educativas; acciones preventivas, según factores de riesgo; y/o acciones recuperativas, según daño.

² Esto es dado que cualquier persona que asiste a los consultorios que tienen implementadas estas líneas de acción, puede beneficiarse de ellas. El Sistema público de Salud consiste en los beneficiarios de FONASA más personas indigentes, aún cuando no estén inscritos en el grupo A de FONASA.

	la discriminación que las afecta ³ . b) 2002-2003: Recuperar integralmente la salud bucal de las mujeres y hombres de escasos recursos ⁴ , jefes de hogar y trabajadores temporeros, y enfatizar acciones educativas de promoción y prevención en salud bucal para contribuir a mejorar su situación en salud y calidad de vida individual y familiar.	y menores de 56 años, jefes de hogar, beneficiarios del sistema público de salud, en condición de pobreza, y con bajo nivel de escolaridad.	
Componente IRA	Entregar una resolución integral de las enfermedades respiratorias del niño en los establecimientos de Atención Primaria, y su oportuna derivación a especialistas en los casos que lo requiera ⁵ .	Población menor de 20 años beneficiaria del Sistema Público de Salud.	Población potencial de las comunas que cuentan con la presencia del componente. El componente prioriza la atención de niños menores de 1 año.
Componente ERA	Reducir la mortalidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile, para mejorar su calidad de vida ⁶ .	Población mayor de 20 años beneficiaria del Sistema Público de Salud.	Población potencial de las comunas que cuentan con la presencia del componente. El componente prioriza la atención de adultos mayores.
Componente Apoyo Diagnóstico	Contribuir al aumento de la resolutivez en el nivel primario de atención, mediante la incorporación de la radiografía simple de tórax ⁷ .	Beneficiarios del sistema público de salud ⁸ .	Beneficiarios de la atención primaria, en las comunas con presencia del componente, que presenta un riesgo superior al umbral definido a nivel central ⁹ .
Componente SAPU	Mejorar la accesibilidad y la capacidad resolutivez del nivel primario de atención para atender las demandas de	La población potencial del componente se define como la población beneficiaria de FONASA a nivel nacional ¹¹ .	Población inscrita en los consultorios a los que se encuentran adosados los recintos SAPU.

³ Durante el período 1995-2001 el componente Odontológico funcionó bajo la lógica de estar inserto en una estrategia mayor, que brindaba a las mujeres un completo paquete de servicios, tales como: orientación ocupacional, capacitación laboral, nivelación de estudios, acceso a prestaciones de salud en el marco del Plan de Salud Familiar, cuidado infantil, y regularización de títulos de dominio.

⁴ Se refiere a personas bajo la línea de pobreza, de escaso nivel de escolaridad y principalmente pertenecientes a las familias del Programa Chile Solidario.

⁵ Esto implica, fortalecer la capacidad del sistema público de salud para enfrentar la situación de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en los niños, generadas principalmente por agentes virales y agravadas por factores climáticos y de contaminación ambiental.

⁶ Esto implica dotar de Centros de Salud de Atención Primaria de mecanismos para diagnosticar, tratar y rehabilitar, de acuerdo a las normas, a pacientes con enfermedades agudas y crónicas; mejorar la capacidad resolutivez del nivel primario de atención; y promover y desarrollar a mediano plazo acciones específicas para disminuir la prevalencia del tabaquismo en la población.

⁷ La implementación del Componente Apoyo Diagnóstico constituye una estrategia complementaria a los componentes ERA e IRA.

⁸ Esto se debe a que no existen restricciones de edad o condición socioeconómica para poder calificar como beneficiario de este componente.

⁹ Esta población asciende a un 4,1% de los beneficiarios de la atención primaria, en comunas con presencia del componente.

	atención médica inmediatas de la población, en horarios no habituales de atención ¹⁰ .		
--	---	--	--

II. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA¹².

1. Aspectos del Diseño

El PRAPS no posee una estrategia y una dirección que coordine a sus componentes, los que han ido surgiendo en distintos momentos del tiempo según la importancia otorgada por las autoridades del sector a los problemas específicos que cada uno de ellos aborda. Los componentes se han desarrollado de manera independiente entre sí, con la excepción de los referidos a enfermedades respiratorias.

Los componentes están diseñados para dar cuenta de problemas de salud pertinentes, pero con una insuficiente definición y uso de indicadores de seguimiento y evaluación.

1.1. Componente Fondo de Incentivos

El Fondo de Incentivo presenta deficiencias en la identificación del problema y en la construcción de un modelo de causalidad. Se desconoce el diagnóstico concreto sobre el(los) problema(s) de eficiencia que se pretende(n) abordar y sus eventuales causas, y si las líneas de acción específicas de cada año son las que más impactan en el logro del propósito, específicamente considerando que se financian incrementos en algunas metas que ya son parte de otros programas que se realizan independientemente de la existencia del Fondo¹³. Al existir distintas líneas de acción que se financian a través del Fondo de Incentivos, las cuales varían año a año, se reduce la claridad de las señales que se entregan al personal de los establecimientos de salud primaria, lo cual perjudica el funcionamiento del “incentivo”. Adicionalmente, la existencia de líneas de acción sanitarias y de gestión dificulta la comprensión de la consistencia entre sus objetivos y actividades. En todo caso, se observó que durante el período 1999 – 2003 han disminuido las líneas de carácter sanitario, predominando las líneas de gestión, lo que se evalúa positivamente.

¹⁰ Documentos más actuales reconocen como objetivo general facilitar el acceso oportuno y equitativo de los usuarios del nivel primario de salud a la atención que otorga la red de urgencia del sistema público de salud, además de contribuir al desarrollo del modelo de salud integral con enfoque en salud familiar.

¹¹ Sin embargo la atención de las SAPU no puede generar rechazos de ningún tipo, por lo cual eventualmente cualquier persona de la población nacional podría ser considerada como un potencial beneficiario del componente.

¹² La evaluación del PRAPS se inició en 2004, por lo que los principales datos provenientes del sector salud comprenden hasta el año 2003. Siguiendo los Términos Técnicos de Referencia (TTR), se investigan los aspectos de diseño y gestión vigentes el año 2003. En la evaluación de resultados, cuando la información cuantitativa disponible en el sector salud permitió registrar productos, el horizonte analizado corresponde a 1999 - 2003. La investigación de productos y resultados intermedios se basa principalmente en información obtenida de encuestas realizadas a fines de 2004, en las cuales se pregunta a los beneficiarios por la situación en dicho año. La evaluación de resultados finales se apoya en encuestas en el caso del componente Odontológico - las que abordan efectos para los dos últimos años – y en los componentes ERA e IRA se construyó información por agregados geográficos para todo el horizonte de implementación (modelos de panel).

¹³ La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAEB, dependiente del Ministerio de Educación implementa un Programa de Salud Bucal orientado a niños entre 6 y 12 años. Un subconjunto de estos niños estaban siendo priorizados por la línea de alta odontológica total del Fondo de Incentivo.

1.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

Este componente presenta un diseño adecuado, pues las actividades de prestación de servicios dentales son pertinentes para el logro del propósito de recuperar la salud bucal de sus beneficiarios. Adicionalmente, cuenta con indicadores y medios de verificación adecuados. No obstante lo anterior, desde que el componente dejó de formar parte del Programa de Habilitación Laboral de SERNAM y por tanto, pasó a ser una intervención que entrega solo atención odontológica como único servicio a la mayoría de sus beneficiarios, no queda clara la pertinencia de la necesidad que se pretende satisfacer. Esto considerando que el problema de salud dental es transversal a la población y se carece de un respaldo sobre la costo efectividad de invertir en el segmento de hombres y mujeres de escasos recursos respecto a otros grupos beneficiarios del sector público de salud, y que al tratarse de una atención aislada¹⁴, se pierden las posibilidades teóricas de impactar en la inserción laboral, que sí existían cuando el componente estaba inserto en una estrategia intersectorial¹⁵.

En relación a los criterios de selección de los beneficiarios, la priorización de los beneficiarios de Chile Solidario planteados en los documentos del componente es solo una sugerencia y no se hace mención respecto a que dentro de este grupo se deba escoger además a individuos que cumplan con el resto de los criterios de selección del componente: ser jefes de hogar, de escasa escolaridad y que cumplan con el tramo de edad establecido. Es decir, no queda claro si debe prevalecer la pertenencia a Chile Solidario por sobre los demás criterios o viceversa. Por otro lado, el hecho que se entrega un monto fijo por alta odontológica podría incentivar la selección de pacientes con menor daño dental¹⁶.

Por último, el diseño no considera el enfoque de género. En particular, no toma en cuenta el hecho que a pesar de que el componente actualmente atiende a hombre y mujeres, la mayoría de los beneficiarios siguen siendo mujeres, por lo que no se ha considerado en su diseño mecanismos que permitan llegar igualitariamente a hombres y mujeres.

¹⁴ En este caso, el equipo investigador considera relevante discutir el concepto de costo efectividad de la intervención dental antes de definir el grupo que será beneficiario de las prestaciones. Es decir, las autoridades debieran contar con una justificación rigurosa de que el impacto en el objetivo de salud dental de la población – relativo a sus costos – es significativo para este sector comparado con la entrega de estos mismos servicios a personas de diferentes características demográficas o socioeconómicas.

¹⁵ El desarrollo de una estrategia integral de atención - priorizando beneficiarios del Programa Chile Solidario - que se puede deducir de los criterios de selección de beneficiarios planteados de los documentos oficiales del componente es aún incipiente. De hecho, el objetivo general del componente consiste en la recuperación de la salud bucal de los beneficiarios, que incluyen grupos que no necesariamente se encuentran en Chile Solidario. Esto se confirmó en la investigación cualitativa y en los resultados de la encuesta realizada en el marco de este estudio.

¹⁶ En los plazos y recursos del estudio, no fue factible verificar el daño dental de la población beneficiaria como para testear si existe selección de pacientes.

1.3. Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

El IRA posee un modelo de causalidad adecuado para el tratamiento de enfermedades agudas considerando las actividades programadas. Sin embargo, el diseño no presenta cambios en la orientación de la “tecnología” de atención en las salas, no adecuándose a posibles variaciones en el perfil epidemiológico de la población¹⁷. Por otro lado, se informó de la existencia de un monitoreo diario de indicadores sanitarios en una muestra de establecimientos (centros centinela). Sin embargo, el equipo evaluador no tuvo acceso a estos indicadores, lo que sugiere que no existe un sistema de información que sistematice éstos y otros indicadores que permitan hacer un seguimiento y monitoreo del componente.

Los criterios que determinan la implementación de nuevas salas IRA no son claros respecto de la ponderación que reciben los factores epidemiológicos y socioeconómicos que determinan la implementación de salas nuevas. Es decir, el equipo evaluador no tuvo acceso a información sobre los instrumentos de análisis y los factores específicos de la realidad poblacional que se consideran a nivel central.

1.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

El análisis realizado al componente IRA es también aplicable al ERA. Sin embargo, dado el perfil etéreo de sus beneficiarios existe una mayor incidencia de enfermedades crónicas que en la población beneficiaria del IRA¹⁸, lo cual hace aún más pertinente el adecuar el modelo de atención para contribuir a una estrategia integral.

Los criterios que determinan la implementación de nuevas salas ERA no son claros respecto de la ponderación que reciben los factores epidemiológicos y socioeconómicos que determinan la implementación de salas nuevas. El equipo evaluador no tuvo acceso a información sobre los instrumentos de análisis y los factores específicos de la realidad poblacional que se consideran a nivel central.

1.5. Componente Apoyo Diagnóstico

No existe una justificación de la pertinencia de este componente como una estrategia de compra específica de radiografías de tórax. Sin desconocer la importancia de financiar un diagnóstico oportuno de enfermedades respiratorias, falta un diagnóstico que permita respaldar las ventajas de desarrollar esta iniciativa de manera aislada respecto a otros exámenes o prestaciones que requiere la APS, cuya adquisición permitiría aprovechar economías de escala o de ámbito¹⁹. Sin embargo, considerando sólo el objetivo de financiar la realización de radiografías de tórax, las actividades y procesos diseñados son consistentes con este objetivo.

¹⁷ El énfasis está puesto en las enfermedades agudas y se desconoce si el componente ha realizado alguna readecuación de sus estrategias para que el modelo de atención incorpore los cambios ocurridos en el perfil epidemiológico del país, en particular la importancia adquirida por las enfermedades crónicas. En efecto, el 38% de los beneficiarios de las salas IRA encuestados en esta evaluación reportaron padecer alguna enfermedad crónica.

¹⁸ El 79% de los beneficiarios de las salas ERA encuestados por este estudio reportaron padecer alguna enfermedad crónica.

¹⁹ Un ejemplo simple consiste en aplicar la lógica de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) o del plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), según la cual es factible construir una “canasta” de tratamiento de enfermedades respiratorias que incluye todos los procedimientos, incluidos los exámenes. Dicha canasta puede ser adquirida a la red pública o a prestadores privados para cumplir con las garantías de acceso que plantea el actual proceso de reforma.

