

**INFORME FINAL
PROGRAMA COMPRA A PRIVADOS DEL PROGRAMA
DE PRESTACIONES VALORADAS**

**MINISTERIO DE SALUD
FONDO NACIONAL DE SALUD**

PANELISTAS:

**Susana Pepper Bergholz (COORDINADORA)
Karina Sepúlveda Alfaro
Jaime Campos Gutiérrez**

ENERO – AGOSTO 2013

TABLA DE CONTENIDOS

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA.....	3
1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA.....	3
2. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO.....	15
3. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS	18
II. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	20
1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	20
2. DESEMPEÑO DEL PROGRAMA.....	23
3. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL	65
III. RECOMENDACIONES.....	68
IV. BIBLIOGRAFÍA	71
V. ENTREVISTAS REALIZADAS.....	72
VI. ANEXOS DE TRABAJO.....	73
ANEXO 1	73
ANEXO 2 A) MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	77
ANEXO 2 B) MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN (PERÍODO 2009-2012)	88
ANEXO 2 c) ANÁLISIS DE DISEÑO	95
ANEXO 3: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA	103
ANEXO 4: ANALISIS DE GÉNERO.....	127
ANEXO 5	128
ANEXO 6	139

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

1. Descripción general del programa

El Programa Compras a Privados (PCP) que se evalúan en este estudio, está compuesto por 4 componentes, los que se desarrollan en forma progresiva desde el año 2010, con excepción del 1º componente según se explicita a continuación:

- **Componente 1: Compra de prestación Diálisis¹:** Pacientes con insuficiencia renal crónica terminal reciben tratamiento de diálisis en red de prestadores privados. Este programa se inicia el año 2005 con la incorporación de este Problema de Salud a las “Garantías Explícitas en Salud” (GES²) del Régimen General de Garantías en Salud³. A marzo del 2013 un 88% de esta demanda es cubierta por el PCP y las otras prestaciones las realizan los Servicios de Salud (SS) que cuentan con la implementación de estos servicios.
- **Componente 2: Compra de camas integrales⁴:** Pacientes beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) son derivados a centros privados a través de la compra de “días camas integrales” cuando no hay disponibilidad en el sector público de salud. Este se inicia en Mayo del 2009 a raíz de la pandemia influenza y se incorpora formalmente al PCP en el 2010. La derivación es gestionada por la Unidad de Gestión de Camas Críticas (UGCC) de la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- **Componente 3: Compra de prestaciones Bono AUGE⁵:** los pacientes beneficiarios de FONASA que reclaman por incumplimiento de garantía de oportunidad GES dentro de los primeros 15 días son atendidos en la red privada. Este componente se inicia el 2011 con la aplicación del “Bono AUGE”, estrategia para resolver las listas de espera asociadas a problemas de salud GES. La normativa legal hace recaer en el FONASA la resolución de estos reclamos, la que se realiza a través de prestadores privados si la oferta pública no permite cumplir con los plazos que para estos efectos establece la ley.
- **Componente 4: Compra de otras prestaciones:** incluye prestaciones que no están contenidas en los tres componentes anteriores. Estas comprenden mayoritariamente en términos de beneficiarios y de gasto, camas básicas para crónicos y pacientes terminales (denominadas socio-sanitarias) y algunos

¹ Se denomina “Diálisis” a este componente, el que incluye tanto el procedimiento Hemodiálisis como Peritoneo diálisis que son diferentes pero ambos aplicados a pacientes con insuficiencia renal terminal.

² También denominado AUGE (“Acceso Universal Garantías Explícitas”)

³ Según listado de Problemas de Salud GES contenidas en el DS 44 de Enero del 2005

⁴ Se refiere principalmente a cama intensivo, intermedio y de agudos.

⁵ El Componente Diálisis es parte de las garantías GES del denominado “Programa de Acceso Universal con Garantías Explícitas” (AUGE), sin embargo FONASA lo define como un componente aparte, dada la relevancia que tiene en cuanto a N° de beneficiados como en cuanto a recursos financieros destinados a él.

exámenes y procedimientos específicos principalmente gastroenterológicos, de radioterapia, medicina nuclear e imagenología. Se incorporan al PCP el 2011.

Como se señalara, si bien la compra a privados por parte del FONASA existe desde el año 2005 en adelante, a juicio de los entrevistados, esta era una actividad poco sistemática y no constituía un programa institucional; más bien respondía a situaciones puntuales, con excepción de Diálisis, que a partir de su incorporación al AUGE genera una demanda que se satisface en forma creciente y progresiva en el sector privado. Desde el año 2010 en adelante, la complementación pública y privada es definida por el FONASA como parte de las políticas institucionales y sectoriales⁶, generándose para ello una estructura organizacional y asignándose recursos acorde a la importancia que se le otorga a esta política. Este programa aplica sólo para beneficiarios que se atienden bajo la Modalidad Institucional (MAI), sin afectar aquellos que se atienden en Modalidad Libre Elección (MLE).

El PCP se asocia al Objetivo Estratégico Institucional N° 1 del período 2012-2014: Entregar cobertura en salud a los asegurados(as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por Ley y a las garantías AUGE y no AUGE. Este Objetivo se asocia al Producto Estratégico “Plan de Salud” cuya descripción señala: *Describe la relación que existe entre el asegurado y el seguro de salud, en lo que se refiere a los derechos del asegurado. Aquí se establecen los beneficios y prestaciones médicas y pecuniarias a que tienen derecho los asegurados del FONASA. (Arancel de prestaciones, cobertura financiera de las prestaciones del arancel y las garantías explícitas de salud GES).*

Su **fin** es contribuir a mejorar la calidad de vida de los asegurados del FONASA, aumentando la cobertura, acceso y oportunidad en la entrega de prestaciones de salud requeridas. Su **propósito** es *“Reducir la brecha de demanda oferta a través de la compra a privados de prestaciones priorizadas de salud que genera la insuficiente oferta del sector público, mejorando la oportunidad en la entrega de éstas”.*

Para estos efectos, FONASA establece convenios con los prestadores privados, los que regulan la relación entre ambos y definen las exigencias técnicas para la realización de las prestaciones incluidas en el PCP. Se utilizan tres modalidades de contrato: Convenio Marco, licitación a través de Mercado Público y trato directo. La oferta se pone a disposición de los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), o en el caso del componente camas críticas, la oferta es gestionada por la UGCC. El PCP es gestionado centralizadamente y su cobertura es a nivel nacional incorporando todos los Servicios de Salud del país.

⁶ El DS N° 1 del 2005 establece en su artículo 49 “El Fondo dependerá del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes generales deberá someterse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determina el presente Libro.” Por tanto, esta política institucional del FONASA debiera ser considerada una política sectorial que se materializa a través del accionar del FONASA.

El PCP ha tenido un crecimiento muy significativo en el período evaluado⁷; en opinión de los entrevistados en FONASA, su tendencia es a mantenerse y eventualmente a incrementarse en el tiempo, apreciación fundada principalmente en el envejecimiento de la población y la creciente demanda en prestaciones de salud que esto genera; junto con ello, a la existencia de garantías a través del GES que obligan al FONASA a responder en plazos acotados a demandas específicas.

El Depto. de Control y Calidad fiscaliza en terreno los centros privados que participan en el PCP, tanto en cuanto al cumplimiento de las normativas técnicas y de calidad exigidas por la Autoridad Sanitaria como en cuanto a las condiciones establecidas en los convenios. El resultado de este proceso lleva en caso de incumplimiento a multas y sanciones, antecedentes que son considerados a la hora de definir los centros privados con los que se establecerá nuevos convenios. Se ha tenido a disposición la información sobre un proceso de fiscalización realizado en centros de diálisis el año 2012, sin poder por tanto establecer la cobertura de estos procesos en todos los componentes ni el impacto que tienen sobre el PCP en su conjunto⁸.

No se tuvo a la vista antecedentes que permitieran validar la existencia de una instancia formal que defina qué y cuántas prestaciones se compran a través del PCP ni qué metodología aplicada en esta definición; sin embargo, el PCP declara que la DIGERA posee estimaciones respecto de las falencias existentes en la red pública, particularmente en el componente 2 Camas Integrales⁹. En el caso del Componente 1 Diálisis, éste es un programa definido como de continuidad y la demanda la reportan los SS al FONASA toda vez que se incorpora un nuevo paciente al PCP. Para el componente 3 Bono AUGE, no se requiere de dichas estimaciones ya que se responde sólo frente a reclamos. Para el componente 4 esta División retroalimenta al Dpto. Comercial respecto de la continuidad de determinados convenios que a juicio de FONASA requieren ser validados por esa entidad.

Sin embargo, en entrevista con la profesional encargada del AUGE en la DIGERA, donde se gestionan los casos de riesgo de o incumplimiento de prestaciones AUGE dentro de la red pública, se señala taxativamente que no existe en su conocimiento la retroalimentación para efectos de las compras del componente Bono AUGE ni coordinación entre ambas instituciones para enfrentar el tema; agrega que en la perspectiva de esa División, la idea fuerza es el fortalecimiento de la red pública a través de una ampliación de cartera de servicios y oferta pública. Esto se fundamenta en la discontinuidad de la atención que genera la compra aislada de prestaciones a privados¹⁰, entre otros efectos negativos de la estrategia de compra a privados.

⁷ Según se analiza más adelante, el aumento entre el año 2009 – 2013 es mayor al 90% en cuanto a su presupuesto.

⁸ El Cuadro N° 14 que se presenta más adelante en este informe da detalles sobre 4 términos de contrato, tres de los cuales se asocian a incumplimiento de las normativas que rigen los convenios.

⁹ Documento “Informe de Camas Hospitales Públicos” 2013 División de Gestión de Redes Asistenciales- MINSAL evidencia la brecha, especialmente en camas intensivo e intermedio para pacientes adultos.

¹⁰ Se refiere a que el paciente es derivado desde su centro asistencial a un privado para luego regresar, con lo cual se interrumpe el proceso asistencial. Como se señala más adelante, un factor agravante es la falta o insuficiencia de información que retroalimenta al prestador original desde el privado.

Los presupuestos se basan en un histórico que se incrementa anualmente de acuerdo a una estimación de demanda proyectada¹¹ que incluye, en caso que corresponda, las nuevas prestaciones AUGE¹².

Normativa Legal:

La normativa legal que da sustento al PCP es la siguiente:

- **DFL Nº 1 del 2005 - Ministerio de Salud:** el Libro I de este DFL refunde el ex Decreto Ley Nº 2.763 de 1979 y su Libro II la Ley Nº 18.469. Este fija las funciones y atribuciones de los organismos públicos de salud¹³. Establece normativas para los Recursos Humanos que se desempeñan en el SNSS así como aquellas que rigen a las Instituciones de Salud Previsional. En cuanto al FONASA, en el Artículo 50 letra b) señala la función de financiamiento que incluye el Régimen de Garantías en Salud, donde se explicita la atribución de establecer convenios con prestadores privados y define que los precios negociados con éstos no podrán exceder aquellos que fija el arancel correspondiente, excepto en casos de excepción los que deberán ser autorizados por el MINSAL.
- **Decreto Supremo Nº 1 del 2010 – Ministerio de Salud:** define los 69 Problemas de Salud incorporados en el GES y sus respectivas garantías¹⁴. Entre ellas se incluye la Insuficiencia Renal Crónica Terminal y las prestaciones asociadas a su tratamiento (Diálisis). Este cuerpo legal ha sido complementado con otras leyes que han ampliado los Problemas de Salud GES desde el 2010 en adelante.
- **Ley 19.966 del año 2004:** contiene todo lo relativo al Régimen General de Garantías en Salud, uno de cuyos componentes son las Garantías Explícitas en Salud –GES (conocida como Ley AUGE)
- **Ley 19.886,** denominada Ley de Compra, la que establece las bases sobre contratos administrativos de suministro y prestaciones de servicios, promulgada el año 2003.
- **Decreto Supremo Nº 250 del 2004 – Ministerio de Hacienda:** contiene el reglamento que aplica a la Ley de Compras, publicada el 2004.
- **Resolución Nº 1.600 año 2008 de la Contraloría General de la República:** fija nuevas normas para la exención de toma de razón por esta entidad.
- **Ley de Presupuestos de cada año**

¹¹ No se ha tenido a la vista documentos del período evaluado relacionados con la estimación de demanda para los diferentes componentes, u otro antecedente que permita orientar respecto de los presupuestos requeridos para cada uno de ellos.