1.6. Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

El SAPU se considera adecuado como puerta de entrada a la red de urgencia. No obstante, sus objetivos y actividades diseñadas no necesariamente contribuyen al desarrollo del modelo de atención integral de la APS, esto dado que su diseño enfatiza la atención de choque (atención breve, no integral, sin ficha clínica ni seguimiento del paciente), no adecuándose al perfil de demanda que recibe el SAPU como extensión horaria²⁰, donde predominan los usuarios frecuentes o “poli consultantes”²¹. Por otro lado, se observa un esfuerzo insuficiente en los Servicios de Salud por construir y sistematizar información de indicadores del componente y exigir su reporte a las entidades locales. Por su parte, desde el nivel central tampoco se exige su reporte a los Servicios de Salud, disponiendo sólo de las estadísticas de número de atenciones que alimentan el sistema de información del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

En relación a los criterios de extensión del componente hacia nuevas comunas, éstos se refieren a abarcar el 100% de comunas con más de 30.000 habitantes y tener un SAPU por cada 50.000 habitantes en comunas con altas magnitudes poblacionales y sectores marginales. Estos criterios parecen adecuados, aún cuando no se dispuso de información que permita verificar el cumplimiento de los mismos a nivel comunal. La instalación de un SAPU también depende de la voluntad de las autoridades locales. El equipo investigador careció de información a nivel de comunas que permitiera discernir si los criterios de instalación crean distorsiones de equidad, considerando la relevancia de los aportes municipales en el financiamiento del componente (ver análisis de uso de recursos y costos).

2. Aspectos de Organización y Gestión

El análisis de esta sección se basa en el marco normativo referido a los costos y beneficios de descentralizar los programas de salud, considerando las diferentes funciones que se realizan en el sector²².

La mayoría de los componentes del PRAPS siguen una lógica de coordinación entre la entidad responsable - Ministerio de Salud - con los Servicios de Salud, para fines de entregar el marco normativo y la asignación de recursos. A su vez, los Servicios de Salud firman convenios con los municipios, de modo que se establecen compromisos e indicadores para supervisar su cumplimiento. Los municipios se relacionan directamente con los consultorios, salvo excepciones de componentes en los que también existe un canal directo de comunicación entre el nivel central y local (IRA, ERA).

Un punto débil de la mayoría de componentes se encuentra en el cumplimiento de las funciones y actividades de seguimiento y evaluación. El equipo evaluador encontró

²⁰ Los SAPU inician su atención a las 17:00 horas, cuando no está en funcionamiento el consultorio. Los principales tipos de SAPU son los “cortos”, que funcionan 67 horas a la semana, y los “largos”, 123 horas.

²¹ Esta característica de la demanda se detalla en el capítulo de eficacia del informe de síntesis.

²² Es pertinente la centralización de la toma de decisiones en los aspectos normativos tales como la definición de protocolos y estándares de atención, políticas a nivel nacional, así como respecto a los criterios de asignación de recursos. En cambio, es más adecuado que la prestación de servicios se realice de manera descentralizada, con la excepción de situaciones iniciales en que se requiera de mayor experimentación, coordinación y retroalimentación oportuna con el nivel central. Asimismo, es deseable que exista una aplicación geográficamente descentralizada del marco regulatorio – definido en sus criterios generales por el nivel central – para todos los componentes evaluados.

dificultades para recopilar la información que según convenios, debiera ser monitoreada a nivel regional para supervisar la eficacia y eficiencia de los componentes²³.

2.1. Fondo de Incentivo

El Fondo de Incentivo presenta una gestión centralizada en lo normativo, dado que sus líneas de acción y metas se deciden en el nivel central. Como consecuencia de esto, se observó algún grado de desconocimiento entre los actores – en los Servicios de Salud y de manera más acentuada en los niveles locales - sobre los propósitos y estructura organizacional del componente.

Las transferencias de recursos del componente Fondo de Incentivo entre los Servicios de Salud obedece a la lógica de privilegiar el volumen de población objetivo inscrita en los consultorios, lo que es correcto si se considera que sectorizar, implementar una OIRS y cualquiera de las líneas de acción orientadas a mejorar la gestión de los establecimientos de atención primaria resulta más costoso y requiere de mayores esfuerzos en consultorios con un mayor número de población beneficiaria. Además la asignación posee un componente inercial²⁴.

No obstante, algunas líneas de acción no existe correspondencia entre los recursos entregados y los costos de las actividades adicionales (por ejemplo, aumento en cobertura dental) que se solicitan a los consultorios²⁵ como parte del convenio. Por otra parte, los criterios definidos en los convenios para la transferencia de recursos hacia los Servicios de Salud y municipios no siempre se aplican. En efecto, los Servicios de Salud distribuyen el incentivo (70%) hacia los municipios (y éstos a los consultorios) según los criterios que estimen convenientes, y por lo tanto no todos los Servicios de Salud y municipios entregan el incentivo según el porcentaje de logro de las metas pactadas, existiendo Servicios de Salud donde el incentivo es distribuido entre los consultorios según la cantidad de inscritos que tiene cada uno²⁶. En estos últimos casos, la lógica del

²³ Se solicitó a todos los Servicios de Salud información sobre variables de registro obligatorio según los convenios. Después de cinco meses de plazo, pocos Servicios reportaron alguna información en cada uno de los componentes (en los componentes Fondo de Incentivo, Odontológico, IRA, ERA, Apoyo Diagnóstico y SAPU, sólo 6, 11, 8, 11, 13 y 9 Servicios de Salud, respectivamente, de los 28 existentes en el país). En los Servicios de Salud que reportaron información se encontraron deficiencias y vacíos de información, tales como: (i) Algunas planillas no reportaron información de todas sus comunas, por lo que no se pudo estimar un consolidado del Servicio que fuera representativo de su nivel de producción; (ii) Muchos Servicios no reportaron datos de todos los años solicitados. Esto dificultó contrastar información de distintos años; (iii) La mayoría no completó los datos solicitados en todas las variables de cada componente. Esto imposibilitó crear variables agregadas que fueron representativas del nivel de producción nacional; (iv) Se detectaron serias inconsistencias en los datos entregados, particularmente en la referida a grupos etáreos. Estos datos diferían de los criterios de focalización de los componentes y de los resultados de la encuesta aplicada por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile; (v) Se encontraron incongruencias en los datos reportados con respecto a la información proveniente de otras fuentes del Ministerio de Salud, principalmente en lo relativo a número de Salas IRA y ERA, y SAPU; (vi) Algunos datos reportados no eran "razonables". Por ejemplo, el Servicio de Salud del Maule reportó un costo promedio por paciente de \$348.000 en el componente Odontológico, valor que excede largamente el aporte de MINSAL y las estimaciones realizadas por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile.

²⁴ Con el fin de distinguir posibles determinantes de la asignación de recursos del componente, se especificaron modelos estadísticos multivariados, que estudian la correlación del monto asignado anualmente a cada Servicio de Salud en función de variables históricas (presupuesto del componente en períodos anteriores), socioeconómicas y poblacionales. En el modelo correspondiente al presupuesto de los Servicios de Salud para el Fondo (año 2003), la variable más robusta se refiere a la asignación de recursos al componente en el año 2000. Ver Anexo 2 del informe.

²⁵ Esto se aplica también a aquellas actividades en que se entregan recursos complementarios para aumentar la cobertura y que ya cuentan con un financiamiento (altas odontológicas infantiles) y aquellas en que se pretende apoyar e impulsar la implementación.

²⁶ No se cuenta con información acerca del número de Servicios de Salud que entregan el incentivo según meta pactada y los que lo hacen según número de inscritos.

incentivo se pierde, ya que no existe correspondencia entre cumplimiento y monto recibido por el establecimiento.

El seguimiento y monitoreo del Fondo de Incentivos se basa en indicadores para la evaluación de las metas incorporadas en los convenios, lo que es insuficiente considerando que generalmente se cumple con el 100% de lo pactado²⁷. Además, dado que para cada línea de acción existe un encargado en el nivel central que verifica el cumplimiento de lo comprometido para poder entregar el monto correspondiente al incentivo, el monitoreo realizado por éste es heterogéneo dependiendo del interés del encargado de cada área.

Por otro lado, tampoco existe un seguimiento que permita verificar si los recursos son destinados a los consultorios que cumplen con las metas, ni tampoco se monitorea que éstos sean gastados en mejoramiento del entorno laboral.

2.2. Componente Odontológico

La estructura organizacional del componente es, en general, adecuada para el logro de los objetivos y la producción de los servicios. Existe una concordancia entre los propósitos del componente desde el nivel central hasta los niveles más locales de ejecución. Existe comunicación entre las entidades locales y el Ministerio de Salud, de hecho cada año se fijan metas y precios para las altas integrales y las prótesis a través de un diálogo entre el nivel central y los municipios. Sin embargo, existen dos papeles difusos en la cadena de ejecución del componente. El primero de ellos corresponde al rol de los Servicios de Salud en lo referente a la supervisión y control de las actividades llevadas a cabo por los municipios²⁸. El segundo de ellos corresponde a la responsabilidad de la focalización del programa a nivel de municipios, donde el número de actores llamados a coordinar en el proceso plantea el peligro de que, en la práctica, la responsabilidad entre todos ellos se diluya²⁹. Además, muchas veces los criterios de focalización no son aplicados por razones de desconocimiento o por la dificultad de acceder a información que estos requieren para su correcta aplicación. Por ejemplo, en relación a la edad de los potenciales beneficiarios, el estudio cualitativo permitió observar que no existe completa claridad de los criterios de selección por parte del personal a cargo de la focalización del componente. En efecto, al consultar por la edad requerida para calificar como beneficiario potencial, se reportaron tramos que varían entre los 15 y los 70 años³⁰.

Los criterios de asignación de los recursos desde el Ministerio de Salud hacia los Servicios de Salud son claros, realizándose en función del número de altas odontológicas y prótesis por comuna previamente determinado. Normalmente, la fijación anual de metas en aquellos casos de comunas de continuidad, obedece a una lógica inercial.

²⁷ El equipo sólo tuvo acceso a los porcentajes de cumplimiento, a excepción de la línea de acción Alta Odontológica Total, donde se observa un esfuerzo de mayor monitoreo. El problema de esto radica en que se desconoce el significado del porcentaje al no saber qué y cuánto se comprometió, es decir el numerador y denominador del indicador.

²⁸ Pese a que los documentos explicativos del componente denotan amplios espacios de acción en este terreno, al no encontrarse éstos bien especificados, se observa una diversidad de calidad y cantidad de actividades desarrolladas entre distintos Servicios de Salud.

²⁹ El proceso de selección de beneficiarios a nivel municipal, además de la sugerencia de priorizar la elección de beneficiarios de Chile Solidario, también preferencia el ingreso de mujeres de programas del SERNAM y de hombres cesantes registrados en las listas de OMIL.

³⁰ Fuente: Municipalidades y consultorios: Entrevistas con informantes calificados.

Los municipios deciden cómo se distribuyen los recursos transferidos de los Servicios de Salud entre los lugares de atención, para lo cual consideran factores como población inscrita en consultorios y el número de personas en listas de espera para atención dental. Estos criterios son adecuados dado el mayor conocimiento existente a nivel local.

El proceso de fijación del precio unitario anual para alta odontológica y para prótesis se lleva a cabo de manera transparente y negociada entre el nivel central y los municipios, lo cual es positivo por cuanto considera las características regionales de oferta y demanda en la fijación de los valores referenciales.

El sistema de seguimiento y monitoreo es bastante completo, los Servicios de Salud envían, en su mayoría, trimestralmente información de avance al nivel central. Además se elabora una encuesta de satisfacción a usuarios a nivel nacional. En cuanto al seguimiento de los pacientes, dado que el componente no lo considera de forma explícita, éste depende exclusivamente del municipio o consultorio donde se ejecuta la atención odontológica.

2.3. Componentes IRA y ERA

La estructura organizacional de los componentes IRA y ERA está claramente definida. Destaca el carácter centralizador en todas las funciones que se realizan, incluso en materias referidas a la producción de prestaciones, lo que es inconsistente con la gestión descentralizada de la APS. Esto constituye un problema, debido a que la unidad central no cuenta con los recursos físicos y humanos necesarios para centralizar la cantidad de actividades que realiza, lo cual va en desmedro de la calidad con que se ejecutan algunas de estas actividades, especialmente lo referido al seguimiento y monitoreo de ambos componentes.

En ambos componentes están identificadas las funciones correspondientes de cada nivel (central, Servicios de Salud, municipios y consultorios) y existe coordinación entre los distintos niveles (central, regional, local). La existencia de una misma unidad a cargo de ambos componentes en el nivel central (MINSAL) – lo que también ocurre en la Dirección de Salud Municipal pero no necesariamente en los Servicios de Salud - es adecuada para aprovechar sinergias entre éstos. Por otro lado, existiría un problema de continuidad de los equipos de trabajo³¹, lo que se debería al tipo de contratos de los profesionales (honorarios).

La transferencia de recursos a los Servicios de Salud para salas IRA y ERA se realiza mensualmente para el pago de honorarios de las horas profesionales (médico y kinesiólogo). Por otra parte, en el nivel central se adquieren y asignan los medicamentos para cada sala. Sin embargo, en algunos casos, el Servicio de Salud redistribuye los fármacos según las particularidades y necesidades de cada sala. Los recursos son traspasados mensualmente vía convenio, tanto del Ministerio de Salud a los Servicios de Salud, como desde éstos a los municipios.

La asignación de recursos para la contratación de profesionales de ambas salas podría representar un problema para las comunas ya que se rigidiza su presupuesto y las

³¹ En el estudio cualitativo se plantearon reclamos a nivel local por la rotación de personal. Dicha información carece de representatividad estadística.

posibilidades de optimizar la gestión³². Asimismo, si bien algunos municipios pagan mayores salarios a los profesionales con recursos propios, en comunas de escasos recursos los salarios considerados por el nivel central para los profesionales IRA y ERA superan las remuneraciones de planta y la carrera funcionaria que reciben otros profesionales del mismo perfil técnico-profesional de los consultorios, creándose un foco potencial de desigualdad al interior de los establecimientos.

El criterio de compra y asignación de medicamentos desde el nivel central (basado en el costo unitario promedio por sala) no se considera adecuado, pues no incorpora otras variables relevantes de riesgo y/o pobreza, las cuales inciden en que las salas de algunas comunas presenten un perfil de población con mayores necesidades de atención.

En relación a la información de los registros de consultorios y comunas - referida a los datos personales de los pacientes, patologías, tratamientos, y fechas de ingreso y alta - debiera agregarse mensualmente en un informe resumen de actividades, ya que dicha información no se sistematiza y al no estar incorporada en los convenios, no es exigible desde un punto de vista legal. A pesar de lo anterior, los componentes realizan una evaluación nacional en diciembre de cada año, cuya profundidad y relevancia para la toma de decisiones se desconoce.

2.4. Componente Apoyo Diagnóstico

El componente Apoyo Diagnóstico presenta una gestión descentralizada, donde los Servicios de Salud o municipios firman convenios con prestadores privados para la toma de radiografías. Se les entregan los recursos y ellos tienen la libertad de escoger al prestador y negociar el precio, con un tope fijado a nivel central. Existe un escaso conocimiento del componente en el nivel central, pese a que éste está a cargo de la Unidad Respiratoria.

Los criterios de asignación de recursos del componente son poco claros. Si bien en la investigación cualitativa (entrevistas), algunos actores mencionan que se consideran criterios poblacionales, demográficos, epidemiológicos, entre otros, el equipo investigador no recibió información respecto de cuáles son los indicadores específicos utilizados o cómo éstos se ponderan.

El componente establece mecanismos de supervisión orientados básicamente a la rendición de cuentas en lo financiero, las que no se cumplen en la práctica. Los encargados en el nivel central no cuentan con información en relación a si el uso de los recursos en las radiografías de tórax prioriza a los niños menores de un año y a los adultos mayores. Tampoco mantienen ningún tipo de registro ni evaluación respecto del número de radiografías efectivamente tomadas. A nivel de Servicios de Salud tampoco se entregó al equipo evaluador información completa sobre la producción de radiografías y otros indicadores de eficacia, eficiencia o calidad.

2.5. Componente SAPU

Respecto a la estructura organizacional del Componente SAPU, falta mayor claridad en la identificación de una entidad normativa, lo cual incide en la ausencia de lineamientos que orienten la atención hacia metas comunes.

³² Valores que los municipios no pueden modificar ni redistribuir.

Los mecanismos de coordinación entre el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud se orientan básicamente a la transferencia de recursos para el SAPU. Las coordinaciones mantenidas entre los Servicios de Salud y municipios o consultorios, según dependencia, son variables y abarcan desde traspaso de recursos, hasta actividades de supervisión.

La asignación de recursos del componente SAPU corresponde a un monto establecido de acuerdo al horario de funcionamiento del recinto, es decir si éste es “corto” o “largo”. Este criterio de pago uniforme puede introducir problemas de equidad y eficiencia, dado que no considera la población total de la comuna beneficiaria en relación al número de SAPU que tiene habilitados.

En cuanto al sistema de seguimiento y monitoreo del SAPU, la información que se solicita a través de los Registros Estadísticos Mensuales (REM) corresponde a producción y actividades realizadas, por lo que no existe una asociación directa entre ésta y la elaboración de indicadores de desempeño. Si bien el diseño del componente consideró la confección de algunos indicadores que debían ser reportados por los Servicios de Salud, su envío no es exigido en la práctica. Tampoco se establece un seguimiento formal a los beneficiarios posterior a su atención.

3. Temas de Eficacia

El análisis se apoyó en elaboración propia a partir de información obtenida del sector salud y de la aplicación de una encuesta a beneficiarios de los componentes diseñada por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile, en aquellos componentes que permitían identificar correctamente muestras relevantes³³.

3.1. Resultados a nivel de producto

Los resultados a nivel de producto se reportan en el cuadro de la página siguiente.

³³ El trabajo de terreno se realizó en 12 de las 13 Regiones del País en los meses de diciembre de 2004 y enero de 2005. Las muestras fueron obtenidas de 197 establecimientos que entregaban cuatro de los componentes del PRAPS en 60 comunas, aplicándose cinco formularios que comprenden a los siguientes grupos: (i) Beneficiarios Sala IRA (379 encuestas a la persona que llevó al niño a la sala); (ii) Beneficiarios Sala ERA (350 encuestas al paciente o persona que lo lleva al establecimiento si sus condiciones de salud le impedían contestar); (iii) Beneficiarios SAPU (369 encuestas al paciente o persona que lo lleva al establecimiento si sus condiciones de edad o salud le impedían contestar); (iv) Componente Odontológico: 338 personas con Alta Total (muestra de población beneficiaria) y 356 personas en lista de espera (muestra de grupo de control).

Cuadro de Resultados a Nivel de Producto

Indicador	Componentes					
	Fondo de Incentivo	Odontológico	IRA	ERA	Radiológico	SAPU
Producción de Componentes	<p>a) Sectorización: 33% de las unidades comunales³⁴ cumple el 80% o más de implementación.</p> <p>b) OIRS: 127% cumplimiento de meta de implementación a nivel de establecimientos (326/414).</p> <p>c) Registros y Listas de Espera: 90% unidades comunales comprometidas a implementar.</p> <p>d) Alta Odontológica 6 años: 112.563 Altas (78% de meta nacional).</p> <p>e) Alta Odontológica 12 años: 58.235 Altas (99% meta nacional).</p>	<p>a) 1999-2001 21.962 altas en 3 años (96% de meta nacional).</p> <p>16.688 prótesis (101% cumplimiento de meta).</p> <p>b) 2002-2003 41.531 altas integrales (93% de logro de meta).</p> <p>34.322 prótesis (105% de cumplimiento de meta).</p>	<p>Crecimiento de Número de Salas (1999-2003): 60% (280 en 1999 a 451 en 2003).</p>	<p>Crecimiento de Número de Salas (1999-2003): 667% (15 en 1999 a 115 en 2003).</p>	<p>Crecimiento de números de placas entregadas por el nivel central: 65% (38.170 a 62.862).</p>	<p>Crecimiento de SAPUs: 38% (61 a 84).</p>
Beneficiarios Efectivos	<p>a) Sectorización: No disponibles</p> <p>b) OIRS: No disponibles</p> <p>c) Registros y Listas de Espera: No disponibles.</p> <p>d) Alta Odontológica 6 años (aproximados</p>	<p>Crecimiento de número de altas integrales³⁵: 262% (7.356 a 26.628).</p>	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible

³⁴ La unidad comunal es un concepto definido por el equipo evaluador que permite cuantificar la presencia de establecimientos dependientes de Servicios de Salud y/o de Municipios, dentro de las comunas. Una comuna donde todos los establecimientos dependen de un Servicio de Salud o del Municipio equivale a una unidad Comunal. Sin embargo una comuna que contiene establecimiento que dependen del Servicio de Salud y otros dependientes del Municipio equivale a 2 Unidades Comunales.

³⁵ El componente establece en sus documentos oficiales que no es posible que una persona reciba un alta odontológica integral por más de una vez. No existe información cuantitativa que permita determinar si hay casos de incumplimiento.

Indicador	Fondo de Incentivo	Odontológico	IRA	ERA	Radiológico	SAPU
	por número de altas odontológicas en septiembre 2003): 112.563 e) Alta Odontológica 12 años (aproximados por número de altas odontológicas en septiembre 2003): 58.235					
Focalización ³⁶	No Disponible	Edad Promedio: Hombres: 44 años Mujeres 42 años Jefe de Hogar: Hombres: 87% Mujeres: 37% 12 o menos años de escolaridad: 98% 8 o menos años de escolaridad: 71% Pertenece a hogar del Chile Solidario: 17% Pobreza: 85%	Menores de 1 año: 31% del total de beneficiarios.	Mayores de 65 años: 37% del total de beneficiarios.	No Disponible	No Disponible
Cobertura	Cobertura Institucional: El año 2003 el Fondo de Incentivos se encuentra presente en un 100% de los Servicios de Salud y en un 92% de las comunas del país.	Cobertura Institucional: 2003: 96% de los Servicios de Salud y 65% de las comunas.	Cobertura Institucional: 2003: 100% de los Servicios de Salud y 65% de las comunas.	Cobertura Institucional: 2003: 95% de los Servicios de Salud y 21% de las comunas.	Cobertura Institucional: 2003: 96% de los Servicios de Salud y 40% de las comunas.	Cobertura Institucional: 2003: 82% de los Servicios de Salud y 19% de las comunas.

³⁶ Los resultados de Focalización reportados son los disponibles en base a la encuesta a beneficiarios realizada por el equipo evaluador.

	Cobertura en términos de beneficiarios³⁷:	Cobertura a nivel de Beneficiarios:	Cobertura a nivel de Beneficiarios:	Cobertura a nivel de Beneficiarios:	Cobertura a nivel de Beneficiarios:	Cobertura a nivel de Beneficiarios:
	<p>d) Alta Odontológica 6 años (aproximados por número de altas odontológicas en septiembre 2003): 60%.</p> <p>e) Alta Odontológica 12 años (aproximados por número de altas odontológicas en septiembre 2003): 27%</p>	<p>a) Acumulado 1999-2001:</p> <p>23%</p> <p>b) Acumulado 2002-2003:</p> <p>21%³⁸</p>	No disponible.	No disponible.	No disponible.	No disponible.
Calidad	<p>Satisfacción beneficiarios OIRS³⁹:</p> <p>30% de los beneficiarios encuestados de alguno de los componentes Odontológico, IRA, ERA y SAPU reciben respuesta a su consulta.</p> <p>54% de quienes reciben respuesta expresan estar satisfechos con ella, 30% la encuentra regular y 10% encuentra que no sirve.</p>	<p>78% y 81% de los beneficiarios encuestados manifiesta que la calidad de la prótesis (superior o inferior, respectivamente) es buena o muy buena.</p> <p>82% de los beneficiarios evalúa la calidad de las tapaduras como buena o muy buena.</p>	<p>60% de quienes pidieron hora recibió la atención máximo después de un día de su solicitud.</p> <p>82% de los encuestados percibió una buena o muy buena calidad de atención médica.</p>	<p>30% de quienes pidieron hora recibió la atención máximo después de un día de su solicitud⁴⁰, 22% recibió la atención entre 2 y hasta 15 días después de pedir hora, el 48% restante señala haber recibido la atención entre 16 y hasta 90 días después de pedir la hora.</p> <p>87% de los beneficiarios encuestados percibió una buena o muy buena calidad de atención médica.</p>	No disponible ⁴¹	<p>55% de los beneficiarios encuestados manifiesta haber recibido un tratamiento de buena calidad.</p> <p>69% de los beneficiarios encuestados percibe la seguridad y confianza en el personal médico como muy buena o buena.</p>

³⁷ No es posible determinar un número de beneficiarios efectivos de las líneas de acción OIRS, sectorización y gestión, y registro de lista de espera de interconsulta debido a que no se cuenta con esta información.

³⁸ Definiendo la población potencial como población que satisface todos los criterios y definiendo como "baja escolaridad" tener 8 años o menos de estudios.

³⁹ No existe información para las demás líneas de acción.

⁴⁰ Este porcentaje no es menor considerando el carácter crónico de la mayoría, y que por lo tanto deberían pedir hora con 1 o 2 meses de anticipación.

⁴¹ Al no existir una muestra de beneficiarios para el componente, no es posible distinguir entre aquellos encuestados que se realizaron una radiografía de tórax gracias al Apoyo Diagnóstico y aquellos que lo hicieron a través del medio regular - acudir a la atención secundaria y terciaria para la toma del examen.