¹² La ley 19.966 que regula las GES establece en sus artículos 11 a 19 los mecanismos para la incorporación de nuevos Problemas de Salud a través de DS que son firmados por MINSAL y Ministerio de Hacienda.

¹³ Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Servicios de Salud, Establecimientos Autogestionados en Red, Instituto de Salud Pública, Central de Abastecimiento y Superintendencia de Salud.

¹⁴ La ley 19.966 que establece el Régimen General de Garantías en Salud regula la forma en la cual se incorporan nuevos Problemas de Salud al GES, la que se formaliza a través de Decretos Supremos.

Las políticas públicas a las que se vincula el PCP dicen relación con:

- Complementación público – privada
- Implementación del “Bono AUGE” para resolución de listas de espera de este programa¹⁵
- Programa AUGE y su garantía de oportunidad

En el PCP participan las siguientes instituciones: FONASA, MINSAL, prestadores no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), Servicios de Salud (SS), hospitales de la red pública y la Dirección de Compras y Contratación Pública.

En el momento de esta evaluación, FONASA no considera la incorporación de nuevos componentes al PCP; este programa no tiene establecidas metas explícitas de cumplimiento en los componentes 2 y 4; para el caso de los componentes 1 y 3, la meta declarada por FONASA es de un 100% de cobertura de la demanda de diálisis y de prestaciones AUGE cuyo reclamo cumpla con la normativa vigente. El Panel no ha tenido a la vista evaluaciones sistematizadas del PCP ni de su impacto¹⁶.

Cabe señalar, según se ha visto en antecedentes financieros entregados por el MINSAL, que los SS y sus establecimientos¹⁷ realizan compra a privados para cubrir brechas en prestaciones AUGE y camas integrales, pudiendo superponerse ambas actividades en ciertos casos y estando orientadas a la misma población beneficiaria para los casos de componentes 2 y 4¹⁸. Esto es una de las estrategias aplicadas por los establecimientos de la red pública para resolución de demanda insatisfecha. En tal sentido, un análisis del comportamiento como sector salud en cuanto a la complementariedad público-privada y los recursos financieros que ella involucra, necesariamente implica mirar el aspecto aquí señalado.

A continuación se hace una descripción de cada componente:

Compra de prestación Diálisis: El modelo de compra de esta prestación se modifica con la entrada en vigencia de la Ley AUGE, la que define la Insuficiencia Renal Crónica Terminal como uno de los Problemas de Salud incorporado en la ley; hasta ese momento (Julio del 2005), los pacientes que la requerían se atendían mayoritariamente en establecimientos privados¹⁹ a través de la MLE, requiriendo un copago²⁰. Su inclusión en el AUGE modifica esta

¹⁵ Hace referencia a la estrategia implementada en el 2010 en la cual FONASA entrega un Bono a los pacientes que efectúan un reclamo por incumplimiento de la garantía de oportunidad que establece la ley para los diferentes problemas de salud.

¹⁶ FONASA señala que existen evaluaciones no sistematizadas asociadas principalmente a cumplimiento de contratos y pagos.

¹⁷ Los hospitales pueden comprar prestaciones a privados a través de convenios sin intervención de los SS en caso de ser autogestionados en red o experimentales.

¹⁸ Ver mayores antecedentes en análisis económico y de eficiencia presentados en este documento.

¹⁹ No se ha podido establecer una aproximación respecto de la proporción de pacientes atendidos en el sector privado vs público por falta de información, ya que FONASA señala que no cuenta con bases de datos respecto de este punto.

²⁰ Una proporción importante, no posible de cuantificar, requería para estos efectos de préstamos que eran otorgados por FONASA, los cuales según los entrevistados, muy raramente eran cobrados y/o reintegrados al FONASA.

situación, pasando la atención a ser MAI y por tanto financiada en su totalidad por FONASA. Esto lleva consigo una modificación en la relación del FONASA con los prestadores, en la que además se establecen nuevos criterios de calidad, técnicos y de infraestructura así como un modelo de control y fiscalización que realiza directamente el FONASA²¹. No se dispone de información que cuantifique esta demanda ni la proporción de prestaciones resueltas en el sector público; según el relato de los entrevistados, en este período se define como política sectorial, el mantener la mayor proporción de pacientes en el sector privado donde ya existe una oferta disponible.²² Como se señalara, a Marzo del 2013 un 88% de los casos son cubiertos por el PCP según antecedentes entregados por FONASA y los demás casos son resueltos en los propios establecimientos de la red pública.

La demanda que es cubierta a través de convenios con privados ha tenido un incremento cercano al 20% en el período 2009-2012; los entrevistados señalan que la cobertura de este programa es de un 100%, sin embargo esta información no fue posible de respaldar; la información que se entrega en el MINSAL es que se estaría propiciando la creación de nuevos centros de diálisis en la red pública para absorber en forma creciente la demanda por este tipo de prestaciones.

La diálisis en pacientes agudos²³ sigue siendo realizada por los establecimientos del SNSS, aun cuando en casos especiales se solicita derivación a centro privado a través de la UGCC (no se tiene cuantificado este fenómeno).

El porcentaje de pacientes en peritoneo diálisis ha ido incrementándose proporcionalmente, siendo de un 0,51% en el año 2009 para llegar a un 1,9% en el 2012.

En cuanto al pago a los prestadores privados, éstos se realizan a través de las Direcciones Zonales de FONASA, con excepción de la RM y VI cuyos pagos los realiza el Nivel Central; según se ha informado, la mayor parte de estos convenios son Convenio Marco y se licitan cada dos años.

Compra de Camas Integrales: El FONASA elabora, licita y gestiona los convenios con las instituciones privadas; en el año de inicio del componente (2010) se establece convenio (tanto de trato directo como a través de licitación en proporción variable a través de los años), con 29

²¹ La normativa que rige el funcionamiento de los Centros de Diálisis se basa en el Reglamento de Centros de Diálisis N° 2357 del año 1994, la Norma Técnica N° 1191 del año 2006 y el la Normativa N° 389 del 2001 sobre Peritoneo diálisis. La última norma de calidad para estos centros es del año 2012 “Manual de Estándares Generales de Acreditación para Centros de Diálisis” de la Superintendencia de Salud.

²² En contraposición a la alternativa de desarrollar la infraestructura necesaria en el sector público.

²³ La diálisis en pacientes agudos es un tratamiento que suele requerirse frente a la Insuficiencia Renal Aguda, evento habitualmente asociado a cuadros clínicos graves, con daño multi orgánico y por tanto suele realizarse en las Unidades de Paciente Crítico. La prestación la cubre el establecimiento y en caso de oferta inexistente/insuficiente se compra a privados a través de convenios gestionados localmente. No se dispone de información respecto de cobertura o brechas de demanda oferta en esta prestación; sin embargo, dado el contexto en que se da esta patología, no pareciera preverse un incremento que pudiera generar a corto plazo un cambio significativo en estos indicadores.

instituciones privadas²⁴, con 22 en el año 2011 y con 21 en el año 2012. Si se da el caso de no tener cupo en clínicas con convenio, el paciente puede ser trasladado a clínicas con las que existe un protocolo de acuerdo (sin convenio) que para el año 2012 correspondieron a un 5,9% del total de casos derivados (46 pacientes) según datos entregados por la UGCC²⁵.

La UGCC cumple una importante función al gestionar, con apoyo de un software ad hoc, todas las solicitudes de camas que llegan a través de su call center²⁶ desde los 29 Servicios de Salud²⁷. La normativa que existe tanto para los SS como para la UGCC en las distintas fases del proceso²⁸, regulan de alguna forma los alcances de este componente. La derivación al sector privado ocurre sólo cuando no hay disponibilidad en la red pública, cuya oferta está en línea; las funciones de la UGCC se completa al momento de hacerse efectiva la derivación, con el cierre del caso. El seguimiento y posterior rescate del paciente es de responsabilidad del establecimiento derivador, excepto en casos particulares como por ejemplo zonas extremas del país donde la UGCC apoya el proceso.

El pago lo realiza exclusivamente por las prestaciones que se incluyen en el concepto de “Día cama de hospitalización Integral” la cual se define como *“la prestación de salud referida a la ocupación de una cama en un establecimiento asistencial, por parte de un paciente que estando en cualquiera de las etapas de un problema de salud – evaluación, diagnóstico, tratamiento o recuperación - requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias, con el fin de que le sean otorgados cuidados médicos y de enfermería, tendientes a reestablecer su condición de salud en el menor tiempo posible.”*²⁹

En el caso que el paciente requiera otra prestación, esta debe ser autorizada y financiada por la institución o el SS que derivó al paciente.

La información entregada por el FONASA y aquella entregada por la UGCC del MINSAL no son coincidentes ya que en términos de número de derivaciones compradas al sector privado por

²⁴ Según señala FONASA, este año las licitaciones se realizaron por dos años considerando requerimientos post terremoto; adicionalmente se consideró contratación de camas vía trato directo con dos establecimientos de las Fuerzas Armadas.

²⁵ Los centros asistenciales fueron: Clínica Alemana de Santiago y de Valdivia, Bicentenario, INDISA, Las Lilas, Hospital del Profesor, Mutua de Seguridad, H. Militar y H. de la Universidad de Chile.

²⁶ Atendidos por enfermera las 24 horas del día y los 365 días del año. La solicitud está siempre respaldada por un médico que es responsable de la solicitud.

²⁷ La solicitud se realiza cuando dentro del propio SS no hay posibilidad de derivación.

²⁸ La normativa incluye el protocolo de derivación hacia otro establecimiento, el seguimiento y posterior rescate (referido a la derivación desde el centro privado hacia un establecimiento público).

²⁹ El concepto de “Cama Integral” está descrito en la Resolución Exenta N° 58 de Enero del 2006 e incluye: uso de catre clínico, atención integral del equipo de salud incluida el médico tratante, residente o interconsultor, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, atención de enfermería, alimentación, transfusiones, insumos y medicamentos. Sin perjuicio de lo anterior, deberá darse cumplimiento a todo lo establecido en el numeral III, en sus puntos 2.c.1 y 2.c.2, de las Normas Técnico Administrativas para la Aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud D.F.L. N° 01, de 2005 Libro II, en la Modalidad de Atención Institucional, en lo que corresponda.

cuenta de este componente entre los años 2010 y 2012, FONASA señala que corresponden a 6.257 casos³⁰ y la UGCC contabiliza para el mismo período un total de 9.703 derivaciones.³¹

La diferencia de 3.446 casos se explica según FONASA por derivaciones a prestador privado con los cuales no existe convenio con FONASA y que son financiadas por el SS derivador, fuera del PCP³². De esta forma, el PCP financia la derivación de un 64% del total de pacientes que son derivados al sector privado a través de la UGCC.

Cuadro N° 1
Evolución en el N° de pacientes derivados a prestador privado según tipo de cama
PCP 2010 – 2012 según FONASA³³

Año	Agudos	Básica	Coronaria	UCI	UTI	Total general
2010³⁴	7	53	27	534	188	809
2011	320	280	78	1.079	454	2.211
2012	336	324	83	1.499	995	3.237
Total general	663	657	188	3.112	1.637	6.257
Variación 2010 - 2012	4700%	511%	207%	181%	429%	300%

Fuente: FONASA

Nota: hay 5 casos sin información, que al incluirlos totaliza 6.262 casos.

³⁰ El número de beneficiados es de 5.938 ya que algunos tienen más de una derivación. Se ha mantenido la cuantificación de “casos” para efectos de permitir la comparación entre los datos.

³¹ Las bases de registro de la UGCC y FONASA son diferentes, ya que la UGCC registra todas las solicitudes y derivaciones tanto al sector público como privado, mientras que FONASA registra lo derivado a prestadores en convenio.

³² Estos antecedentes no pudieron ser corroborados por el Panel.

³³ FONASA señala a este respecto que “Los datos consignados reflejan registros de pagos por año, considerando que un mismo paciente puede haber estado más de un mes y se consignan 2 o más pagos”

³⁴ El componente se inicia en mayo y los pagos se inician en noviembre, en la medida en que la Contraloría General de la República tomó razón de cada contrato; por ello algunas atenciones 2010 se reflejan como pago en el 2011, lo que explica el menor número de pacientes derivados que aparecen en el 2010.