3.2. Metodología para la evaluación de resultados intermedios y finales

En el caso del componente odontológico, tanto para los resultados intermedios como finales, se realizaron encuestas a una muestra representativa de los beneficiarios del programa a nivel nacional y se comparó los resultados de esta muestra con aquellos de un grupo de control. La selección del grupo de control se realizó a partir de la lista de espera de la atención odontológica, utilizando la metodología de matching, en la cual en base a la información disponible de características individuales de beneficiarios y personas en la lista de espera, se encuentran personas que tengan las características lo más parecidas posible a los beneficiarios, conformándose el grupo de control. Además para controlar por posibles variables no observables fijas en el tiempo se evalúan los resultados de 2 períodos, antes y después de recibida la atención odontológica, a través de la metodología diferencias en diferencias.

Para la evaluación de los resultados intermedios de los componentes Fondo de Incentivos, IRA, ERA, SAPU y otros resultados del componente odontológico se hizo un análisis de las estadísticas descriptivas de las principales variables de resultados considerando la información recolectada a través de la encuesta realizada a una muestra representativa de beneficiarios de cada componente y los resultados del estudio de caso, ambos realizados en el marco de esta evaluación.

Para la evaluación de los resultados finales de los componentes IRA, ERA y SAPU se estimaron regresiones con datos de panel construidos a partir de las estadísticas entregadas por el MINSAL. Es decir, se compararon las evoluciones temporales de la mortalidad entre beneficiarios de 20, 23 y 15 Servicios de Salud del país para IRA, ERA y SAPU, respectivamente⁴², asociando estas evoluciones a las trayectorias de presencia de cada componente y controlando por características que podrían estar afectando la mortalidad a nivel de los Servicios de Salud. De este modo, se logra estimar el efecto de la presencia del componente IRA, ERA o SAPU sobre las variaciones en la tasa de mortalidad del grupo etéreo que cada uno de estos componentes atiende.

3.3. Resultados Intermedios

3.3.1. Componente Fondo de Incentivos

Los resultados esperados de este componente son: disminuir las listas de espera de interconsultas, aumentar el uso del sistema de registro de las referencias efectuadas por profesionales del establecimiento, mejorar la conducta de niños de 6 y 12 años en relación a los hábitos dentales derivados de las acciones de salud bucal desarrolladas a través del alta odontológica, y mejorar el uso, funcionamiento y nivel de respuesta de las OIRS.

De estos resultados solo fue posible evaluar el nivel de respuesta de las OIRS⁴³.

⁴² Para evitar problemas de contaminación de información para los tres componentes, los Servicios de Salud de la región metropolitana fueron considerados como un solo Servicio de Salud.

⁴³ No se contó con información acerca de las referencias efectuadas por profesionales del establecimiento al nivel secundario y terciario en el caso de la línea gestión y registro de listas de espera de interconsulta. Para la línea de acción alta odontológica para niños de 6 y 12 años no se dispuso de información.

Existe una evaluación positiva del uso de las OIRS. El 70% de los encuestados⁴⁴ recibió algún tipo de respuesta a su inquietud. Sobre el 90% de las veces la respuesta se entregó directamente en el consultorio y el mismo día que se requirió el servicio, ya sea para hacer un reclamo, pedir información, u otro.

3.3.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos:

Los resultados intermedios esperados para este componente son: mejorar el nivel de resolutivez del componente⁴⁵, utilizar las prótesis, mejorar la conducta de los beneficiarios en relación a los hábitos de higiene dental, y mejorar el índice COPD⁴⁶.

Nivel de Resolutivez:

Se considera que el nivel de resolutivez es adecuado pero los resultados indican que aún existe espacio para mejorar en esta dimensión. El 42% de los beneficiarios reporta haber sentido la necesidad de nuevas atenciones tras el alta integral. Sin embargo, sólo el 41% de este subconjunto pidió una nueva hora en el mismo lugar de atención del componente. Por otro lado, un 47% de las personas que solicitan nuevas atenciones dentales con posterioridad al alta odontológica integral las reciben.

Los resultados de resolutivez fueron contrastados con un análisis de calidad técnica el cual analizó fichas clínicas de 322 beneficiarios atendidos el 2002. El análisis muestra resultados en general satisfactorios. El 81% tenía mucosa subprotésica en estado satisfactorio. El 56% de los casos reportados carecían de caries. El 44% de personas examinadas presentaba algún tipo de daño periodontal, principalmente inflamación de encías. Sin embargo, los resultados no dejan claro que se haya aplicado lo aprendido en la educación y prevención que entrega el componente, dado que la mayor cantidad de caries detectadas estaban en piezas no obturadas anteriormente.

Uso de prótesis:

Cerca de un 23% de los encuestados que recibieron prótesis superior y un 27% de los que recibieron prótesis inferior manifiestan no utilizar siempre la prótesis respectiva.

Las tres principales razones por las que los beneficiarios no utilizan siempre las prótesis, son: incomodidad, daño bucal y mal estado de la prótesis.

- El 63% de los beneficiarios no utiliza la prótesis superior y un 53% no utiliza la prótesis inferior porque les incomoda.
- El 36% de los beneficiarios no utiliza la prótesis superior y un 43% no utiliza la prótesis inferior porque les produce daño bucal.
- El 15% de los beneficiarios no utiliza la prótesis superior y un 17% no utiliza la prótesis inferior porque está en mal estado⁴⁷.

⁴⁴ Los encuestados corresponden a beneficiarios de los componentes Odontológico para hombres y mujeres de escasos recursos, IRA, ERA y SAPU.

⁴⁵ La evaluación se basa en las opiniones de la encuesta realizada en el marco de esta evaluación a beneficiarios sobre la necesidad de atenciones dentales con posterioridad al alta odontológica integral y la capacidad del componente para atender dichas demandas, y en el estudio de calidad técnica efectuado por el MINSAL en terreno por odontólogos y coordinado desde el nivel central durante el año 2004.

⁴⁶ Éste resultado se evalúa en base a datos de producción a nivel de Servicios de Salud.

⁴⁷ Como las alternativas de respuesta no son excluyentes es posible que los porcentajes sumen más de 100%.

Lo anterior indica que la mayoría de reparos de los beneficiarios se relacionan a la calidad de la(s) prótesis.

Conducta de los beneficiarios:

Las estimaciones realizadas utilizando los métodos quasi-experimentales descritos en la sección 3.2. no entregan evidencia de que exista un cambio en la conducta de los beneficiarios en relación a su cuidado dental producto de la educación preventiva entregada por el componente. Así se obtuvo que la presencia del componente no posee un efecto estadísticamente significativo.

Índice COPD:

No fue posible realizar una evaluación de las variaciones en el índice COPD⁴⁸ dado que solo se dispuso de datos para el año 2003. La única información que se pudo recoger de los datos es que el índice es mayor en zonas urbanas.

3.3.3. Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

Los resultados intermedios esperados del Componente IRA son: mejorar el nivel de resolutivez⁴⁹, mejorar la conducta de los beneficiarios en relación a la práctica de las sugerencias y consejos preventivos que se les da en las salas IRA, conocer y cumplir los protocolos y normas técnicas, y fortalecer la capacidad de diagnóstico y derivación del nivel primario⁵⁰.

Nivel de Resolutivez:

Los resultados sobre capacidad resolutivez de las salas IRA son evaluados adecuadamente, ya que sólo el 11% de los encuestados fue derivado para ser atendido en otro centro de salud, y el 77% percibe que los pacientes se recuperaron gracias al tratamiento que recibieron.

Conducta de los beneficiarios:

El 89% de los encuestados que recibieron consejos preventivos expresan que los practican “siempre” o “muy seguido”.

Conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas:

El análisis de la información del estudio de casos realizado indica que, de acuerdo a la información registrada en la ficha clínica de los pacientes atendidos en los días y las salas seleccionadas para este estudio⁵¹, el manejo clínico fue concordante con las normas

⁴⁸ Caries, piezas obturadas, piezas perdidas por caries, dientes permanentes.

⁴⁹ Este resultado se evalúa a través de la información obtenida de la encuesta a los beneficiarios del componente y del estudio de casos realizado por un experto de la salud.

⁵⁰ Este tema no es abordado en esta evaluación debido a la falta de información y bases de datos del componente.

⁵¹ Un día del mes de enero y un día del mes de julio seleccionados aleatoriamente. No obstante los casos revisados fueron escasos (como corresponde en esta metodología) y los consultorios y regiones elegidos de manera no aleatoria, por lo que el estudio carece de representatividad estadística. Se visitaron 4 consultorios en las Regiones Metropolitana, IV, y VI. La desagregación y el detalle de la muestra y los casos estudiados se pueden ver en el Anexo N° 13 del Informe.

técnicas de IRA del Ministerio de Salud, tanto en las indicaciones médicas como en el manejo kinésico.

Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

Los resultados intermedios esperados y los mecanismos para evaluarlos son los mismos que para el componente IRA.

Nivel de resolutividad:

Según los resultados obtenidos las salas ERA son altamente resolutivas, sólo el 15% de los pacientes fue derivado por el componente para ser atendido en otro centro de salud. El 74% indica que solucionó el motivo de la consulta y se recuperó con el tratamiento recibido en la sala ERA.

Conducta de los beneficiarios:

El 85% de los encuestados que recibieron consejos señalan que los practican “siempre” o “muy seguido”.

Conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas:

Respecto al manejo de normas técnicas ERA y protocolos, los resultados indican que el manejo clínico de estos pacientes de acuerdo a las normas técnicas es variable en cada sala, encontrándose casos con estudio incompleto y manejo inadecuado. Según la opinión del experto que realizó el estudio de casos⁵², es posible que parte de estas deficiencias estén relacionadas con la falta de acceso a un estudio de diagnóstico previo, lo cual fue más notorio en los consultorios fuera de la Región Metropolitana.

Del mismo modo, el cumplimiento de las normas técnicas del componente ERA en el manejo terapéutico de los pacientes fue también muy variable. Según la opinión del experto que realizó el estudio de casos, se observó que en el establecimiento donde se contaba con horas de médico ERA el manejo fue generalmente adecuado, mientras que donde esto no ocurría, existían más deficiencias⁵³.

⁵² Se visitaron 4 consultorios en las Regiones Metropolitana, IV, y VI, los que corresponden a los mismos consultorios visitados para el estudio de casos de las salas IRA.

⁵³ Según las normas técnicas el componente debe proporcionar 22 horas semanales de médico por cada 2 o 3 salas ERA.

3.3.5. Componente Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de Problemas Respiratorios en Niños y Adultos.

La resolutivez del componente es evaluada positivamente. Un 90% de quienes se tomaron una radiografía declaran seguir controlándose en estos recintos luego de obtenido el diagnóstico. El 62% de los motivos por los cuales se les solicitó radiografía a los pacientes coincidió con el diagnóstico realizado⁵⁴.

El estudio de casos realizado⁵⁵ indicó que la solicitud de radiografía para un 50% de los casos no era pertinente⁵⁶. Sin embargo, el estudio no pudo determinar la causa exacta de este problema, dada la existencia de un déficit en los registros de las fichas clínicas, lo que impidió conocer con exactitud el tratamiento realizado por los médicos a cargo.

3.3.6 Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

Los resultados intermedios esperados de este componente son mejorar el nivel de resolutivez⁵⁷, conocer y cumplir los protocolos y normas técnicas de la atención en SAPU⁵⁸, y mejorar la conducta de los beneficiarios inducidos por las actividades educativas del componente.

Nivel de Resolutivez

De acuerdo a catastro de MINSAL, menos del 3% de los pacientes es derivado a otro centro de salud, y según los encuestados esta cifra es del 8%. Por otro lado, el 66% de encuestados reconoce no haber recibido otras atenciones con posterioridad a la última consulta en SAPU para resolver el mismo problema de salud. Sin embargo, dentro de ese conjunto, el 34% manifiesta haber necesitado nuevas atenciones. Por tanto, el porcentaje de personas que quedó conforme con el tratamiento entregado en SAPU y no requirió de atenciones adicionales constituye el 44% del total de la muestra. Esto sugiere tener cautela al evaluar la resolutivez, sobretodo considerando que los SAPU atienden mayoritariamente pacientes “policonsultantes”.

La mayor parte de los beneficiarios, de no haber podido atenderse en SAPU hubiese optado por la atención pública hospitalaria. En efecto, el 66% de los encuestados señala como alternativa de atención al “servicio de urgencia de hospital público” y “hospital del SNSS”. Esto permite suponer una contribución del Servicio de Atención Primaria de Urgencia en la descongestión de los establecimientos hospitalarios⁵⁹.

⁵⁴ Los pacientes son aquellos beneficiarios de las salas IRA y ERA que fueron encuestados en el marco de esta evaluación.

⁵⁵ Se visitaron las salas IRA y ERA de sus correspondientes estudios en las regiones Metropolitana, IV y VI.

⁵⁶ Nótese que este estudio no es estadísticamente representativo, por lo tanto no se pueden extrapolar las conclusiones para todos los establecimientos de atención primaria que cuentan con el componente.

⁵⁷ Este resultado se analiza según información del MINSAL de Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y las opiniones vertidas en la encuesta a beneficiarios sobre la necesidad de atenciones médicas posteriores, incluyendo derivaciones a centros de emergencia de mayor complejidad.

⁵⁸ Este resultado se evalúa con información del estudio de casos referido a la calidad técnica y pertinencia de los tratamientos.

⁵⁹ El equipo evaluador intentó plantear un modelo de datos de panel para encontrar una posible relación causal entre las consultas a nivel de SAPU y de urgencia hospitalaria en la Región Metropolitana, la escasez de datos (después de realizar las gestiones en todas las instancias relevantes del MINSAL) y su discontinuidad impidió la configuración de un modelo robusto. Por estos motivos, se desestimó dicha posibilidad. No obstante, a través de las opiniones de los mismos beneficiarios expresadas en la encuesta es posible conocer a grandes rasgos qué tipo de centros de atención médica

Conducta de los beneficiarios

El 75% de los beneficiarios que recibió consejos preventivos manifestó ponerlos en práctica siempre.

Conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas.

El análisis del estudio de casos realizado en cuatro establecimientos de la Región Metropolitana, durante el primer trimestre de 2005, muestra que el grado de cumplimiento y calidad técnica es variable en cada centro, de acuerdo a sus particularidades⁶⁰.

En general, todos los pacientes son controlados en sus signos vitales, pero no siempre la información que contienen las hojas de atención permite precisar diagnósticos y manejo terapéutico con exactitud en todos los establecimientos⁶¹, existiendo un problema de calidad en los registros. También se observó heterogeneidad en la derivación de pacientes. En algunos recintos la totalidad de los pacientes derivados a centros de urgencia de mayor complejidad correspondieron a urgencias no-vitales o vitales, y los traslados se realizan en forma oportuna y en vehículos perfectamente habilitados para ello (salvo por decisión voluntaria del mismo paciente). En otros, se detectaron varias deficiencias en el manejo y decisión de traslado a otros centros asistenciales, por cuanto parte de estos traslados pudo haberse evitado.

3.4. Resultados Finales

3.4.1. Componente Odontológico

El Componente Odontológico tiene entre sus objetivos recuperar integralmente la salud bucal de sus beneficiarios. En este sentido, a nivel de resultados finales se espera que los beneficiarios obtengan una mejor percepción de su salud bucal. Además se espera que los beneficiarios trabajen una mayor proporción de horas mensuales, tengan mayores salarios y mayor estabilidad laboral⁶².

Los resultados de las estimaciones indican que los beneficiarios tienen en promedio una mejor apreciación de su salud dental. Así, los beneficiarios presentan entre un 23% y un 35% de mayor probabilidad de percibir tener una buena salud dental respecto del grupo de control⁶³. Esto considerando los resultados de la estimación por matching y diferencia

podrían estar siendo descongestionados gracias a la existencia de establecimientos SAPU, aún cuando su impacto no pueda ser cuantificado.

⁶⁰ Para este componente, se ha decidido realizar el estudio solamente a nivel de la Región Metropolitana debido a que no se aprecian diferencias de consideración en las consultas de morbilidad atendidas por SAPU entre distintas regiones. Concretamente, se visitarán cuatro recintos SAPU a nivel metropolitano, número necesario para atender las categorías de las comunas pobre, no pobre; SAPU Corto y SAPU largo.

⁶¹ Esto equivale a decir que existe una alta heterogeneidad entre establecimientos en relación al tipo de información que registran sobre las pacientes y las atenciones brindadas. Lo anterior dificulta la obtención de conclusiones contundentes sobre el servicio entregado, por cuanto no queda claro si el déficit se encuentra en la calidad de la atención, en la calidad del registro, o en ambos.

⁶² Diversos documentos reconocen que la recuperación de la salud bucal mejora la autoestima y por ende podrían favorecer la inserción laboral. Dadas estas consideraciones y, aunque la inserción laboral no es objetivo específico de este componente, se evalúa la hipótesis de un efecto sobre esta dimensión.

⁶³ Este resultado se obtuvo con un 99% de confianza estadística. Este nivel de confianza es bajo el supuesto de que el modelo considera toda la información relevante para explicar el resultado final.

en diferencia. Por otra parte, el componente no posee un impacto estadísticamente significativo sobre la empleabilidad y los ingresos de los beneficiarios⁶⁴.

3.4.2. Componente IRA

EL resultado final esperado del componente IRA es reducir la mortalidad infantil por enfermedades respiratorias agudas. En particularidad se evalúa el efecto del programa sobre la mortalidad por causas respiratorias de menores de 1 y 15 años⁶⁵. Se estima mediante la metodología descrita en la sección 3.2. para el período 1987-2000⁶⁶.

Los resultados de la evaluación de impacto indican que con una confianza estadística de un 99%⁶⁷, el componente disminuye la tasa de mortalidad infantil por causas respiratorias en menores de 1 año en un 6% y en menores de 15 años en un 5%. La estimación además señala que la campaña de invierno, la educación de la madre y el nivel de pobreza de las personas son variables determinantes de la mortalidad infantil en el país. La siguiente tabla entrega los parámetros estimados y los niveles de significancia estadística para cada variable incluida en el modelo.

Resultados Impacto: Tasa de Mortalidad. Menores de 1 y 15 años

Variables Explicativas del Modelo	Menores de 1 año		Menores de 15 años	
	Parámetro Estimado	Confianza Estadística	Parámetro Estimado	Confianza Estadística
Componente IRA	-6%	99%	-5%	99%
Campaña de Invierno	-26%	99%	-14%	95%
Educación de la Madre	-57% ⁶⁸	95%	-23%	95%
Tasa Pobreza	118% ⁶⁹	99%	182%	99%
Número de Observaciones	140	-	140	-

3.4.3. Componente ERA

El resultado esperado final del componente ERA es reducir la mortalidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile. En particular se evalúa si las salas ERA reducen la mortalidad por causas respiratorias en los mayores de 65 años (adultos mayores). Se estima mediante la metodología descrita en la sección 3.2. para el período 2000-2002⁷⁰.

⁶⁴ No se registraron efectos en variables de situación laboral después de haber realizado estimaciones por los métodos de matching en corte transversal y de diferencias en diferencias.

⁶⁵ La mortalidad por causas respiratorias se define como el cociente entre el número de defunciones por causas respiratorias y la población del grupo etáreo correspondiente multiplicado por cien mil. La población de este grupo etáreo fue proyectada a partir de información sobre la composición etárea de la población comunal extraída de los censos de 1992 y 2002. Se supuso un crecimiento exponencial de la población.

⁶⁶ Para todas las estimaciones, la variable utilizada para medir la presencia del programa fue número de salas IRA por 100.000 habitantes menores de 15 años a nivel de Servicio de Salud.

⁶⁷ Estos grados de confianza son bajo el supuesto de que se cumple la condición de identificación de efecto causal. Es decir, que no existen variables relevantes que estén omitidas del modelo.

⁶⁸ La variable educación de la madre mide el porcentaje de mujeres mayores de 18 años pertenecientes a los hogares de los menores de un año, que al menos han cursado la educación básica. La estimación indica que un aumento de 1% en el porcentaje de mujeres que han cursado al menos la educación básica disminuye en un 57% la mortalidad infantil.

⁶⁹ Este parámetro indica que un aumento del 1% en el porcentaje de hogares pobres aumenta en un 118% la tasa de mortalidad infantil.

⁷⁰ Para todas las estimaciones, la variable utilizada para medir la presencia del programa fue número de salas ERA por 100.000 habitantes mayores de 20 años a nivel de Servicio de Salud. Las salas funcionan desde el 2001 pero se agregaron datos del año 2000 para capturar la situación "sin programa".

Los resultados de la evaluación de impacto del componente ERA indican que con una confianza estadística de un 99%, el componente disminuye la tasa de mortalidad de mayores de 65 años en un 8%⁷¹. La estimación además señala que el programa Adulto Mayor tiene impacto sobre la mortalidad de esta población. La siguiente tabla entrega los parámetros estimados y los niveles de significancia estadística para cada variable incluida en el modelo.

Resultados Impacto: Tasa de Mortalidad. Mayores de 65 años

Variables Explicativas del Modelo	Parámetro Estimado	Confianza Estadística
Componente ERA	-8%	99%
Gasto Público en Salud	-0,5%	- de 90%
Programa Adulto Mayor	-21%	99%
Número de Observaciones	69	-

3.4.3. Componente SAPU

El resultado final esperado del componente SAPU⁷² es la reducción de la mortalidad por traumatismos, accidentes y cuerpos extraños en zonas urbanas⁷³. Se utiliza la metodología de panel descrita en la sección 3.2. Las causas de muerte antes descritas fueron seleccionadas en consideración al tipo de atenciones que se realizan en los servicios de emergencia.

Los resultados de la evaluación de impacto del componente SAPU indican que no existe confianza estadística de que el efecto del componente sobre la tasa de mortalidad sea distinta de cero. La estimación además señala que la escolaridad de mayores de 18 años tiene un efecto negativo sobre la mortalidad de la población y que la tasa de pobreza tiene un efecto positivo sobre esta.

Resultados Impacto: Tasa de Mortalidad por traumatismos, accidentes y cuerpos extraños en zonas urbanas

Variables Explicativas del Modelo	Parámetro Estimado	Confianza Estadística
Componente SAPU	8%	- de 90%
Dummy 1998	-9%	90%
Escolaridad Mayores 18 años	-11%	99%
Tasa de Pobreza	88%	99%
Número de Observaciones	105	-

⁷¹ Sin embargo, a diferencia de la estimación del componente IRA, existen razones metodológicas para desconfiar de la identificación y precisión de este resultado. 1) No fue posible incorporar en el modelo variables socioeconómicas, las cuales en la estimación del componente IRA eran significativas y hacían disminuir el parámetro de impacto del programa. 2) La confianza estadística se obtiene mediante la estimación de matriz de varianza-covarianza FGLS la cual no es precisa cuando se cuenta con pocos datos. La imprecisión es mayor al estimar con datos de panel.

⁷² Se consideró el número de SAPUs que se encontraban funcionando en cada una de las "unidades de análisis" consideradas. Esta variable requirió indagar sobre el año en que empezaron a operar cada una de los SAPUs del país. La variable dicotómica que captura la presencia del componente SAPU año a año está dada por; d=1 si el componente SAPU existe desde el año t en adelante y 0 en caso contrario.

⁷³ Se define la mortalidad como el cociente entre el número de defunciones por causas de traumatismos, accidentes y cuerpos extraños y la población, multiplicada por cien mil.

4. Uso de recursos

4.1. Antecedentes Financieros

A continuación se presenta el presupuesto asignado y gasto efectivo estimado⁷⁴ de los componentes analizados en el período de evaluación:

Presupuesto (Aporte Fiscal ⁽¹⁾) Componentes 1999-2003 (Miles de \$2004)							
Año	Fondo de Incentivo	Odontológico	IRA	ERA	Apoyo Diagnóstico	SAPU	Total
2001	2.031.791	665.311	3.198.494	178.645	-	6.325.593	12.399.834
2002	1.230.676	1.061.294	3.160.142	829.358	231.458	6.670.446	13.183.374
2003	1.172.606	2.011.167	3.402.186	1.364.238	368.176	7.214.551	15.532.924
Variación 2003/2001	-42% ⁽²⁾	202% ⁽²⁾	6% ⁽²⁾	664% ⁽²⁾	59% ⁽³⁾	14% ⁽²⁾	25% ⁽²⁾

(1) Incluye sólo los recursos transferidos desde el Ministerio de Salud.

(2) Variación porcentual entre los años 2001-2003

(3) Variación porcentual entre los años 2002-2003

Se observa un crecimiento en el presupuesto asignado para todos los componentes menos para el componente Fondo de Incentivos.

Gasto de los Programas (Miles de \$2004)						
Año	Fondo de Incentivos ⁷⁵	Odontológico	IRA	ERA	Apoyo Diagnóstico ⁷⁶	SAPU ⁷⁷
2001	-	806.864	6.535.128	291.729	-	9.245.035
2002	-	1.270.752	6.749.588	1.221.110	231.458	9.865.027
2003	-	2.454.853	7.768.794	2.274.715	368.176	11.018.617
Variación 2003/2001	-	204% ⁽¹⁾	19% ⁽¹⁾	680% ⁽¹⁾	59% ⁽²⁾	19% ⁽¹⁾

El único componente para el cual no se dispone de información del gasto anual efectivo es el componente Fondo de Incentivos. Para todos los demás se observa un crecimiento en el gasto efectivo.

⁷⁴ En este informe se consideran dos metodologías para estimar el costo de las atenciones realizadas. La primera de ellas se desarrolla a partir del "Sistema de Costeo de Prestaciones" que estima el costo potencial de una prestación, basada en estándares de rendimiento de los recursos humanos directos utilizados y asumiendo que no existen "tiempos muertos". La segunda metodología denominada "Costo Promedio de Producción" estima el gasto de funcionamiento de un sistema de centro de costos. Un centro de costos corresponde a cierta área de decisión y responsabilidad en materias de gestión que es identificable con un proceso productivo. Por ejemplo, una Sala ERA o un SAPU el Costo Promedio de Producción se define como la razón entre el Costo Total de Producción y el número de prestaciones realizadas. Estas dos metodologías permiten estimar el costo unitario de las prestaciones realizadas. El gasto agregado de cada uno de los componentes puede calcularse de dos formas: en primer lugar como el producto del "Costo por Prestación Estimado Potencial" y número de las atenciones realizadas. En segundo lugar, como el producto del "Costo Promedio de Producción" de una unidad por el número de unidades; por ejemplo, el gasto estimado del componente SAPU se define como el producto entre el número de SAPUS y el costo de funcionamiento de uno de ellos.