Cuadro N° 2
Derivación de pacientes gestionados por la UGCC
2010 - 2012

Tipo de destino	Año			Total
	2010	2011	2012	
Privado	2.834	3.508	3.361	9.703
Público	2.880	1.627	2.457	6.964
Total derivaciones	5.714	5.135	5.818	16.667
Variación 2010-2012 Privados				18,59%
Variación 2010 - 2012 Público				-0,15%

Fuente: UGCC DIGERA MINSAL

Según la información de registro de pagos dada por FONASA, habría un incremento cercano a un 300% en el periodo evaluado en cuanto a número de casos; según la UGCC habría un crecimiento de sólo un 18,6% tomando en consideración las derivaciones al sector privado tanto a clínicas en convenio con el PCP como aquellas fuera de convenio con este programa.

Según señala la UGCC, un 33% de las derivaciones son en pacientes AUGE; los diagnósticos más frecuentes en estos pacientes son Infarto Agudo del Miocardio / Enfermedad Coronaria; Accidente Vascular Encefálico (Isquemia transitoria y AVE isquémico); Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC).

En el otro grupo de pacientes, las enfermedades respiratorias agudas en adultos y niños son la primera causa de solicitud de cama.

3. Compra de prestaciones Bono AUGE: los Problemas de Salud que incorpora en forma periódica esta Ley tienen garantías de acceso, oportunidad, cobertura financiera y calidad explícitas. Esto para las distintas etapas que considera la ley para cada Problema de Salud: confirmación diagnóstica, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda a cada caso.

Cuando la garantía de oportunidad no es cubierta por los SS, los pacientes pueden efectuar reclamos en FONASA hasta 15 días de incumplida dicha garantía. Para todos aquellos casos en que hay un reclamo de incumplimiento, FONASA debe resolver dicho reclamo a través de la derivación a otro prestador en 48 horas desde la recepción del mismo; si no hay disponibilidad de oferta en la red pública, el paciente es derivado a un prestador privado en convenio con FONASA (denominado 2º prestador) para cubrir dicha prestación. Una vez que el paciente solicita y acuerda una hora, el prestador debe otorgar la atención en un plazo máximo de 10

días. Si esto no ocurre, el paciente puede presentar un reclamo en la Superintendencia de Salud.³⁵ No se tiene información respecto de lo que ocurre con los pacientes que no efectúan reclamo a pesar de tener una garantía de oportunidad incumplida; según FONASA para el período 2009-2012 estas serían 387.328³⁶ y de 120.164 para el período del componente Bono AUGE (2010 – 2012)³⁷.

La evolución de este componente en cuanto número de beneficiarios tiene un pick en el año 2011, luego de que a fines del año anterior se iniciara la estrategia de utilizar el Bono AUGE para aquellos pacientes que efectuaban un reclamo por incumplimiento de la garantía de oportunidad, la cual se mantiene a la fecha y es la que da inicio a este componente, tal como se señalara previamente.

Para el análisis que sigue, se han reestructurado los datos de las bases entregadas, por cuanto ellas originalmente establecían para cada año, las prestaciones que fueran devengadas; sin embargo, se ha considerado adecuado para efectos de la descripción del programa considerar la fecha en que la prestación se ha realizado. Los análisis de eficiencia se harán a partir de los montos devengados por año.

Cuadro N° 3
Evolución del N° de beneficiarios Componente 3 Bono AUGE

	2010	2011	2012	Total
Nº pacientes beneficiarios efectivos	433	5.343	887	6.663

La demanda actual y futura de este componente podría considerarse determinada principalmente por las propias políticas que respecto al AUGE establezca la autoridad en salud y la disponibilidad de oferta que para prestaciones específicas vaya teniendo la red pública.

El tipo de prestaciones incluidas en este componente es muy variado, desde aquellos problemas de salud de alta complejidad y baja incidencia como los tumores del sistema nervioso central, a otros de baja complejidad y alta incidencia como la colelitiasis vesicular (cirugía de resección de vesícula como prevención de cáncer).

³⁵ Según lo establecen los DFL que regulan el AUGE. El DS N° 1 de Enero del 2010 prolonga el período para realizar el reclamo a los 15 días vigentes en la actualidad, siendo previamente de sólo tres días.

³⁶ La cifra es la suma que entrega FONASA para “Garantías Incumplidas” para los años 2009 a 2012, sin poder estimar a partir de dicha información, cuántos pacientes están aún con garantías incumplidas para Dic. 2012. Parte de esta demanda sería satisfecha a través de la gestión que realiza el MINSAL, cuyos antecedentes no estuvieron a disposición del Panel, para evaluar el nivel de cobertura en el cumplimiento de garantías de oportunidad del AUGE.

³⁷ Las garantías incumplidas para el año 2009 son 267.164, 2010 son 113.566, 2011 cero y para el 2012 de 6.598.

En cuanto a la modalidad en que dichas prestaciones fueron compradas a privados, la tabla siguiente muestra el tipo de convenio utilizado para cada año en que este componente ha estado vigente:

Cuadro N° 4
Tipo de convenio en la compra de prestaciones Bono AUGE
2010 – 2012

			Convenio Marco	Resolución 30 Abril	Resolución Trato Directo	Total
Año de Atención	2010	Recuento	227	72	8	307
		% en año atención	73,90%	23,50%	2,60%	100,00%
	2011	Recuento	1774	1768	1785	5327
		% en año atención	33,30%	33,20%	33,50%	100,00%
	2012	Recuento	672	0	243	915
		% en año atención	73,40%	0,00%	26,60%	100,00%
	sin dato	Recuento	121	1	81	203
		% en año atención	59,60%	0,50%	39,90%	100,00%
	Total	Recuento	2794	1841	2117	6752
		% en año atención	41,40%	27,30%	31,40%	100,00%

Nota: La "Resolución 30 de Abril" corresponde a una resolución que viabiliza tratos directos que se efectuaron en un período en que no había aún convenios establecidos con prestadores.

Como se observa, el mayor número de casos con trato directo se observan en el año 2011, esto es el 2º año de vigencia del componente, alcanzando sobre el 58% de los casos en los tres años (trato directo y Resolución 30 de Abril). Este hecho pudiera afectar a juicio del Panel, las políticas de transparencia que aplican a las reparticiones públicas en cuanto a la compra de servicios, ya que según señala el Art. 10 del DS 250 del año 2004, Ministerio de Hacienda, que rige estas materias, *"la contratación directa procede, con carácter de excepcional... 3. En casos de emergencia, urgencia o imprevisto, calificados mediante resolución fundada del jefe superior de la entidad contratante, sin perjuicio de las disposiciones especiales para los casos de sismo y catástrofe contenida en la legislación pertinente..."*³⁸ ya que las circunstancias señaladas

³⁸ Se cita textualmente el Artículo 10.- Circunstancias en que procede la Licitación Privada o el Trato o Contratación Directa:

La Licitación Privada o el Trato o Contratación Directa proceden, con carácter de excepcional, en las siguientes circunstancias: 1. Si en las licitaciones públicas respectivas no se hubieren presentado interesados. En tal situación, procederá primero la licitación o propuesta privada y, en caso de no encontrar nuevamente interesados, será procedente el trato o contratación directa. 2. Si se tratara de contratos que correspondieran a la realización o terminación de un contrato que haya debido resolverse o terminarse anticipadamente por falta de cumplimiento del contratante u otras causales, y cuyo remanente no supere las 1.000 UTM. 3. En casos de emergencia, urgencia o imprevisto, calificados mediante resolución fundada del jefe superior de la entidad contratante, sin perjuicio de las disposiciones especiales para los casos de sismo y catástrofe contenida en la legislación pertinente. 4. Si sólo existe un proveedor del bien o servicio. 5. Si se tratara de convenios de prestación de servicios a celebrar con personas jurídicas extranjeras que deban ejecutarse fuera del territorio nacional. 6. Si se trata de servicios de naturaleza confidencial o cuya difusión pudiere afectar la seguridad o el

como excepción no parecieran aplicables en las circunstancias y año en que se implementa, particularmente el 2011 y 2012, en que hay la mayor concentración de este tipo de tratos³⁹.

Un aspecto fundamental del PCP en el componente Bono AUGE está dado por la oportunidad en que dichas prestaciones se otorgan (en su gran mayoría, fecha de cirugía efectuada al paciente). El análisis efectuado en términos del plazo que existe entre el reclamo y la realización de la consulta principal que está registrada con fecha de realización en las bases de datos entregadas por FONASA, muestra que sólo el 50,4% de las prestaciones se realizaron en un plazo de 14 días⁴⁰. En un 41,7% de los casos, la prestación ha sido entregada por el Programa en un plazo superior, en que el 1,4% corresponden a más de 5 meses (más detalles se entregan en el capítulo 2.4 sobre Calidad). A este respecto FONASA señala que las demoras pueden deberse a causas médicas y a repetición de exámenes, situación que no puede ser objetivada por el Panel.

4. Compra de otras prestaciones: este corresponde a un grupo heterogéneo de prestaciones; la mayor parte de ellas para recibir pacientes crónicos, habitualmente terminales, que son convenidos como día cama básica, la cual incorpora la asistencia sanitaria básica. El principal prestador en cuanto a número de beneficiados es el Hogar de Cristo, cubriendo la estadía de 6.795 pacientes con un total de 197.297 días con un monto total facturado de M\$ 1.969.381 para el año 2012. El aporte a esta institución existe desde el año 2007 según la documentación entregada, con un presupuesto inicial de M\$ 750.000 para ese año. La derivación de pacientes desde el SNSS hacia esta institución se habría dado en forma progresiva en los últimos años, en la medida que se generan cupos; no hay antecedentes para cuantificar dicha derivación y por tanto validar este hecho. El mismo modelo aplicaría para instituciones como Fundación Las Rosas y Clínica La Familia.

Los antecedentes aportados por FONASA señalan la existencia de convenio con 10 instituciones privadas: Clínica Alemana, Centro Médico Antofagasta, Corporación de Trasplante, Fundación Las Rosas, Hogar de Cristo, Corporación de Ayuda al Niño Renal Mater, IRAM (Radioterapia), Sociedad Scanner Sur Ltda. de Punta Arenas y Sociedad de Inversiones Ltda. Coyhaique.

El convenio con Clínica Alemana es de un monto facturado año 2012 de M\$ 268.794 y 2.078 prestaciones médicas gastroenterológicas compradas. Más antecedentes sobre este convenio se entregan en el capítulo de Eficiencia.

interés nacional, los que serán determinados por decreto supremo. 7. Cuando por la naturaleza de la negociación existan circunstancias o características del contrato que hagan del todo indispensable acudir al Trato o Contratación Directa, de acuerdo a los casos y criterios que se señalan a continuación:

³⁹ La explicación dada por FONASA dice relación con la urgencia en que la resolución de estos temas debía resolverse; las otras modalidades no permitirían cumplir con los plazos esperados.

⁴⁰ FONASA señala a este respecto que el registro no incluye la “primera prestación” que sería aquella que marca el plazo legal establecido por ley; de esta forma, el Panel no puede evaluar si se está cumpliendo con los plazos legales y en qué proporción.

Para el caso de la Corporación de Trasplante, los fondos entregados cubren actividades como exámenes, traslado y pago de honorarios a personal que ahí se desempeña, según antecedentes tenidos a la vista del Panel; el mayor presupuesto para el período evaluado es el año 2012 con un total de M\$ 108.080, de los cuales se ejecutaron M\$ 72.759.

Se contabilizan para el año 2011 un total de 14.790 casos y de 19.393 para el 2012; esto es, un 31,12% de incremento en el período. Estas cifras son estimativas y se utilizan sólo con fines descriptivos ya que las bases de datos no son homologables.⁴¹

2. Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo.

Componente 1 Diálisis

La población potencial, entendida como aquella afectada o con la necesidad detectada que justifica el programa y por tanto es potencialmente elegible, correspondería para el caso del componente 1 a todos los pacientes que padecen una Insuficiencia Renal Crónica Terminal asegurada o beneficiaria de FONASA⁴². La población objetivo⁴³ sería aquella que se atienden en modalidad institucional⁴⁴ y cuya resolución debiera realizarse en el sector privado a través de compra; esta distinción se hace, ya que hay pacientes que son atendidos en forma regular en el sector público, sin poderse establecer qué criterios definen estos dos grupos o la forma en que ellos se determinan⁴⁵. Según lo señalado por los entrevistados, no hay demanda insatisfecha en esta población, por lo tanto, la población objetivo sería la misma que la población de beneficiarios efectivos. No se dispone de datos para objetivar esta apreciación.

⁴¹ La información para este componente no está presentada en forma homogénea: existe una base de datos por cada prestador privado con el que existe convenio, las prestaciones son variadas aunque concentradas en día cama de pacientes crónicos, con frecuencia terminales. Por ejemplo, Hogar de Cristo ofreció servicios de día cama a 984 pacientes en 2012 y se registraron 6.795 atenciones (pacientes con una cierta cantidad de día cama por mes). La Clínica Alemana atendió 1.590 pacientes que recibieron 2.078 atenciones compuestas de diferentes tipos de exámenes (por ejemplo Endoscopia y Colonoscopia).

⁴² Los pacientes que están asegurados por una ISAPRE se atienden en la red de prestadores en convenios con su ISAPRE.

⁴³ DIPRES define la Población Objetivo como “aquella que el programa tiene planeado o programado atender en un período de tiempo dado, pudiendo corresponder a la totalidad de la población potencial o a una parte de ella” y los Beneficiarios Efectivos como “aquellos que están siendo o han sido atendidos por el programa”. Notas Técnicas DIPRES 2009.

⁴⁴ Según los antecedentes recogidos, los pacientes que se atendían en MLE, se han incorporado a MAI el año 2005 cuando se incorpora este problema de salud al GES; de esta forma, la población potencial y objetivo del período en estudio sería la misma.

⁴⁵ Según criterios del Panel, es posible que la diferenciación esté dada por la disponibilidad en un determinado territorio de la infraestructura para la realización de esta prestación.

Cuadro N° 5
Población objetivo del componente 1 Diálisis

Descripción	2009	2010	2011	2012
Población objetivo	12.260	13.134	14.109	14.706

Fuente: FONASA

Componente 2 Camas integrales

En el caso del componente 2 no es posible definir a priori la población potencial ni su proyección, ya que la necesidad no es predecible y su magnitud dependerá no sólo de la oferta en el sector público sino también de la demanda, la que estará fuertemente afectada por cambios epidemiológicos, que si bien en alguna medida pueden ser estimados, los impactos que estos cambios tienen respecto de la demanda de camas es muy incierta; sin embargo, ésta correspondería al universo de pacientes, independiente de sexo, edad y condición médica, beneficiarios del FONASA y atendidos en el SNSS que requieren de una cama, la cual no puede ser provista por el SNSS. En cuanto a la población objetivo, esta estaría constituida por aquellos pacientes derivados por la UGCC a prestadores privados; la cuantificación de los beneficiarios serían todos los que fueron derivados a prestadores privados en convenio con el PCP.

Los datos agregados entregados por la UGCC señalan que en el período Enero 2010 a Marzo 2013, se recibieron 27.140 solicitudes de derivación, de las cuales 18.106 (un 67%) concluyeron en derivaciones exitosas tanto a la red pública (42%) como privada (58%)⁴⁶. No es posible definir a priori cuáles serán derivados al sector privado, pues esto dependerá de la disponibilidad que se dé al momento de resolver cada solicitud.

Las cifras entregadas por FONASA para el período del componente (2010 a 2012) da un total de 6.257 derivaciones al sector privado financiadas por el PCP; la UGCC señala para el mismo período un total de 9.703 derivaciones. La diferencia de 3.446 corresponde según FONASA, al hecho que FONASA registra sólo las derivaciones efectuadas por la UGCC a centros con convenio vigente, existiendo derivaciones por parte de la UGCC hacia prestadores sin convenio financiadas por el SS derivador. Estos antecedentes no pudieron ser corroborados.

Dada la diferencia en la información entregada, se considerarán sólo para el análisis descriptivo general los datos entregados por UGCC. En ella hay una cuantificación de los requerimientos o necesidades de derivación y de las derivaciones efectivamente realizadas; se agrega sin embargo un grupo de solicitudes que se “cancelan” o “anulan” (9.034), cuyos motivos no permiten diferenciar cuáles de estas cancelaciones corresponden a derivaciones que no son

⁴⁶ Las cifras se entregan agregadas por lo cual no es posible analizarlas por año.

atingentes y que por tanto se debieran descontar del universo de solicitudes (ver más adelante en el capítulo de Calidad y Eficiencia).

Componente 3 Bono AUGE

En cuanto al componente 3, la población potencial corresponde a todos aquellos pacientes beneficiarios de FONASA en quienes la garantía de oportunidad no se ha cumplido, habiendo efectuado un reclamo o no, cuya cuantificación no es posible de realizar⁴⁷; la población objetivo, según lo establecen los Decretos Supremos que regulan el GES, estaría constituida por aquellos que efectúan un reclamo en los plazos establecidos por ley. Y la población de beneficiarios efectivos sería aquella que ha efectuado el reclamo y que se ha beneficiado con el PCP. Se señala a este respecto que la totalidad de los pacientes que reclaman en el plazo establecido son beneficiados por el programa, sin embargo, no se tiene información que permita objetivar esta aseveración, ya que no se contó con todos los antecedentes necesarios respecto de reclamos.

A continuación se presenta el número de pacientes con garantías incumplidas que efectúan y no efectúan reclamos:

Cuadro N° 6
Pacientes con garantías incumplidas del Componente 3 Bono AUGE
2010-2012

Descripción	2009	2010	2011	2012
Nº de pacientes con garantía incumplida que no efectúa reclamo	267.164	113.566	0 ⁴⁸	6.598
Nº de pacientes con garantía incumplida que sí efectúa reclamo	Sin datos	433	5.343	887
Sin dato fecha reclamo				

Fuente: FONASA

⁴⁷ Ver más adelante en este informe, en referencia a cobertura de los componentes.

⁴⁸ Según los datos entregados, en ese año no se habría registrado ningún paciente con garantía incumplida de oportunidad que no efectuara reclamo. FONASA atribuye este hecho a la campaña comunicacional en torno al reclamo que se habría realizado.

Componente 4 Otras prestaciones

Para el componente 4 la población potencial debiera corresponder a un grupo heterogéneo de pacientes beneficiarios de FONASA, sin diferenciación de sexo, edad o condición médica, que requieren de una prestación que no es otorgada por el SNSS⁴⁹. Los criterios para definir la población objetivo no están explicitados dentro del PCP y dada la heterogeneidad de prestaciones incluidas y la carencia de información respecto de la condición médica y/o programa al cual se adscribe el paciente y que motiva el requerimiento, no es posible deducirlo. Sólo hay antecedentes parciales respecto de la población que es beneficiaria efectiva del programa.

3. Antecedentes presupuestarios

A continuación se presenta la relación presupuestaria entre presupuesto del programa y presupuesto total inicial de FONASA (cuadro N°7). La información se extrajo de Ley de Presupuesto de cada año, del Sistema de Gestión Financiera del Estado (SIGFE) y de información entregada por FONASA.

Cuadro N° 7
Presupuesto total del programa 2009-2013 en relación al
Presupuesto Total Inicial de FONASA (miles de \$ año 2013)

Año	Presupuesto Total del Programa (incluye todas las fuentes de financiamiento)*	Presupuesto del Programa proveniente de la Institución Responsable (a)	Presupuesto Total FONASA (b)	Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (%) (a/b)
2009	70.291.746	70.291.746	2.805.677.954	2,51%
2010	70.634.867	70.634.867	3.072.319.518	2,30%
2011	123.481.207	123.481.207	3.455.585.481	3,57%
2012	117.741.592	117.741.592	3.691.577.853	3,19%
2013	134.687.177	134.687.177	3.970.506.948	3,39%
% Variación 2009-2013	91,61%	91,61%	41,52%	

Fuente: Presupuesto inicial FONASA según Ley de Presupuesto de cada año. Información proporcionada en Anexo 5

*Programa recibe sólo aportes de la institución responsable (FONASA).

A continuación se presenta la relación presupuestaria entre presupuesto del programa y presupuesto total inicial para el Programa de Prestaciones Valoradas.

⁴⁹ Se coloca en condicional, dada la imposibilidad de tener claridad respecto de pacientes derivados de los SS a instituciones que albergan pacientes en camas socio-sanitarias.

Cuadro N° 8
Presupuesto total del programa 2009-2013 en relación al
Presupuesto Total Inicial de Prestaciones Valoradas (miles de \$ año 2013)

Año	Presupuesto del Programa proveniente de la Institución Responsable (a)*	Presupuesto Prestaciones Valoradas FONASA (b)	Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (%) (a/b)
2009	70.118.327	783.165.411	8,95%
2010	70.486.471	831.111.140	8,48%
2011	123.222.618	994.424.481	12,39%
2012	117.465.565	1.172.309.683	10,02%
2013	134.687.177	1.335.510.368	10,09%
% Variación 2009-2013	92,09%	70,53%	

Fuente: Presupuesto inicial de Prestaciones Valoradas de FONASA. Información proporcionada por PCP en Anexo 5.

*presupuesto aportado por las Prestaciones Valoradas de FONASA, no considera gastos de administración (financiadas con otras partidas del presupuesto de FONASA).

El cuadro N°7 muestra el presupuesto Inicial de FONASA entre los años 2009- 2013 y se determina la participación en el del PCP (considera transferencias del subtítulo 24 más los gastos de administración) en cada año.

El cuadro N°8 presenta la relación entre el presupuesto inicial del Subtítulo correspondiente al Programa de Prestaciones Valoradas (PPV)⁵⁰ de FONASA entre los años 2009 y 2013 con presupuesto inicial del programa, considerando solo las transferencias sub.24 (Transferencias a privados entre los años 2009- 2013, no se considera los gastos de administración pues estos no forman parte del presupuesto de Prestaciones Valoradas). Esta relación se realiza considerando que los cuatro componentes del programa son parte integrante de aquellas financiadas mediante el PPV.

Cabe señalar que al hacer la comparación presupuesto inicial vs. presupuesto final del Programa en cada año, este varía de un 49,5% de aumento en el caso del año 2010, hasta un 11% en año 2012.

⁵⁰ El programa de Prestaciones Valoradas (PPV) consiste en el pago por la actividad realizada en la resolución de un problema de salud de un beneficiario, identificado individualmente

II. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

1. Justificación del Programa

La identificación del problema, cual es la existencia de brechas demanda – oferta para prestaciones de salud que genera la insuficiente oferta del sector público y que da origen al programa, se evalúa como realizada adecuadamente, aun cuando no se dispone de datos que permitan dimensionarlo en términos cuantitativos, ni al momento en que se inician los diferentes componentes del programa, ni al momento de la presente evaluación. Para ello se requeriría cuantificar la oferta pública en las prestaciones que incorporan los componentes y la demanda existente o estimada y así dimensionar el problema. Según antecedentes recogidos en el MINSAL, no hay en los años que compromete este estudio, un levantamiento de la oferta pública; la demanda se estimaría a partir de estudios que realiza la Subsecretaría de Salud Pública.

Con todo, es claro que la transición epidemiológica⁵¹ y demográfica en Chile⁵² ha generado una mayor demanda de atención en salud (y por tanto de prestaciones), así como un aumento en la complejidad de las mismas, acorde a los desarrollos tecnológicos en el campo de la medicina; esta tendencia se mantendría, ya que no se vislumbra que la demanda pudiera disminuir. Junto con ello, el país ha evolucionado en cuanto a establecer para su población planes de salud obligatorios, de cobertura universal, con garantías explícitas en cuanto a acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera, todas las cuales han sido incrementales en el tiempo en cuanto a la cantidad de beneficios y problema de salud que cubren.

Estos elementos, junto a una mayor información y nivel de expectativas de la población en cuanto al Sistema de Salud, han generado una exigencia importante para él, principalmente el Sistema Público.

La existencia de una demanda insatisfecha en la población que es asegurada y beneficiaria del FONASA, que se traduce en listas de espera⁵³ y una posible mayor morbilidad y eventualmente mortalidad por falta de oportunidad en la atención, no es un fenómeno nuevo; como se señalara, al momento no se dispone de antecedentes cuantitativos respecto a la evolución que ha tenido ni los impactos que las diferentes estrategias aplicadas para resolver este tema han generado sobre esta demanda insatisfecha. Si bien no hay a la fecha de esta evaluación estudios del MINSAL de público acceso respecto de listas de espera actualizadas, a juicio del Panel esta es una problemática que no puede, en las condiciones actuales, ser resuelta en su

⁵¹ Se refiere a la alta y creciente prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, propias de países en vías de desarrollo y desarrollados.