⁷⁵ Debe señalarse que el presupuesto es asignado sin considerar ni costear las líneas de acción involucradas cada año. Dada esta complejidad, no se estimó el gasto para este componente.

⁷⁶ Los valores de esta columna corresponden al presupuesto asignado para el componente. Se asume que el 100% del presupuesto es gastado en radiografías.

⁷⁷ A partir de una encuesta realizada a SAPUs en todo el país se detectó que en promedio los SAPU largo funcionan 172 horas y por lo tanto las estimaciones estarían subestimando el gasto efectivo del componente.

4.2. Economía

La evaluación del período 1999-2003 indica una capacidad significativa del Programa de movilizar recursos de terceros, especialmente aportes municipales⁷⁸. Así el aporte municipal para el componente odontológico como proporción del gasto efectivo aumentó de 10% a 18% entre 1999 y 2003.

Para el componente IRA, según las estimaciones elaboradas en el presente estudio, el financiamiento proveniente de los Servicios de Salud y de terceros (municipios) ha sido desde el año 2001 mayor que el aporte fiscal, por el incremento sostenido en la participación de los recursos municipales. El aporte municipal como proporción del gasto efectivo creció de 32% a 42% entre 2000 y 2003.

Para el componente ERA, los recursos provenientes de municipios y Servicios crecieron en el periodo analizado de \$113 a \$910 millones. El aporte municipal como proporción del gasto efectivo se incrementó de 29% a 37% entre 2002 y 2003.

El componente Apoyo Diagnóstico, no cuenta con aportes municipales. El 100% del aporte fiscal es gastado en las radiografías⁷⁹.

El aporte municipal como proporción del gasto efectivo para el componente SAPU aumentó de 24% a 33% entre 1999 y 2003.

En el total del PRAPS, los aportes de municipios y Servicios se incrementaron en alrededor de \$4,2 miles de millones, entre 2000 y 2003, siendo más significativo el aporte municipal. La participación del aporte municipal como porcentaje del gasto efectivo creció de 25% en 2000 a 32% en 2003⁸⁰.

4.3. Eficiencia

Dado el carácter limitado y deficiente de la información entregada por los Servicios de Salud, para medir la eficiencia de los componentes solo fue posible construir algunos indicadores específicos por componente para realizar comparaciones con referentes “internos” o externos los que arrojan resultados respecto del programa.

En el componente Odontológico, el índice de producción⁸¹ creció en 3,9 veces entre 1999 y 2003, mientras el aporte fiscal lo hizo en 3,7 veces. Esta mejoría de la eficiencia en 7% es destacable considerando que en el período analizado el componente se expandió

⁷⁸ Conviene aclarar algunas definiciones utilizadas en los cálculos: (i) Aporte Fiscal: son las transferencias que se realizan desde el nivel central a los municipios y Servicios de Salud, específicamente para la ejecución de los componentes del PRAPS; (ii) Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas: son los aportes que realizan los administradores de establecimientos de dependencia de los Servicios de Salud para la ejecución de los componentes del PRAPS y son complementarios al Aporte Fiscal. (iii) Otras Fuentes Estimadas (aportes de terceros, aportes de beneficiarios): son los aportes que realizan los administradores de establecimientos municipales para la ejecución de los componentes del PRAPS y son complementarios al Aporte Fiscal. (iv) Gasto Efectivo Estimado: son las estimaciones realizadas en el presente estudio del gasto total de cada uno de los componentes del PRAPS.

⁷⁹ Sin embargo, debe señalarse que existe un costo derivado de la administración del componente, el cual no ha sido calculado, dada la dificultad para encontrar una metodología de estimación.

⁸⁰ Bajo el supuesto de que el gasto en los componentes Apoyo Diagnóstico y Fondo de Incentivo son aproximadamente iguales a su aporte fiscal. Si bien este supuesto es razonable, se carece de información para validarlo totalmente.

⁸¹ Se construyó un índice de producción ponderando las prestaciones identificadas por el monto en que estas son valorizadas.

principalmente en las comunas tipo rural pobre, rural no pobre y tipo costo fijo, las cuales en promedio tienen costos mayores que las comunas urbanas⁸².

El costo de la canasta de prestaciones promedio del componente, que fluctúa según tipo de comunas entre 74 y 104 mil pesos por beneficiario, es inferior al valor que se obtendría con los aranceles FONASA igual a 98 mil pesos en todas las comunas, con excepción de las de tipo rural pobre y costo fijo.

En el componente IRA, el arancel Fonasa para una infección respiratoria aguda (pago asociado a diagnóstico) es de \$260.000 por caso⁸³. Los aranceles Fonasa para las consultas integrales de especialidades en hospitales tipo 1, 2 y 3 son de \$4.900 y \$3.800 por atención, respectivamente, precios mayores al costo estimado de prestaciones realizadas en las salas IRA, las que tienen un valor por prestación que no supera los \$3.900⁸⁴, lo cual lleva a concluir el ahorro de recursos por el tratamiento oportuno en las salas. El gasto promedio por sala IRA es de \$18.614.500.

Análogamente, el tratamiento de una infección respiratoria aguda y el día cama integral para enfermos geriátricos o crónicos tienen un arancel de \$260.000 (pago asociado a diagnóstico)⁸⁵ y \$23.000, respectivamente, valores que exceden el costo estimado de las atenciones de las salas ERA, que oscila entre \$1.400 y \$4.500 por prestación, dependiendo del tipo de profesional que entrega el servicio y el tipo de comuna. El gasto promedio por sala IRA es de \$21.879.000.

En el Apoyo Diagnóstico, el monto de \$5.420 entregado por placa radiográfica por MINSAL a los establecimientos es claramente inferior a los precios de mercado en centros privados (cuyo precio mínimo identificado es de \$15.000) y al copago Fonasa en la modalidad de libre elección (cuyo valor es superior a \$6.000 en los mismos centros privados consultados).

En el SAPU, el índice agregado de producción relativo a la asignación presupuestaria no se modificó entre 2001 y 2003. El rendimiento de un SAPU corto (7,5 consultas por hora médica) es mayor que el de uno largo (5,4). Asimismo, el costo potencial de las consultas médicas no excede para ningún tipo de comuna los \$1.000, cantidad inferior en comparación con el arancel FONASA para consulta médico de atención primaria (\$3.040) y el correspondiente a la consulta en un servicio de urgencia de Hospital tipo 1 (\$8.000). Debe advertirse que, si bien los SAPU son una estrategia económica respecto a los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) y los consultorios de atención primaria, las atenciones en SAPU no son estrictamente comparables con su contrafactual en consultorios, ya que esta última es parte de un sistema más completo que incorpora el

⁸² Dada la heterogeneidad de comunas, se utilizó para los establecimientos de administración municipal la tipología del Sistema Per Cápita, la cual distingue cinco tipos de comuna: Urbana Pobre (UP), Urbana No Pobre (UNP), Rural Pobre (RP), Rural No Pobre (RNP) y Costo Fijo (CF). Se define como rural a comunas de menor tamaño poblacional, con mayores gastos en remuneraciones y de operación; mientras que la pobreza se determina en términos de ingresos municipales; en tal sentido se supone que una comuna no pobre tiene mayores recursos para financiar atenciones de salud. Las comunas Costo Fijo son aquellas con menos de 3.500 beneficiarios FONASA inscritos.

⁸³ El pago asociado a diagnóstico (PAD) determina el costo de una canasta promedio de prestaciones para el tratamiento de un paciente. Evidentemente, se trata de una atención de mayor complejidad que lo efectuado en la sala IRA.

⁸⁴ Para estimar el costo de una prestación se utilizó el tiempo de realización de cada prestación y las remuneraciones brutas por hora para cada tipo de comuna. Los costos directos e indirectos a cada prestación fueron imputados como proporción de los gastos en recursos humanos.

⁸⁵ Se advierte que el pago asociado a diagnóstico no es estrictamente comparable con la prestación de la sala ERA porque el primero incluye una canasta de atenciones, mientras que para las salas se calcularon costos unitarios por tipo de prestación.

concepto de atención integral (seguimiento, prevención, historia clínica, etc.). El gasto promedio anual por SAPU corto y largo es de \$85.583.600 y \$124.547.166, respectivamente.

5. Desempeño y Recursos Involucrados

El PRAPS está formado por componentes heterogéneos en sus objetivos y en las unidades de medición de beneficios. Por tanto, no es factible agregarlos ni emitir comparaciones entre los impactos de los componentes. A su vez, algunas variables de resultado son cualitativas y no son directamente interpretables en unidades de “beneficio-costo”. Por esta razón, a continuación se analiza los resultados de cada componente por separado en términos del costo por “unidad” de resultados.

El gasto por sala IRA para reducir en 1% la mortalidad en menores de un año, por cada cien mil habitantes menores de 15 años, fluctúa entre 3,5 y 5 millones de pesos (en valores de 2004)⁸⁶.

El gasto por sala ERA para reducir en 1% la mortalidad en personas mayores de 65 años, por cada cien mil habitantes mayores de 20 años, fluctúa entre 1,2 y 1,7 millones de pesos (en valores de 2004)⁸⁷.

Dado que no existe evidencia de impacto del componente Odontológico sobre el ingreso y la probabilidad de estar empleado de los beneficiarios, no es posible medir con confianza estadística el costo marginal del impacto.

6. Justificación de la Continuidad

La continuidad del PRAPS se justifica como una estrategia que permite probar nuevas tecnologías de atención para problemas de salud relevantes, y como una estrategia de reforzamiento de iniciativas recientes que carecen de difusión uniforme en el país. Sin embargo, la continuidad del PRAPS no se justifica como paliativo de la demanda insatisfecha, ni como una estrategia permanente y alternativa al sistema per cápita de la APS.

Viendo cada componente como estrategia de salud independiente del concepto de reforzamiento, las salas IRA, ERA y los SAPU están justificados por la vigencia de los problemas que abordan. En el caso de las enfermedades respiratorias, éstas siguen representando, según estadísticas oficiales (DEIS - MINSAL) de 2004, el 59% de la atención de urgencia de la RM en la población menor de 14 años, y su atención oportuna en consultorios y salas IRA y ERA es una opción costo efectiva, lo que justifica su continuidad. Para las personas mayores de 14 años, este porcentaje asciende a 13%.

Respecto a los SAPU, estudios de la red de urgencia MINSAL indican que al menos el 60% de la demanda que enfrentan los Servicios de Urgencia Hospitalaria (SUH) no es pertinente de resolverse en estos recintos por su baja complejidad, y por lo tanto requiere reorientarse hacia el nivel primario y atenderse oportunamente, a menor costo, como ocurriría en el SAPU.

⁸⁶ Según se trate de una misma sala operando en condiciones de menor costo (administrada por Servicio de Salud) o en el extremo de mayor costo (en comunas tipo Costo Fijo).

⁸⁷ Según se trate de una misma sala operando en condiciones de menor costo (comuna Urbana No Pobre) o en el extremo de mayor costo (comuna Urbana Pobre).

El componente Apoyo Diagnóstico es relevante porque aborda problemas respiratorios. No obstante, no está debidamente justificado como una estrategia de compra específica de radiografías de tórax, respecto a la adquisición de procedimientos - exámenes o prestaciones - que requiere la APS y que favorecería el aprovechamiento de economías de escala o de ámbito. Los documentos e información oficial carecen de un diagnóstico sobre los niveles de utilización de la capacidad instalada de imagenología en hospitales que identifiquen la relevancia de comprar radiografías adicionales. Adicionalmente, la precariedad de sus sistemas de información impide dar una respuesta concluyente sobre su continuidad en términos de eficacia⁸⁸.

En el componente Odontológico, la continuidad está justificada desde la perspectiva de la vigencia del problema que origina el componente. Sin embargo, dado que la atención dental es un área deficitaria en la salud de todos los chilenos, es conveniente tener mayor información para discernir si atender a un grupo específico - con los costos de transacción asociados a la existencia de un presupuesto marcado y convenios - es una alternativa preferible a asignar estos mismos recursos a ampliar de manera general la oferta de servicios dentales, o a otro segmento de la población. Si el componente avanza en insertarse en el Programa Chile Solidario, se justificaría como parte de una intervención integral en beneficio de los sectores más pobres, y faltaría contar con información que determine rigurosamente su impacto en las condiciones de vida y situación laboral de los beneficiarios en este nuevo escenario.

La continuidad del Fondo de Incentivo bajo su modalidad actual de funcionamiento es cuestionable desde diversas perspectivas. Se desconoce el diagnóstico concreto sobre el problema de eficiencia que se pretende abordar y sus eventuales causas. Esto dificulta discernir si las líneas de acción específicas de cada año son en efecto las que más impactan en el logro del propósito de mejorar la gestión, más aún si el componente financia metas que ya son parte de otros programas que se realizan, independientemente de la existencia del Fondo. Adicionalmente, se carece de indicadores de verificación de la eficacia, por ejemplo, del impacto de la gestión de listas de espera en la toma de decisiones y en la capacidad resolutoria del establecimiento.