⁵² Ver: “Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile” Octubre del 2006 Superintendencia de Salud http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf

⁵³ La cuantificación de listas de espera en Chile tiene dificultades técnicas que hacen de éste un tema de permanente discusión, entre ellas: la duplicación de personas que solicitan atención en diferentes establecimientos; la falta de registros confiables y oportunos respecto de solución de problemas en personas que estaban en las listas de espera; la existencia de pacientes con diferentes patologías y por tanto permanencia en “listas de espera” de diversa causa con un mismo RUT.

totalidad; de esta forma, el tema de brechas de demanda – oferta debe ser visualizado como una problemática de la cual el Estado se deberá seguir haciendo cargo; en tal sentido, la actual Constitución Política del Estado establece en su Artículo 19 párrafo 9º “*El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo*”.

La estrategia predominante que se observa a partir del año 2010 para resolver la demanda insatisfecha ha sido la complementariedad público privada, objetivada por los antecedentes financieros que aporta esta evaluación y lo descrito por los entrevistados.

Así, el programa se justifica por insuficiencias de oferta pública y de oportunidad en las prestaciones que FONASA entrega a sus beneficiarios. A su turno, estas insuficiencias reflejan que la capacidad instalada de los servicios de salud públicos no está en condiciones de satisfacer las necesidades de atención en salud de sus beneficiarios, es decir la capacidad productiva es insuficiente⁵⁴. Una pregunta que el Panel no está en condiciones de responder es porqué la inversión pública en esta vital área es insuficiente; cabe señalar que la atención en salud es un servicio con una alta exigencia en cuanto a recursos humanos, considerado factor crítico para la puesta en marcha de nuevos proyectos y la disponibilidad de éste ha sido considerada por FONASA como uno de los factores que explicaría la baja oferta pública particularmente en referencia a camas críticas.⁵⁵

De igual forma, si bien no se tiene a la vista estudios que permitan dimensionar el impacto del terremoto del 2010 sobre la oferta en la red pública, es claro que ha significado una merma significativa que ha obligado a una redefinición de prioridades en cuanto a las inversiones sectoriales.

Según antecedentes aportados por el MINSAL⁵⁶, en el período 2013-2017, los proyectos de inversión, incluyendo aquellos concesionados y otros ya aprobados, significará un incremento total de 3.319 camas en el sector público.

En este contexto, en opinión del Panel, existen básicamente dos formas de solucionar el problema de insuficiencia de oferta pública y de oportunidad en la atención de los beneficiarios de FONASA:

- Primero, hacer las inversiones necesarias para eliminar la brecha de demanda, lo cual evidentemente toma tiempo. Por lo tanto, en este caso el programa debería ser visto como esencialmente transitorio, reduciéndose en la medida que se ponen en operación las inversiones. Es decir, el programa se debería mantener a la espera de las inversiones que eliminen el exceso de demanda.

⁵⁴ Respecto a la justificación de porqué el Estado se hace cargo del acceso a la salud de una parte importante de la población existen múltiples razones, incluyendo fallas de mercado (por ejemplo externalidades positivas en la demanda) y bienes meritorios.

⁵⁵ El Panel no ha encontrado estudios publicados respecto a brechas de recursos humanos en el sector salud en Chile.

⁵⁶ Documento: “Informe incremental dotación de camas Presupuesto de Inversiones 2013-2017” Enero 2012 Subsecretaría de Redes Asistenciales. MINSAL

- Segundo, si se estima que las prestaciones pueden ser obtenidas a un costo menor en el sector privado, entonces el programa debería ser permanente en el tiempo. Por supuesto, un enfoque de este tipo requiere mostrar que efectivamente el Estado ahorra recursos en el corto y largo plazo al comprar a privados prestaciones de salud de una cierta calidad pre-definida⁵⁷.

En opinión del Panel, la optimización en la gestión de programas, instituciones y sistemas de salud público tiene un claro impacto en mejorar la oferta, sin embargo, éstos han probado ser por sí solos insuficientes para resolver las brechas demanda oferta en el sistema chileno.

Cabe la posibilidad de mezclar las alternativas anteriores y eliminar el exceso de demanda de algunas prestaciones con la primera modalidad y otras con la segunda.

No es claro a partir de la información disponible cuál de las dos visiones es la existente detrás de este programa actualmente, pero si se puede señalar que no existen evaluaciones que justifiquen una u otra alternativa.

La revisión documental⁵⁸ realizada en torno a complementariedad público privada y resolución de brechas demanda-oferta muestra los siguientes como aspectos relevantes:

- Esta asociación es un tema de debate y sin consensos; las experiencias son muy limitadas y no hay estudios de costo – beneficio o evidencias de que la asociación público privada genere ahorros o provecho a largo plazo para el Estado, más bien la evidencia apunta a lo contrario, dado que el sector privado está orientado a generar utilidades; se considera que sería preferible incursionar en asociaciones con instituciones sin fines de lucro u otras entidades públicas.
- Los que apoyan esta asociación argumentan que el sector privado “*maximiza los beneficios encontrando eficiencias, lo que forzaría la innovación y mejoría de los procesos en el sistema de salud*”. Una experiencia francesa entre hospital público y privado marca ésta como una “cooperación sanitaria” que amerita mayor atención por las potencialidades que tiene, en un marco de equilibrio y colaboración mutua.
- Un factor determinante en esta discusión es la falta de rendición de cuentas del sector privado hacia el Estado (*accountability*) en estas asociaciones y las dificultades en el acceso a información para el sector público.
- Un documento de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece las condiciones que ayudarían a resolver la problemática hoy existente en el trabajo conjunto de los gobiernos con el sector privado; focaliza el tema en cuanto cumplimiento de los “objetivos de salud pública” en dicha asociación para lo cual define prioridades de acciones a llevar a cabo, que dicen relación con: rol de los gobiernos, refuerzo de capacidades y producción de información.

⁵⁷ Esto podría ocurrir, por ejemplo, si el exceso de demanda es principalmente estacional y en vez de hacer inversiones para demandas esporádicas es mejor comprar el servicio en el sector privado cuando la demanda surge.

⁵⁸ Bibliografía disponible al final de este documento.

2. Desempeño del Programa

2.1. Eficacia y Calidad

2.1.1. A nivel de resultados intermedios y finales (evaluación del cumplimiento de objetivos de propósito y fin).

El fin del programa “*Contribuir a mejorar la calidad de vida de los asegurados de FONASA aumentando la cobertura, acceso y oportunidad en la entrega de las prestaciones de salud requeridas*” no cuenta con indicadores que permitan evaluar su eficacia.

El propósito del programa “*Reducir la brecha de demanda oferta a través de la compra a privados de prestaciones priorizadas de salud que genera la insuficiente oferta del sector público, mejorando la oportunidad en la entrega de éstas*” no cuenta con indicadores cuantificados que permitan evaluar su eficacia. Cualquier indicador que mida adecuadamente el logro del propósito de este programa requiere medir el exceso de demanda por los servicios de FONASA. La brecha demanda-oferta no está medida ni estimada o, en caso que hubiera estimaciones, no se ha tenido acceso a ellas.

La excepción al análisis anterior corresponde al componente 1, Diálisis, ya que en este caso, por ley, todos los pacientes que no pueden ser atendidos por los SS son derivados a prestadores privados a través del PCP. A inicios del año 2013, un 88% de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal a nivel nacional (casi 15.000 beneficiados) son atendidos por el PCP.

2.1.2. Resultados a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios)

El programa produce cuatro componentes, estos son:

1. Componente 1 (Diálisis)
2. Componente 2 (Camas integrales)
3. Componente 3 (Bono AUGE)
4. Componente 4 (Otras prestaciones)

Los niveles de producción de cada uno de los componentes medidos sobre la base del número de prestaciones se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 9
Nivel de producción de cada uno de los componentes
(2009-2012)

Año	Diálisis*	Camas integrales	Bono AUGE**	Otras prestaciones
2009	12.260	No aplica	No aplica	N.D. ⁵⁹
2010	13.134	809 (771)	32	N.D.
2011	14.109	2.211 (2.171)	5.454 (5.227)	14.790
2012	14.706	3.237 (2.996)	1.266 (1.198)	19.393

* Para Diálisis no es posible sumar los beneficiarios dentro del período, dado que un paciente crónico renal terminal probablemente está siendo atendido en más de un año

** Se refiere a año en que se facturó el gasto y no al que se realizó la atención. Fuente: FONASA.

En el caso de Camas Integrales y Bono AUGE se muestra entre paréntesis el número de beneficiarios (personas/pacientes efectivamente atendidos). Este número es menor que el número de prestaciones ya que algunos beneficiarios reciben más de una atención.

Algunas observaciones respecto a la información presentada:

1. En primer lugar la información está incompleta, ya que no existe información sistematizada⁶⁰ del componente 4 Otras prestaciones para los años 2009 y 2010 y además la información de los años 2011 y 2012 no está presentada en forma homogénea⁶¹. Las cifras de estos dos últimos años son presentadas para tener una idea de la magnitud de las prestaciones.
2. Las bases de datos de camas integrales y Bono AUGE se construyen en base a los pagos realizados cada año, lo cual implica por ejemplo que las prestaciones devengadas ese año pero que no han sido pagadas no se registran. Esto podría introducir un sesgo en la cuantificación de la producción de estos componentes en el año 2012. En el caso de camas integrales esto no parece ser un problema, ya que el rezago entre prestación del servicio y su pago es relativamente pequeño.

⁵⁹ N.D.= No disponible.

⁶⁰ La información para esos años no está en formato digital.

⁶¹ Por ejemplo, existe una base de datos por cada prestador privado con el que existe convenio, las prestaciones son variadas aunque concentradas en día cama de pacientes crónicos, con frecuencia terminales. Por ejemplo, Hogar de Cristo ofreció servicios de día cama a 984 pacientes en 2012 y se registraron 6.795 atenciones (pacientes con una cierta cantidad de día cama por mes). La Clínica Alemana atendió 1.590 pacientes que recibieron 2.078 atenciones compuestas de diferentes tipos de exámenes (por ejemplo Endoscopia y Colonoscopia).

3. Sin embargo, en el caso de Bono AUGE parece existir un desfase importante ocurriendo con frecuencia que una prestación devengada un año se pague al siguiente y, en consecuencia se registre con rezago. Esto implica que para este componente el número de prestaciones del año 2012 está probablemente subestimado. Por ejemplo, en el año 2011 de las 5.454 atenciones devengadas, 2.451 fueron pagadas en el año 2012 y, por lo tanto, registradas en la base de pagos de 2012.
4. Este problema fue corregido en Bono AUGE en el año 2011 ya que se cuenta con la información de los pagos del año 2012 y el año en que fue devengado el gasto. Sin embargo, es probable que el nivel de producción de este componente en el año 2012 esté subestimado en la medida que prestaciones devengadas el año 2012 sean pagadas en el año 2013.

Es importante señalar que el PCP no tiene metas de niveles de producción de los componentes y operan de acuerdo a la demanda. Un análisis de si el programa satisface adecuadamente la demanda de los asegurados de FONASA por cada uno de los componentes requiere conocer la demanda efectiva de cada uno de ellos, es decir conocer la brecha demanda-oferta.

En el caso del componente Diálisis es posible señalar que el programa atiende a todos aquellos que solicitan atención. Los hospitales y SS satisfacen aproximadamente 12% de la demanda nacional de Diálisis y el resto son todos derivados a prestadores privados a través del PCP de FONASA.

Respecto a la evolución histórica del desempeño de los componentes en cuanto al nivel de producción, se puede señalar:

1. El componente Diálisis crece 20% en el período de análisis. Su comportamiento es el más predecible entre los cuatro componentes ya que su evolución responde básicamente al crecimiento natural de la población que sufre de insuficiencia renal crónica terminal.⁶²
2. La evolución de los componentes Camas integrales y Bono AUGE es bastante más explosiva: el primero aumenta 300% en entre 2010 y 2012, mientras que el segundo aumenta drásticamente entre 2010 y 2011 y cae en forma importante en 2012. Recordemos que con alta probabilidad el dato de 2012 está subestimado, por lo que el nivel de producción podría aumentar significativamente cuando se conozca la base de pagos de este componente en 2013.

No es posible evaluar si la producción de los componentes es suficiente para el logro del propósito ya que no se cuenta con la información necesaria, en particular, con una cuantificación de la brecha de demanda. Las conversaciones con directivos del MINSAL sobre el componente Camas integrales sugieren que existe una importante brecha de demanda y que,

⁶² No es posible inferir a partir de estos valores, que la tasa de crecimiento de estos pacientes sea de un 20%, ya que los datos presentados se ven afectados, entre otros, por temas de acceso a los sistemas de salud.

por lo tanto, existe demanda suficiente para cualquier aumento significativo en los recursos asignados a este componente.

2.1.3. Cobertura y focalización del programa (por componentes en los casos que corresponda)

La cobertura de los componentes se establece a través de la relación existente entre la población de beneficiarios efectivos con respecto de la población potencial y la población objetivo; un segundo elemento es considerar las metas establecidas para cada componente y su nivel de cumplimiento, que también permiten evaluar el grado de cumplimiento de un programa.

Los criterios de focalización hacen referencia a aquellos mecanismos o instrumentos utilizados para la selección tanto de la población objetivo como de la beneficiada.

La evaluación sólo se puede realizar con medición de cobertura en relación a la población objetivo lo cual está diferenciado según cada componente como se detalla a continuación:

Componente 1 Diálisis:

FONASA declara que la cobertura de este programa sería de un 100%; sin embargo, el Panel no ha podido corroborar esta afirmación por falta de información.

Los criterios de focalización no existen a nivel de FONASA sino que ésta está radicada en los comité ad hoc existentes en cada SS para evaluar la pertinencia de la derivación.

Componente 2 Camas integrales:

Con la diferencia existente en el número de derivaciones efectivamente realizadas que son reportados por FONASA y la UGCC, el modelo con que se gestiona este componente y los antecedentes entregados al analizar población objetivo (punto 2 del capítulo I), no es posible definir cobertura por cada año evaluado ni en forma global.

Esto dado que las cifras entregadas respecto de las solicitudes de derivación, que corresponderían a la población objetivo, están agregadas para todo el período 2010 a marzo 2013.

Solo se puede señalar que si se toman cifras globales entregadas por la UGCC para el período 2010 a marzo del 2013, se constata que se han solicitado un total de 27.140 derivaciones y de éstas han sido derivados un total de 18.106 pacientes (un 66,7%) tanto a establecimientos

públicos como privados y un total de 9.034 solicitudes han sido canceladas, correspondiente al 33,2% restante; el tema de las cancelaciones se revisa más adelante en este informe.⁶³

Es decir, una estimación global de reducción de demanda insatisfecha pudiera indicar que esta es de un 66,7% para el período señalado. Sin embargo, la demanda tiene variaciones estacionales con mayor demanda en períodos de invierno y también variaciones regionales; un análisis más completo de la demanda y la cobertura que tiene el PCP requeriría de cifras desagregadas, las que no están disponibles. Por su parte, debiera incorporarse en este ámbito, el impacto que las inversiones en infraestructura pudieran tener en el corto plazo sobre dicha demanda. En el año 2013 el MINSAL realiza un estudio de brechas de camas en el sector público⁶⁴ a partir de estándares internacionales, concluyendo la existencia de un déficit de 7.545 a nivel país para el año 2012, siendo el total de camas de 25.296 y el óptimo 32.841; en el tema atinente al PCP en su componente camas críticas, el déficit se concentra en camas intermedio adulto.

En cuanto a la focalización, una primera selección la realizan los SS a través de la evaluación médica, que señala los pacientes que requieren un determinado tipo de cama; una vez ingresada la solicitud a la UGCC, ocurre una segunda selección utilizando criterios de gravedad del paciente y tipo de cama solicitada; como complemento a esto se prioriza aplicando los criterios básicos ATLS⁶⁵.

Cabe señalar que los incentivos para la adecuada y pertinente derivación de pacientes no están claros, ya que para el prestador público, la derivación de pacientes en este modelo (particularmente si son pacientes graves y de alto costo en su manejo clínico), facilita su gestión en cuanto lo libera del gasto de los días de hospitalización y por otro, le facilita un uso alternativo del recurso cama que el paciente derivado deja de ocupar. Es decir, frente a la alternativa de falta de camas, el incentivo del establecimiento público pudiera estar en derivar aquél paciente más grave y por tanto de mayores requerimientos, frente a aquél igualmente esperando cama pero cuya resolución pudiera ser menos compleja.

Componente 3 Bono AUGE:

Se dispone de los datos respecto de pacientes que tienen garantías de oportunidad incumplidas y que no han realizado reclamos dentro de los primeros 15 días (población potencial), así como de aquellos que han sido beneficiados por el programa. El Panel ha tenido a disposición informe elaborado por FONASA sobre reclamos AUGE del año 2012, que establece un total de 2.993

⁶³ Los datos presentados aquí incluyen el primer trimestre del 2013 y por lo tanto, son cifras mayores a aquellas presentadas en el Cuadro N° 2 que hace referencia sólo al período de evaluación de este Programa.

⁶⁴ Documento "Informe de Camas Hospitales Públicos" 2013 División de Gestión de Redes Asistenciales-MINSAL.

⁶⁵ Hace referencia a un modelo utilizado internacionalmente "Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos" (ATLS) para clasificar el grado de riesgo y por tanto de necesidades terapéuticas de un paciente. En Chile su uso está normalizado y aplica a toda la red pública de establecimientos.

reclamos de oportunidad, de los cuales 1.033 se realizan dentro del plazo legal de 15 días y 1.960 casos después de dicho plazo.⁶⁶

Dada la dificultad de cuantificar población potencial, así como el hecho de que las listas de espera que constituyen los pacientes AUGÉ con garantía de oportunidad incumplida son dinámicas en el tiempo y están constituidas tanto por pacientes que efectúan reclamo dentro y fuera del plazo, no es posible cuantificar con certeza la población potencial y por ende las coberturas respecto a dicha población para este componente.

En cuanto a los criterios de focalización, éstos no pueden darse en una primera instancia, toda vez que el programa considera como población objetivo a aquella que efectúa el reclamo. En cuanto a la focalización para la entrega del beneficio, no hay criterios definidos por parte de FONASA para la selección de los pacientes, porque no es de su competencia dicha selección; esto se explica porque la ley tampoco establece diferencias y señala sólo como criterio el haber realizado el reclamo en los plazos establecidos por dicha normativa.⁶⁷

Componente 4 Otras prestaciones:

Como se señalara con anterioridad, en este componente, en especial para camas socio-sanitarias, no hay población potencial ni objetivo cuantificable; esta corresponde a adultos mayores beneficiarios de FONASA en situación de alta vulnerabilidad y riesgo social que no poseen red de apoyo que de satisfacción a sus necesidades. No se conoce de criterios de focalización para este componente.

En el caso de las prestaciones compradas, particularmente en ciertas regiones del país que no son la Metropolitana, esta población podría corresponder a pacientes con un requerimiento particular que no está disponible en la red pública local y por tanto se ha optado por suplir esta demanda a través de convenios específicos, lo cual resulta a juicio del Panel adecuado toda vez que corresponden en buena parte a procedimientos contemplados en el tratamiento del cáncer y a procedimientos diagnósticos complejos. Para el caso de prestadores en la RM, no queda clara la razón de dicho convenio toda vez que son prestaciones que están disponibles en la red pública⁶⁸ y tampoco queda claro el criterio de selección de los prestadores, particularmente la Clínica Alemana (para más antecedentes ver análisis de eficiencia).

⁶⁶ Las bases de datos de reclamos del período fue solicitada por el Panel a través de DIPRES, sin haber estado a disposición para análisis hasta la fecha de completado este estudio.

⁶⁷ A juicio del Panel, la focalización en la entrega del beneficio, en términos de decir quién sí o quién no debe ser atendido con mayor premura, atenta contra un derecho ya otorgado del paciente y por otro lado significaría establecer una categorización, la cual en la práctica no parece viable y más importante aún, es objetable en términos éticos.

⁶⁸ El 90% del total de las prestaciones son: Endoscopia, colonoscopia, dilatación esofágica y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP).

2.1.4. Calidad (satisfacción de los beneficiarios efectivos, oportunidad, comparación respecto a un estándar)

El FONASA no realiza encuestas de satisfacción de población beneficiaria del PCP; se ha analizado la metodología aplicada en aquellas encuestas de satisfacción que evalúan la calidad del servicio que entrega la institución en forma global a través de encuestas telefónicas; estas no tienen un criterio de selección de la muestra que permita deducir que los niveles de satisfacción encontrados en éstas puedan ser homologadas a este grupo particular de población beneficiaria de estos componentes.

El MINSAL sí realizó encuesta de satisfacción de usuarios post traslado vía UGCC a fines del 2009, señalándose que *“no hay mayor diferencia en la evaluación positiva entre establecimientos públicos o privados”* y el factor más apreciado por los usuarios es el *“no quedar en una camilla en el pasillo”*. En una encuesta similar realizada por el MINSAL el 2011 a los SS, el factor más negativo era la falta de información médica entregada por los prestadores privados una vez trasladado el enfermo a un establecimiento público⁶⁹.

No se conoce de iniciativas a ser implementadas con posterioridad al período evaluado, orientadas a evaluar la calidad y nivel de satisfacción de los usuarios del PCP, con excepción de lo señalado por el encargada de la UGCC, quien señala que para el año 2013 está programada una nueva evaluación de satisfacción.

Otro elemento considerado por el Panel como indicador de calidad es el resultado del proceso de fiscalización que realiza FONASA, seleccionando el grupo de prestadores con los que se tiene convenio. La información que fuera solicitada de estos procesos no estuvo a disposición del Panel, con excepción del que se describe a continuación:

Fiscalización centros de diálisis año 2012⁷⁰: la información disponible hace referencia a los resultados de la fiscalización de centros de diálisis privados en Convenio Marco con FONASA de la RM y VI Región que han tenido reclamos y que en su conjunto atienden a 7.200 asegurados (el 50% aproximado de la población beneficiada) y que corresponde a 95 centros privados de diálisis.

Los principales resultados obtenidos de la muestra son los siguientes:

- El recurso humano cumple con los estándares de acreditación convenidos en sobre el 90% de los casos.
- La plantilla de profesionales y técnicos había variado con respecto a la ofrecida, siendo sólo el 38% de ella concordante con los convenios suscritos.
- La consulta médica mensual con el nefrólogo acordada en los convenios, se lleva a cabo sólo en el 39,5% de los casos revisados (total de 580 pacientes), según lo muestran los registros clínicos.

⁶⁹ Información entregada por UGCC. No se conoce más detalles de esta encuesta como para tener opinión de la misma en cuanto a validez de los resultados aquí presentados.

⁷⁰ Documento: “Planificación Fiscalización MAI 2012- Fiscalización Convenio Marco Diálisis Región Metropolitana y VI Reg.”

- Cumplimiento de las dosis indicadas: para Eritropoyetina se cumple sólo en el 35%; para el Hierro endovenoso, se cumple sólo en el 42%.⁷¹
- Estudio pre trasplante: se ha realizado el estudio en 23% de los pacientes; no se ha realizado en el 48% por razones que están relacionadas con la edad o condición médica del paciente o su rechazo al procedimiento; sin embargo, no hay registro en el 29% de los casos lo que constituye una deficiencia por cuanto este es un procedimiento obligatorio establecido por ley y que es responsabilidad del SS derivador, el que no puede demorar más que 10 meses desde que se hace el diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal y que es requisito para entrar en la lista de espera para trasplante a nivel nacional. No se tiene información respecto de sanciones o multas aplicadas por falta de registro de datos clínicos por parte de los prestadores privados.

Estos resultados son a juicio del Panel un motivo de preocupación, ya que si bien no se puede dimensionar el beneficio al cual se priva al paciente o el daño que estas situaciones pudiera provocarle, se está incumpliendo una indicación médica y la normativa técnica a que se hace referencia en los contratos; en el hecho, FONASA señala textualmente en el informe de fiscalización que el objetivo principal de dicha fiscalización es “verificar el cumplimiento de las condiciones estipuladas en las bases técnicas del Convenio Marco para las prestaciones de Diálisis por parte del prestador privado en convenio” y luego como uno de sus objetivos “conocer las condiciones de entrega del servicio de Diálisis en el marco de los estándares y protocolos definidos por el MINSAL”.