7. Recomendaciones

1. Potenciar la gestión del PRAPS con una dirección que unifique los elementos diversos de sus componentes, permita aprovechar sinergias y obtener procesos de producción y supervisión más eficientes. En este sentido se recomienda:
 - Revisar la factibilidad de reducir los costos de transacción asociados a la multiplicidad de convenios, permitiendo que un solo convenio defina las condiciones de realización de varios componentes del PRAPS, lo que presenta la ventaja de obtener economías de procesos y acercar las perspectivas de los distintos componentes en una lógica común. La adopción de esta sugerencia es factible explicitando la responsabilidad de coordinación a nivel central y regional, y procurando un manejo flexible para contener las diferencias entre componentes.

⁸⁸ El 70% de los pacientes de las salas IRA y ERA encuestados con necesidad de una radiografía habrían accedido a la toma de ésta antes de 24 horas, tal como lo establecen los lineamientos del componente, pero se desconoce cuántas de estas personas fueron beneficiarios efectivos de la compra de radiografías. Es decir, está abierta la posibilidad de que la mayor parte de los exámenes se hayan realizado en la modalidad "sin programa" y que, por tanto, la presencia del componente no esté reduciendo significativamente los tiempos de espera.

- Unificar criterios para el diseño de indicadores de verificación de logro, y mejorar la coordinación con las instancias de MINSAL responsables de consolidar las estadísticas del sector, de modo de aprovechar los recursos informáticos disponibles⁸⁹.
 - Otorgar una lógica común a la asignación de recursos desde el nivel central. Es decir, si bien los componentes son diversos, en cada uno se esperaría que la asignación hacia los niveles regionales incorpore ex ante las diferencias de la población a cargo según su perfil epidemiológico y socioeconómico. Este aspecto también incluye la conveniencia de verificar el cumplimiento de los criterios de asignación de recursos transferidos para la expansión de un componente (ERA, SAPU, Odontológico).
 - Identificar los componentes cuya función normativa requiera mayor desarrollo a nivel central. Por ejemplo, en la adecuación de los modelos de atención del SAPU a su perfil de usuarios (enfermos crónicos y policonsultantes). Los resultados de la encuesta llevan a plantear esta sugerencia a los componentes SAPU, ERA e IRA.
2. Priorizar, en el entendido del PRAPS como “reforzamiento”, estrategias innovadoras que se encuentren en período de prueba, cuya presencia en el país es parcial, o que atiendan demanda insatisfecha coyuntural. Es decir, los componentes ya validados en términos de gestión y resultados sanitarios, difundidos a nivel nacional y que abordan problemas de salud de carácter permanente son susceptibles de incorporarse al modelo de gestión descentralizada y financiamiento per capita. El componente IRA satisface todas estas condiciones, en tanto el componente ERA podría requerir un período mayor de experimentación y difusión antes de trasladarse a la modalidad per capita.

Componente Fondo de Incentivos

3. De continuar el componente Fondo de Incentivo, se sugiere una redefinición desde su diseño, planteando un modelo de causalidad de las variables que generan el problema de gestión que se pretende abordar, y que éste sea relevante. Además, se debería revisar la conveniencia de atacar problemas de gestión a nivel local (consultorio) respecto a temas transversales al conjunto de la APS y el sistema público de salud (flexibilidad de gestión de recursos humanos, incentivos a mayor competencia y orientación al usuario, etc.).
4. Reducir la dispersión de líneas de acción que se apoyan y otorgarles mayor continuidad en el tiempo. Esto no es incompatible con plantear que el cumplimiento de lo programado se refleje en indicadores verificables en periodos acotados de tiempo.
5. Definir metas de desempeño que se puedan relacionar con los recursos asignados – cuando requieran producción adicional - y permitan identificar el esfuerzo generado

⁸⁹ Es válido preguntarse si es preferible radicar los sistemas de información en el nivel central o en los Servicios de Salud. De acuerdo al marco conceptual presentado en esta investigación, la ejecución de un marco regulatorio (definido a nivel central) puede optimizarse en el nivel regional (Servicios de Salud) que debiera poseer mayor información sobre las realidades locales. No obstante, por lo aprendido en esta investigación, los recursos informáticos del sector parecen escasos y los Servicios de Salud son heterogéneos en el grado de cumplimiento de la tarea de tuición técnica que les asigna el Estatuto de Atención Primaria, argumentos a favor de una solución más centralizada. Este comentario es aplicable a todos los componentes.

por el incentivo. Esto es clave cuando se proponen actividades que ya están financiadas por otros programas de salud.

6. Garantizar que los recursos que premian el desempeño lleguen efectivamente a las personas y/o establecimientos que alcanzaron el mayor cumplimiento de metas.
7. Diseñar indicadores de verificación que, a diferencia de los actuales, impliquen mayor exigencia y sirvan para diferenciar a los establecimientos más eficaces. En este sentido, los indicadores de logro en áreas como OIRS y gestión de lista de espera son más adecuados si dan cuenta del impacto de dichas estrategias en la toma de decisiones del consultorio.
8. Utilizar estrategias más simples para abordar aspectos relevantes de gestión, motivación y desempeño de los recursos humanos a nivel local, tales como: concursos, incentivos variables vinculados a estándares de atención al cliente o al ejercicio de los directivos de establecimientos.

Componente Odontológico

9. Determinar la validez del componente Odontológico como programa de salud. Se sugiere entregar indicadores que respalden la atención a un grupo específico - con los costos de transacción asociados a la existencia de un presupuesto marcado y convenios – como una alternativa preferible a asignar estos mismos recursos a ampliar de manera general la oferta de servicios dentales o de otras prestaciones.
10. Reconsiderar la posibilidad de reactivar líneas de cooperación intersectorial, de modo que los beneficiarios de escasos recursos reciban atención integral que mejore sus oportunidades económicas y calidad de vida. Esto podría hacerse potenciando la participación de beneficiarios del Chile Solidario en el componente dado que se considera que la información cualitativa y cuantitativa analizada muestra que la vinculación del componente con Chile Solidario es aún incipiente.
11. Revisar la ejecución de la focalización. Se requiere indagar si existe información suficiente para seleccionar a participantes que reúnan el perfil establecido para la población objetivo actual, el cual difiere significativamente de los beneficiarios efectivos, como se confirmó en la encuesta a grupos de tratamiento y control. Si no es factible una focalización exitosa, se sugiere difundir criterios complementarios – por ejemplo: tiempo en lista de espera por atención odontológica- que acoten los márgenes para la discrecionalidad. Esto es especialmente importante porque el componente entrega un monto fijo por alta odontológica integral, lo que representa un incentivo potencial para seleccionar a los pacientes más sanos.
12. Mejorar el seguimiento a los pacientes, incluyendo en la canasta de prestaciones al menos un control posterior para verificar la conformidad de las tapaduras y de las prótesis entregadas. Esto redundaría en la satisfacción usuaria, calidad del componente y también en su eficiencia, por ejemplo, reduciendo la subutilización de prótesis, que hoy involucra a cerca del 20% de los beneficiarios encuestados.

Componente IRA

13. Avanzar en la integración de las salas IRA al modelo de gestión descentralizado de la APS. Un aspecto concreto se refiere a permitir desde el nivel central una mayor coordinación entre los profesionales de las salas y el resto del consultorio, y que los primeros apoyen de manera más flexible las necesidades del establecimiento, lo que permitiría al consultorio planificar sus tareas en períodos en que se sabe que la demanda de atenciones respiratorias es menor.
14. Evaluar la factibilidad de dar continuidad a las condiciones contractuales del personal de las salas.
15. Explicitar la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos, ambientales y socioeconómicos en la decisión de asignación de recursos para la implementación de nuevas salas.
16. Revisar el modelo de atención de las salas y su adecuación al perfil de necesidades de los enfermos crónicos, que sin constituir la mayoría - la tecnología de las salas se orienta a patologías agudas - son un segmento no menor (ver recomendaciones ERA).
17. Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela, los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal.

Componente ERA

18. Avanzar en la integración de las salas ERA al modelo de gestión descentralizado de la APS. Un aspecto concreto se refiere a permitir desde el nivel central una mayor coordinación entre los profesionales de las salas y el resto del consultorio, y que los primeros apoyen de manera más flexible las necesidades del establecimiento, lo que permitiría al consultorio planificar sus tareas en períodos en que se sabe que la demanda de atenciones respiratorias es menor.
19. Evaluar la factibilidad de dar continuidad a las condiciones contractuales del personal de las salas.
20. Explicitar la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos, ambientales y socioeconómicos en la decisión de asignación de recursos para la implementación de nuevas salas.
21. Dado que el componente replica la tecnología de las salas IRA, conviene evaluar - técnicamente y desde el usuario - el modelo de atención y su adecuación al perfil de necesidades de los enfermos crónicos, que constituyen la mayoría de sus beneficiarios y requieren un cuidado integral que maneje oportunamente sus problemas y las "morbilidades" que son tratadas en otros programas del consultorio orientados a este sector.
22. Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela los indicadores de

caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal.

Componente Apoyo de Diagnóstico

23. De continuar el componente Apoyo de Diagnóstico, se recomienda redefinirlo desde su objetivo – y el diagnóstico del problema – hasta los sistemas de información que permitan validar su eficacia. En este sentido, se debería respaldar la pertinencia de esta estrategia de compra específica de radiografías de tórax. Es deseable financiar un diagnóstico oportuno de enfermedades respiratorias, pero se desconocen las ventajas específicas de desarrollar esta iniciativa de manera aislada respecto a la adquisición de procedimientos - exámenes o prestaciones - que requiere la APS y que favorecería el aprovechamiento de economías de escala o de ámbito⁹⁰. Asimismo, se debe actualizar el diagnóstico sobre el nivel de utilización de la capacidad instalada de imagenología en el sistema público de salud, con el propósito de identificar si realmente el componente aportaría a mejorar la oportunidad de la atención respecto a la modalidad “sin programa”.
24. Explicitar criterios de asignación de recursos y la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos.
25. Construir un sistemas de monitoreo y evaluación que permita recopilar información de un conjunto crítico de indicadores que verifiquen la priorización de menores de un año y adultos mayores, así como la eficacia, calidad e impacto en reducir los tiempos de espera por radiografías.

Componente SAPU

26. Hacer compatible su carácter dual de puerta de entrada a la red de urgencia y de establecimiento que mayoritariamente atiende morbilidad general. El balance actual desfavorece el segundo objetivo, y requiere considerar ajustes en la regulación y en el modelo de atención para que el SAPU asegure un ingreso adecuado a la red electiva. La evidencia de la encuesta revela que los SAPU tienen “clientes frecuentes” que podrían resolver sus problemas recurrentes en el consultorio.
27. Fortalecer el papel normativo de los niveles central y regional, promoviendo una mayor vinculación con el consultorio y los programas de la APS que se realizan en él. Esto permitiría un mejor seguimiento de los “policonsultantes”, muchos de los cuales podrían ser enfermos crónicos, que actualmente cuestionan la calidad y costo efectividad del SAPU y requieren un cuidado integral como el que entrega el consultorio. Adicional al tema de posibles enfermos crónicos se encuentra el de un segmento no menor de personas que prefiere una atención de choque - aunque no sea integral – por restricciones de su jornada laboral o por la comodidad de acceso relativa al horario del consultorio.
28. Otra forma de avanzar en adecuar la oferta de la APS al perfil de demanda para equilibrar impacto sanitario y satisfacción usuaria, sería sustituir el SAPU por extensión horaria del consultorio, o incorporar al recinto funcionarios que trabajen bajo

⁹⁰ La sola evidencia de que los exámenes comprados bajo esta modalidad tendrían menor precio es insuficiente si no es pertinente adquirirlos.

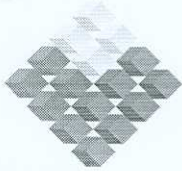
esta modalidad. Si esta alternativa no está disponible, conviene tener para estos pacientes, al menos, un registro o memoria sobre sus visitas y una estrategia que los incentive a atenderse en el consultorio como mejor opción.

29. Evaluar la posibilidad de restringir el horario de funcionamiento de los SAPU en la madrugada, periodo en el cual los SUH están en mejores condiciones de atender la urgencia vital. En este estudio se ha identificado una menor productividad de los SAPU largos respecto a los cortos⁹¹.
30. Explicitar la normativa existente en relación a la ponderación de los criterios actuales – demográficos, socioeconómicos, etc. - utilizados para la expansión del componente SAPU.
31. Mejorar la supervisión del desempeño de los SAPUs. A diferencia de otros, el diseño y recopilación de indicadores puede potenciarse aprovechando la información que ya existe en otras unidades del MINSAL, Departamento de Estadísticas, equipo de monitoreo de la red de urgencia, entre otros.