Cuadro N° 10
Cumplimiento de las dosis indicadas en pacientes en diálisis
(Universo de 580 fiscalizaciones)

Relación de dosis indicada vs. dosis administrada												
	Dosis corresponde a indicación		Menor a dosis indicada		Mayor a dosis indicada		Administrada sin indicación		Con indicación pero sin registro de administración		Sin información	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EPO*	202	35	135	23	100	17	63	11	20	3	60	10
Fierro	243	42	95	17	20	3	65	11	69	12	88	15

*EPO: Eritropoyetina

No se tiene antecedentes si las dosis entregadas ya sea al SS o a prestadores privados han sido suficientes; si no lo fueran, esto pudiera explicar el incumplimiento en cuanto dosis menores; sin embargo, no explican aquellas en donde las dosis han sido mayores o se han administrado sin indicación. Además, los casos sin registro o sin información suman en su

⁷¹ Ambos medicamentos son muy importantes para estos pacientes ya que se utilizan para tratar la anemia crónica de la que padecen por su condición de base.

conjunto 13% (EPO) y 27% (Fe), lo cual es también una contravención a la norma técnica y de responsabilidad del prestador.

Por su parte, los medicamentos a que se hace referencia son en algunos casos entregados a los SS y en otros a los centros de diálisis privados, pudiendo la falta de un proceso homogéneo y bien normado ser la razón de estos resultados.

Cuadro N° 11
Entrega de los medicamentos
(Universo de 580 fiscalizaciones)

N° pacientes	Forma de entrega del medicamento					
	Al paciente	%	Al centro de diálisis	%	Sin información	%
Eritropoyetina	267	46	292	50	21	4
Fierro	258	49	256	44	39	7

No se tiene antecedentes si el incumplimiento que aquí se observa tiene alguna sanción por parte de FONASA hacia el prestador privado que no cumple con la norma técnica; a juicio del Panel tanto el incumplimiento en los controles médicos, indicaciones terapéuticas e insuficientes registros son susceptibles de sanciones. Sólo se ha tenido acceso a documentación que pone término anticipado a 4 contratos en diálisis, ocurridos en los años 2010 y 2011 según se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 12
Términos anticipados de contrato
Convenio Marco Prestación Diálisis

Fecha documento	Prestador privado	Causal
Marzo 2010	Centro Médico y Diálisis Quinta Normal	“incumplimiento grave de las obligaciones contraídas; disminución de las capacidades técnicas; incumplimiento de obligaciones con riesgo para los beneficiarios del FONASA”.
Febrero 2010	Centro Médico Nephroclin Quillota Ltda.	El prestador solicita el término anticipado del contrato.
Noviembre 2011	Diálisis San Pedro de la Paz y Cia Ltda. (Concepción)	“Los representantes o el personal dependiente de los proveedores adjudicados no observan los más altos niveles éticos o cometen actos de fraude, corrupción, soborno, extorsión, coerción y/o colusión.”
Abril 2011	Centro de Hemodiálisis Vicuña Ltda.	Incumplimiento de los plazos señalados en las bases para el otorgamiento de exámenes mensuales, trimestrales y semestrales que forma parte de la prestación objeto del contrato

Cabe considerar que hay más de 14.000 personas en programas de diálisis con prestadores privados. Una información adicional interesante que entrega esta fiscalización es que el 83% de

los directores son nefrólogos, algunos de los cuales atienden hasta en 6 centros de diálisis diferentes.

En cuanto al uso de estándares que permitan comparar resultados de este programa en relación a otros, la revisión de la literatura no entrega para este tipo de programas estándares, entre otras razones, porque no es una estrategia que haya sido aplicada en otros países para resolver en forma sistemática temas de brechas demanda-oferta. Por su parte, el Panel no ha podido conocer de estudios publicados sobre fiscalización o evaluaciones de calidad en prestadores públicos de diálisis para poder establecer alguna comparación o tener referencias de calidad.

Solicitudes de camas para derivación canceladas: se ha considerado pertinente incluir los antecedentes aportados por la UGCC respecto de los pacientes con solicitud de derivaciones a camas que han sido canceladas o anuladas (que es la categoría contraria a “derivación exitosa”), ocurridas en el período del 2010 a marzo 2013; es decir, este grupo está constituido por pacientes que no han sido derivados a camas de paciente crítico por diferentes causas, según se detalla a continuación:

Cuadro N° 13
Solicitudes de derivación canceladas y sus causas
Período 2010 a marzo del 2013

Causa	N° casos		
	Cantidad	% respecto a "cancelados"	% respecto a total de solicitudes de derivación
Agravamiento	478	5,29	1,76
Fallecimiento	426	4,72	1,57
Problema de transporte	44	0,49	0,16
No autorizado a prestador privado	888	9,83	3,27
No hay disponibilidad de cama	266	2,94	0,98
Mejora	490	5,42	1,81
Otras gestiones**	1.866	20,66	6,88
Paciente rechaza centro de destino	268	2,97	0,99
Queda en hospital de origen	1.905	21,09	7,02
Cupo hospital de origen	2.403	26,6	8,85
Total	9.034,00	100	33,29

Fuente: UGCC

* El establecimiento no autoriza fondos para derivación a privados y/o no hay carta de respaldo para dicha derivación. Esto obliga a derivar sólo dentro de la red pública de acuerdo a disponibilidad de ésta.

** El hospital de origen consigue cupo en forma interna, sin paso por UGCC, sea por convenios propios o con establecimientos que no están dentro del ranking.

La denominación y clasificación que realiza la UGCC respecto de las derivaciones que no han sido exitosas es considerada por el Panel como equívoca por cuanto no permite en todos los casos identificar con claridad a qué situación hace referencia, como por ejemplo las dos últimas presentadas en el cuadro precedente.

2.1.5. Tiempo transcurrido para la entrega de la prestación principal del Componente 3 Bono AUGE:

Como se ha señalado, los pacientes que efectúan reclamo tienen derecho a que la respuesta a éste se haga efectiva dentro de un plazo que está determinado en la ley; siendo FONASA el responsable de dicho proceso. Se dispone en las bases de datos de pagos entregadas por PCP las fechas en que el reclamo ha sido registrado por FONASA y el momento en el cual el paciente recibe la atención que es denominada por FONASA como “principal”, la que no obedece necesariamente a la primera atención que es la que marca el hito para establecer el cumplimiento de la ley en términos de plazos⁷².

Los resultados encontrados para los 3 años se muestran en la tabla siguiente:

⁷² FONASA señala que este dato de la primera atención no se registró en el período evaluado.

Cuadro N° 14
Tiempo transcurrido en la entrega de la prestación principal del beneficio Bono AUGE
2010 - 2012

		Fecha incoherente	Menos de 2 semanas	entre 2 semanas y 1 mes	entre 1 y 3 meses	entre 3 y 5 meses	más de 5 meses	Sin Dato	Total	
Año Atención	2010	Recuento	15	230	49	12	0	1	0	307
		% dentro de Año Atención	4,90%	74,90%	16,00%	3,90%	0,00%	0,30%	0,00%	100%
	2011	Recuento	176	2.715	1.389	775	141	51	80	5.327
		% dentro de Año Atención	3,30%	51,00%	26,10%	14,50%	2,60%	1,00%	1,50%	100%
	2012	Recuento	52	455	177	151	28	41	11	915
		% dentro de Año Atención	5,70%	49,70%	19,30%	16,50%	3,10%	4,50%	1,20%	100%
	Sin Dato	Recuento	0	0	0	0	0	0	203	203
		% dentro de Año Atención	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100%	100%
	Total	Recuento	243	3.400	1.615	938	169	93	294	6.752
		% dentro del total	3,60%	50,40%	23,90%	13,90%	2,50%	1,40%	4,40%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de datos entregados por FONASA

Nota: hay 89 casos sin registro de fecha de reclamo y 222 casos sin registro de fecha de atención, los que corresponden a un 8% del total.

El 50,4% de los pacientes se atiende en el lapso de dos semanas, con un 41,7% cuya atención se realizó en un plazo mayor, incluyendo en este grupo un 13,9% entre 1 y 3 meses y un 1,4% en que la espera de la entrega de la prestación denominada "principal" se prolonga por más de 5 meses.

El tiempo de espera va aumentando en el período evaluado, siendo menor a dos semanas el 2010 para el 74,9% de los casos y para el 2012 el 49,7%. En contraposición, los con plazo por sobre dos semanas son un porcentaje menor en el 2010 y muy similares en el 2011 y 2012 (44,4% y 43,4% respectivamente).

El siguiente cuadro muestra los tiempos de espera para la prestación principal según Problema de Salud, la cual corresponde a un total de 1.184 casos (se excluyen aquellos con fechas incoherentes o sin dato), los que a su vez representan el 98,67% de los 1.200 casos en estas condiciones.

Cuadro N° 15

**Tiempo transcurrido en la entrega de la prestación principal del beneficio Bono AUGE
por tipo de Problema de Salud
2010 - 2012**

Problema de Salud	Menos de 1 mes	Entre 1 y 3 meses	Entre 3 y 5 meses	Más de 5 meses	Total casos con más de 1 mes de espera	Sin Dato / Fecha incoherente	Total
Colecistectomía	1.154	292	62	35	389	136	1.679
Cataratas	1.504	214	24	20	258	124	1.886
Vicios de refracción	780	99	21	3	123	44	947
Hiperplasia de Próstata	211	62	10	2	74	24	309
Endoprótesis de Cadera	147	54	8	1	63	14	224
Tumores primarios SNC	41	33	17	12	62	6	109
Retinopatía diabética	352	43	9	4	56	30	438
Hernia Núcleo Pulposo	335	50	3	2	55	86	476
Estrabismo	161	22	3	6	31	27	219
Escoliosis	15	14	6	2	22	8	45
Cáncer de Próstata	40	13	0	1	14	2	56
Cáncer gástrico	52	10	1	1	12	5	69
Insuficiencia renal	11	6	2	0	8	1	20
Cáncer de Mama	52	4	2	0	6	10	68
Trastornos de la conducción	26	5	0	0	5	7	38
Desprendimiento de retina	44	3	0	0	3	2	49
Leucemia	2	1	1	1	3	0	5

Fuente: elaboración propia a partir de datos entregados por FONASA

Como se observa, las mayores demoras ocurren en pacientes con problemas de salud que en principio no constituyen casos graves o de urgencia; sin embargo, se observan también demoras en casos de cáncer: Próstata, Gástrico, Mama y Leucemias (35 pacientes), en diversas etapas de su evolución⁷³.

Como en todo tipo de asistencia de salud, las condiciones médicas propias de cada paciente pueden eventualmente implicar alguna demora por necesidad de estabilización, actualización de exámenes u otro que también son aplicables a estos casos.

⁷³ A este respecto FONASA señala que las demoras pueden deberse a causas médicas y a repetición de exámenes, situación que no puede ser objetivada por el Panel.

Se concluye en base a los antecedentes analizados y aquí presentados, que en cuanto a la calidad del PCP y sus componentes, hay situaciones que desde el punto de vista sanitario se consideran graves, otras menos graves pero que ameritan atención; para otros casos, como el componente 4, se requiere mayor información para poder realizar un juicio evaluativo fundado.

La calidad de las prestaciones convenidas en el PCP requiere de una exhaustiva revisión y monitoreo para garantizar estándares adecuados para los beneficiarios, al menos en los componentes y dimensiones aquí revisadas.

2.2. Economía

2.2.1. Fuentes y uso de recursos financieros

Los cuadros N° 7 y N° 8 vistos en el Capítulo I, entregan una aproximación de la magnitud del Programa en relación al presupuesto total de FONASA: el porcentaje que representa este presupuesto se encuentra cercano al 3,4% del presupuesto inicial de FONASA y su participación dentro del PPV significa entre un 8,5% a un 12,39%, presentando el pick de participación el año 2011 con un porcentaje de 12,39%, esto coincide con la incorporación del componente 3 (Bono AUGE) a la compra a privados.

Es relevante señalar que si bien el presupuesto total Inicial de FONASA ha crecido en el periodo de evaluación en un 41,5 %, la participación del PPV en dicho presupuesto ha crecido de un 28% a un 34% desde el año 2009 al 2013.