⁹¹ El equipo evaluador no dispuso de información para cuantificar la importancia de una eventual duplicidad de horario con los consultorios adyacentes a los SAPU que cuentan con extensión horaria durante las tardes.

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN
RESPONSABLE**

AGOSTO 2005



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Gabinete Ministro
Dpto. Control de Gestión
ATC/HRG



ORD. A 12 N° 3277

ANT.: Oficio N° 545, de 2005, de
Dirección de Presupuestos.

MAT.: Remite observaciones a informe
final PRAPS.

Santiago, 1 SET. 2005

**DE: DR. PEDRO GARCIA ASPILLAGA
MINISTRO DE SALUD.**

**A: SR. MARIO MARCEL CULLEL
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS.**

1. En respuesta al oficio de la referencia, cumpla con remitir a Ud. las observaciones, conclusiones y sugerencias relevantes que la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha formulado al informe final del estudio "EVALUACIÓN EN PROFUNDIDAD DEL PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA SALUD PRIMARIA", que el suscrito comparte y hace suyas.
2. Cabe señalar que con anterioridad se formularon las correspondientes observaciones al primer y segundo informe de avance del indicado estudio.

Saluda atentamente a Ud.



**DR. PEDRO GARCIA ASPILLAGA
MINISTRO DE SALUD**

Distribución:
Dirección de Presupuestos
Ministro de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión Red Asistencial
Dpto. Control de Gestión
Of. de Partes



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION GESTIÓN RED ASISTENCIAL
DPTO. DE MODELO/ UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA
DPTO DE EVALUACIÓN DE RECURSOS Y DESEMPEÑO

OBSERVACIONES

Informe Final “Evaluación en Profundidad del Programa de Reforzamiento de la Salud Primaria”

En base a las observaciones emitidas por MINSAL a las presentaciones precedentes al Informe Final “Evaluación en Profundidad del Programa de Reforzamiento de la Salud Primaria”, y a la lectura del informe Final, a continuación se efectúan algunas observaciones:

I. ANÁLISIS DE DISEÑO DE LOS COMPONENTES PRAPS.

El Informe final señala que si bien está identificado el problema que aborda el Programa, en la mayoría de los componentes, no se considera adecuado el diseño del mismo en función del problema que se pretende solucionar, especialmente en los componentes de Fondo de Incentivo y Odontológico.

Al respecto, se señala que el diseño de cada componente ha correspondido a los criterios de política sanitaria, implementándose para la identificación y tratamiento del problema, intentando coordinar los lineamientos particulares de cada uno.

En ese contexto, el componente Incentivo ha servido como apoyo para nuevas iniciativas sanitarias, procurando sesgar e intencionar comportamientos, y que una vez que han sido probadas y cuentan con evidencia y financiamiento han sido redireccionadas y absorbidas en otros programas; y cuando es necesario han sido reemplazadas por nuevas; de allí la dificultad de evaluarlas. No obstante, se resalta la necesidad de mejorar el seguimiento de indicadores y procurar convergencia de sus objetivos a la realidad local.

Por otro lado, el componente Odontológico ha sido discutido en cuanto a la población objetivo que maneja, la cual se ha visto incrementada a través de los años de funcionamiento del componente, disminuyendo los límites de entrada al programa, al incorporar hombres y el concepto de escasos recursos; asimismo, es controvertida la decisión de no haberlo mantenido exclusivamente asociado a jefas de hogar para la atención entregada; al respecto, se asume como clave la revisión y potenciación de la coordinación del componente con el Programa de Chile Solidario.

II. POBLACIÓN OBJETIVO DE LOS COMPONENTES PRAPS.

En general, se analiza la relación de la población objetivo que adscribe cada componente con los objetivos del programa y su progresión en el futuro, aportando a

la mejoría de criterios de selección; a su vez, se resalta que éstos no destacan específicamente los objetivos del modelo de atención.

De lo anterior, corresponde a esta División hacer destacar que los componentes PRAPS, nacen de criterios distintos del sistema de financiamiento vía per cápita, esto es, si bien cada uno mantiene población objetivo conforme a sus características, no corresponden directamente a población inscrita validada, sino a prestaciones definidas a cumplir por un equipo de salud acotado y relacionado con los objetivos de cada componente. No obstante, cabe señalar, que en cuanto al desarrollo de los programas, una vez, que han alcanzado cobertura nacional y una suficiente consolidación, han sido incorporados al plan de salud, vía sistema de financiamiento de per capita, como ha ocurrido el 2005, con el Programa (en este caso, componente) de Infecciones Respiratorias Agudas en Niños – IRA.

Adicionalmente, la naturaleza de los componentes PRAPS consiste en atenciones de urgencia (SAPU), iniciativas piloto o reforzamiento de algunas ya en funcionamiento (Incentivo), de enfermedades agudas (IRA, ERA y Apoyo Radiológico) y atención integral oral (Odontológico), todas ellas asociadas a atenciones de respuesta inmediata y urgencia y de cierre de brechas, lo cual complementa los objetivos del modelo de atención, siendo el control de crónicos incorporado a la atención continua, cuyo seguimiento es tarea de los consultorios del país.

III. COMPLEMENTARIEDAD DE FUNCIONES DE LOS COMPONENTES PRAPS.

Resulta importante destacar que las actividades que realizan y los objetivos que manejan los componentes guardan complementariedad con programas vigentes. Específicamente, el componente Incentivo corresponde al apoyo de iniciativas puntuales y no tiene relación con los recursos que se entregan a los funcionarios a través de la Ley N° 19.813, entre otros conceptos por desempeño colectivo o retiro de sus funciones.

Además, a partir del año 2005 el programa de salud integral oral para niños de 6 años cuenta con recursos propios, y se complementa con las funciones del componente Incentivo y con el Odontológico, así como las de éste último con el programa de salud del adulto mayor.

Por otro lado, las funciones que se realizan en SAPU, no pueden ser homologadas con aquellas desarrolladas en las Extensiones Horarias, dado que corresponden a objetivos distintos; responden incluso a horarios y modalidad de trabajo esencialmente diferentes.

IV. JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE LOS COMPONENTES PRAPS.

Dado que el PRAPS se genera, principalmente, para aumentar la resolutivez del nivel primario en áreas críticas por su relevancia sanitaria – donde subyace un déficit de atención – e introducir estrategias innovadoras de tratamiento y esta última situación es una condición común de los sistemas de salud, es necesario mantener la estrategia de financiamiento, principalmente orientada a implementar nuevas tecnologías en APS y consolidarlas de acuerdo a su resultado.

El sistema de financiamiento per capita es la alternativa para avanzar en el incremento de las acciones de salud en el nivel primario, las que estén consolidadas, como es el caso del programa IRA que hasta el año 2004 se financiaba como PRAPS

y a partir del 2005 está mayoritariamente incorporado al plan de salud que determina el aporte per cápita.

El componente SAPU, si bien lleva 15 años y ha dejado de constituir una innovación, aborda un tema permanente – la necesidad de una puerta de entrada a urgencia que resuelva la mayor cantidad de casos en el nivel primario. Además, no es una estrategia que se incorpore en todas las comunas del país, no existe la misma cantidad de SAPUs por comuna de acuerdo a población; por tanto el déficit aún existente en SAPU. Considerando sólo el criterio de población, para comunas con más de 30.000 inscritos, se necesitan 134 SAPU. Todos los elementos anteriores y la naturaleza de su acción no lo hacen aconsejable incorporar al sistema per cápita actual, pero si revisar el mecanismo de financiamiento; esto es realizar todas las acciones para lograr convergencia de estructura de costos y financiamiento. Con la incorporación funcional a la red de urgencia por parte de cada red asistencial en el año 2004, se espera exista una coordinación más fluida del SAPU con el resto de niveles de atención involucrados en la red de urgencia.

El componente Apoyo Diagnóstico no sólo es justificable con los mismos argumentos sobre la relevancia de las enfermedades respiratorias en el perfil epidemiológico y en la estructura de demanda de prestaciones médicas, sino que además, un acceso oportuno a las radiografías de tórax constituye una prestación definida en dos problemas de salud cuya resolución debe darse prioritariamente en atención primaria. Por esta razón proponemos mantener la estrategia, mejorando los mecanismos de registro y control, de modo de asegurar su uso con relación al cumplimiento de las garantías de las IRA en menores de 5 años y las neumonías adquiridas en comunidad en adultos de 65 y más años.

Reconociendo que la atención dental es un área deficitaria en la salud de todos los chilenos, la ampliación general de la oferta sólo es una buena alternativa si el gobierno está en condiciones de incrementar el aporte sectorial en una importante proporción, ya que el costo de entregar atención de salud oral es muy alto y es un tema internacionalmente no resuelto.

Cuando las coberturas de atención son tan bajas como las de la salud oral, la única forma de crecer sin generar expectativas difíciles de cumplir es mediante programas acotados y focalizados en grupos de riesgo, como es el caso de priorizar en el Programa Chile Solidario actualmente y/o en el grupo definido como mujeres y hombres jefes de hogar en extrema pobreza, que además requiere trabajo con el intersector (base del trabajo de APS) y regula la selección del beneficiario por externos al centro de salud. Proponemos definir mejor la focalización del programa.

El Fondo de Incentivo no ha tenido una formulación con objetivos constantes que hubiesen permitido una evaluación de las diferentes estrategias que se han impulsado o reforzado con este componente. Además, en la medida en que se han desarrollado nuevos instrumentos de gestión asociados a incentivos (ley 19.813), la lógica inicial de este componente se fue diluyendo. Sin embargo, con el nuevo enfoque de trabajo en salud con la reforma, el desarrollo de mecanismos de control como el Índice de Actividad de Atención Primaria y la incorporación del sistema de garantías, se ha hecho más patente la necesidad de desarrollar, reforzar u optimizar los sistemas de registros en salud, principalmente en atención primaria, por lo que este componente se puede evaluar como una buena alternativa para apoyar la gestión en esta línea. Existe un profundo análisis del problema que permitirán dar una buena definición de éste y acotar las propuestas.

V. RESULTADOS DEL ESTUDIO.

En general, los resultados del estudio son positivos y entregan evidencia acerca de algunas teorías que se manejaban respecto a los componentes PRAPS en MINSAL. Ejemplo de ello, son las percepciones de oportuna y accesible atención en las salas IRA y ERA por parte de los usuarios, así como de la realización de placas de tórax.

En términos de número, oportunidad, accesibilidad e información asociada a las atenciones recibidas por los usuarios, el estudio valida el impacto percibido por los encargados en sus evaluaciones parciales de los componentes y determina algunos puntos en que se podría aún mejorar, sobretodo en lo que guarda relación con los criterios de asignación de recursos.

VI. CONCLUSIONES.

Conforme a los puntos anteriores, las conclusiones de este estudio apuntan a resultados positivos en materia sanitaria, pero que requerirían revisiones acerca del diseño de cada componentes, así como de la focalización e identificación de la población objetivo, si bien en general, se entiende definido y atendido el problema que origina cada componente PRAPS.

A partir de las conclusiones y sugerencias emitidas por el equipo evaluador, MINSAL considera relevante los siguientes puntos:

VII. SUGERENCIAS RELEVANTES.

- Analizar la conveniencia práctica de desarrollar un contexto en que se coordinen los distintos componentes PRAPS, a través de un solo convenio y objetivos, lo que si bien no ha sido objetivo del Programa, pudiera ser analizado para mejorar el uso de la información existente.
- Mejorar el registro y supervisión de los indicadores de desempeño de los componentes Praps, con especial cuidado en el diseño y recopilación de la información a través de las estadísticas existentes e informatización de los resultados.
- Analizar la situación contractual de los equipos que desarrollan funciones especialmente en las salas IRA y ERA, en lo que respecta a los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, dado que mantienen su condición de honorarios, lo que en definitiva afecta la continuidad del trabajo por la rotación de los funcionarios a cargo, que debe ser discutido con el Ministerio de Hacienda, pues impacta en la necesidad incremental de cargos. A su vez, respecto de la administración municipal, cabe resaltar que se trata de administración independiente, dada la ley orgánica que los rige y la regulación del Ministerio es través de políticas y programas sanitarios.
- La persistencia de los problemas que originaron los componentes PRAPS, no permite eliminarlos, así como los presupuestos de que dispone no permiten incorporar a todos ellos al sistema per cápita, sino sólo aquellos componentes de mayor cobertura y desarrollo a nivel nacional. Es por ello que, en el presente año se incluyeron los recursos del componente IRA al valor per cápita mensual por comuna, lo que a medida de que los presupuestos lo permitan se incrementaría paulatinamente.

- Dado el mejor resultado de la implementación de SAPU cortos (67 horas semanales) que arroja este estudio, desde el año 2003 se ha incorporado este criterio a la asignación de recursos para nuevos establecimientos que cuenten con SAPU.
- En relación a la atención de crónicos en salas IRA y ERA, y dado que esto no forma parte del objetivo central de dichos componentes, se podría potenciar la coordinación de información de usuarios de las salas con los consultorios relacionados, lo cual permitiría hacer un seguimiento de los pacientes crónicos con mayor fluidez confiabilidad.