El presupuesto del PPV ha crecido de MM\$ 783 el año 2009 a MM\$ 1.336 el año 2013, lo cual significa un crecimiento del 70,5%.

Si bien la participación del PCP representa el año 2013 un 3,39% del presupuesto inicial del FONASA, este porcentaje debe ser complementado con el presupuesto utilizado por los SS para compra a privados; sólo entonces se podrá evaluar la participación de la compra total a privados por el Sistema Público de Salud, más adelante se presentará el gasto realizado por el Sector Público de Salud en compra a privados.

De igual forma ocurre para definir la participación del PCP en relación al presupuesto del PPV; sólo las compras a privados realizadas directamente por FONASA significan para el 2013 un 10%.

Cuadro N° 16
Fuentes de Financiamiento del programa 2009-2012 (Miles de \$ 2013)

Fuentes de Financiamiento	2009		2010		2011		2012		2013		Variación
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	2009-2013
1. Presupuestarias											
1.1. Asignación específica al programa	70.118.327	99,75%	70.486.471	99,79%	123.222.618	99,79%	117.465.565	99,77%	134.687.177	100,00%	92,09%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	173.419	0,25%	148.396	0,21%	258.589	0,21%	276.027	0,23%		0,00%	-100,00%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Extrapresupuestarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	70.291.746	100	70.634.867	100	123.481.207	100	117.741.592	100	134.687.177	100	

Fuente: Anexo 5 entregado por Programa. Ley de presupuesto de cada año

En el cuadro N° 18 se observa que el presupuesto para el gasto de administración del programa es un 0,2% aproximadamente.

Cuadro N° 17
Gasto Total del PCP 2009-2012 (Miles de \$ 2013)

Año	Gasto Devengado del Programa	Otros Gastos	Total Gasto del programa
2009	101.461.801	173.123	101.634.924
2010	105.337.934	145.903	105.483.837
2011	115.975.293	257.969	116.233.262
2012	129.193.161	273.240	129.466.401
Variación 2009-2012	27%	58%	27%

Fuente: Anexo 5 entregado por PCP

De la información analizada se observa que el porcentaje de crecimiento real del gasto del PCP desde el año 2009 al 2012 es de un 27%.

Los Gastos de Administración identificados por el PCP son financiados por presupuesto de operación de FONASA ya que el presupuesto asignado por ley es exclusivamente para la compra de servicios propios del PCP.

Como se visualiza en el cuadro N° 18, los Gastos de Administración según la información entregada por el PCP crecieron en un 58% y su cálculo fue realizado en base a una estimación porcentual del gasto del total de la institución en los sub.21 y Sub.22. En el gasto Sub.21 se consideró el RRHH directo del PCP y en el caso del Sub.22 se hizo una estimación ya que no cuenta con centro de costo específico (fue calculada en relación al gasto del Departamento de Comercialización completo que incluye compras institucionales y otros no relacionados con el PCP).

Cuadro N° 18
Porcentaje de Gasto en Administración del PCP
2009-2012 (Miles de \$ 2013)

AÑO	Gasto Devengado del Programa	Otros Gastos	Porcentaje %
2009	101.461.801	173.123	0,17%
2010	105.337.934	145.903	0,14%
2011	115.975.293	257.969	0,22%
2012	129.193.161	273.240	0,21%

Fuente: Anexo 5 entregado por PCP

Nota: comparación en relación al gasto exclusivo para compra a privados

Se muestra además que el Gasto de Administración del PCP varía de un 0,17% a un 0,22%, con lo cual se evidencia que el gasto está orientado efectivamente al objetivo del programa, que se traduce en la compra de prestaciones a privados.

Al desglosar el Gasto en Administración en cada año de análisis se observa lo siguiente:

Cuadro N° 19
Desglose del Gasto Devengado en Personal,
Bienes y Servicios de Consumo, Inversión y otros 2009-2012 (Miles de \$ 2013)

	2009		2010		2011		2012		Variación 2009-2012
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Personal	161.806	93,46%	138.013	94,59%	248.524	96,34%	269.914	98,78%	66,81%
2. Bienes y Servicios de Consumo	11.317	6,54%	7.890	5,41%	9.445	3,66%	3.326	1,22%	-70,61%
3. Inversión									
4. Otros (identificar)		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	
Total Gasto Devengado	173.123	100	145.903	100	257.969	100	273.240	100	

Los gastos de Administración estimados consideran sólo sub.21- Gasto en Personal y Sub.22 BBSS de Consumo, donde la participación del gasto en Personal sobre el de BBSS Consumo creció de un 93,46% a un 98,78%, y el gasto en de BBSS de Consumo disminuyó de un 6,54% hasta un 1,22% (considerar que esta disminución puede corresponder a la forma de cálculo, es decir en el Departamento de Comercialización completo aumentó el Personal con lo cual el costo en sub.22 per cápita pudo verse disminuido, ya que ese valor unitario se utilizó como base para obtener el gasto total en sub.22, es decir se multiplicó el per cápita de gasto en Bienes y Servicios de Consumo por el total de funcionarios dedicados al PCP.

Como se mencionó anteriormente, para obtener una real visión del gasto del Sector Público en compra a privados, se adiciona el gasto que en el periodo evaluado han realizado los SS en compra de prestaciones a privados (en los componentes Diálisis, Camas Integrales y Otras Prestaciones⁷⁴), cuyo resultado se presenta en el siguiente cuadro:

⁷⁴ No se menciona el componente Bono AUGE ya que está asociado a reclamos de oportunidad y esta es una tarea que le compete en forma exclusiva al FONASA. Los SS compran prestaciones AUGE y se asimilan al componente Otras Prestaciones.

Cuadro N° 20⁷⁵**Gasto Total de Compra a Privados por Sistema Público de Salud (Miles de \$ 2013)**

Institución	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%
FONASA	101.461.801	52%	105.337.934	49%	115.975.293	54%	129.193.161	58%
Servicios de Salud*	95.072.403	48%	109.681.386	51%	100.227.127	46%	92.170.714	42%
TOTAL	196.534.204	100%	215.019.319	100%	216.202.420	100%	221.363.875	100%

Fuente: Anexo 5 entregado por Programa y base de datos sobregasto de SS entregado por Ministerio de Salud (SIGFE).

* Mayores antecedentes respecto al gasto de los SS en compras a privados se detallan en Anexo 6.

Es posible identificar que las compras realizadas por el PCP son cercanas al 50% de las compras totales a privados realizadas por el Sistema Público de Salud; el componente 1 diálisis y 3 AUGE significan sobre el 80% del gasto del programa de FONASA, en cambio el gasto en compra a privados de los SS se concentra en los componentes 2 Camas Críticas y 4 Otras Prestaciones⁷⁶, como se presenta en los siguientes cuadros.⁷⁷

⁷⁵ No considera DFL 36; DFL-36: El Decreto con Fuerza de Ley N° 36 de 1980, del Ministerio de Salud, establece que los SS pueden celebrar convenios con universidades, organismos, sindicatos, asociaciones patronales o de trabajadores y, en general, con toda clase de personas naturales o jurídicas, a fin de que éstas tomen a su cargo por cuenta de aquellos Servicios, algunas de las acciones de salud que les corresponde ejecutar. Es decir estos convenios entregan a entidades específicas, población que es de su responsabilidad, para que se les entreguen todas las prestaciones de salud que requieran. Para efecto del análisis, no se han considerado por no corresponder a compra de prestaciones específicas como es el caso de esta evaluación.

⁷⁶ Los gastos en compra a privados de los SS analizados corresponde a compras de prestaciones de salud, no incluye otras compras de bienes y servicios generales.

⁷⁷ Antecedentes de SS, no permite diferenciar gasto entre componente 2 y 4 entre los años 2009- 2011, solo se puede obtener los gastos diferenciados para el año 2012 en compra de camas críticas integrales

Cuadro N° 21

Gasto Total de Compra a Privados por componente del Programa, por Sistema Público de Salud (Miles de \$ 2013)

Año	C1: Diálisis		C2: Camas Críticas Integral		C3- Bono AUGE		C4: Otras Compras*		TOTAL	TOTAL
	SS	Programa	SS	Programa	SS	Programa	SS	Programa	SS	Programa
2009	1.531.889	86.935.731	sin identificación	sin información	sin gasto	sin gasto	93.540.514	14.526.069	95.072.403	101.461.801
2010	1.601.671	90.227.535	sin identificación	5.933.975	sin gasto	sin gasto	107.979.641	9.176.424	109.581.311	105.337.934
2011	1.136.552	93.053.983	sin identificación	12.127.174	sin gasto	6.625.516	99.090.574	4.168.621	100.227.127	115.975.293
2012	1.979.808	103.731.045	6.129.347	20.087.168	sin gasto	1.360.167	84.061.559	4.014.781	92.170.714	129.193.161

Fuente: bases de datos entregada por Programa de FONASA, SIGFE, Base de datos de SS entregada por Ministerio de Salud

*Gasto del componente 4, incluye gasto de componente 2 de SS; el SIGFE de años 2009, 2010 y 2011, no realiza separación por estos dos componentes, al igual que el PCP para el año 2009.

Cuadro N° 22
Gasto Total por Componentes 2009 – 2012 (Miles de \$ 2013)

	2009		2010		2011		2012		Variación 2009-2012
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
Componente 1- (Diálisis)	86.935.731	85,7%	90.227.535	85,7%	93.053.983	80,2%	103.731.045	80,3%	19,3%
Componente 2- (Camas críticas integrales)	0	0,0%	5.933.975	5,6%	12.127.174	10,5%	20.087.168	15,5%	238,5%
Componente 3- (bono AUGE)	0	0,0%	0	0,0%	6.625.516	5,7%	1.360.167	1,1%	-79,5%
Componente4- (Otros componentes)	14.526.069	14,3%	9.176.424	8,7%	4.168.621	3,6%	4.014.781	3,1%	-72,4%
Total	101.461.801	100	105.337.934	100	115.975.293	100	129.193.161	100	27,3%

Fuente: SIGFE - FONASA- El PCP no entrega desglose por componente.

Por lo mencionado anteriormente resulta altamente relevante evaluar la eficiencia del gasto del Programa en relación al gasto realizado por los SS.

Teniendo esto en consideración, el siguiente cuadro muestra la participación del total de compra a privados realizada por el Sistema Público, en el Presupuesto de FONASA y en el de Prestaciones Valoradas.

Cuadro N° 23
Porcentaje del Gasto Total de Compra a Privados respecto al Presupuesto de FONASA y del Programa de Prestaciones Valoradas
(Miles de \$ 2013)

Año	% del ppto. total de FONASA	% del ppto. total de PPV
2009	7,0%	25,1%
2010	7,0%	25,9%
2011	6,3%	21,7%
2012	6,0%	18,9%

Fuente: bases de datos entregada por Programa de FONASA, SIGFE, Base de datos de SS entregada por Ministerio de Salud.

El cuadro N°23 muestra que la participación de las compras a privados por parte del Sector Público de Salud representa cerca del 7%, sin embargo al determinar la participación de este gasto en el presupuesto de las Prestaciones Valoradas, significa cerca del 22%.

De la información presentada en cuadro N° 22 es posible identificar que el peso relativo del componente 1 es el de mayor relevancia dentro del gasto del PCP siendo mayor al 80% en todos los años. Si bien el crecimiento del componente durante el periodo evaluado fue de un 19,3%, el pick de crecimiento lo tuvo entre los años 2011-2012 con un 11,47%. Sin embargo el componente que durante todo el periodo evaluado ha presentado un mayor incremento porcentual es el componente 2 con un 238,5%, el cual a su vez ha ido aumentando su participación dentro del gasto total del programa de un 5,6% a un 15,5%.

El gasto del componente 3 en el año 2011 (año de su incorporación) en relación al del año 2012, está aumentado en un 487,1%, en el año 2012 disminuye tanto en valor como en su participación dentro del gasto del Programa⁷⁸.

De la información del cuadro N° 24 se determina además de lo señalado, que el gasto de los componentes 1 y 2 han pasado del año 2010 al año 2012 de un 91,3% a un 95,8%, dentro del cual el componente 2 (camas críticas) ha crecido de un 5,6% a un 15,5%. La compra de camas a privados se originó en gran medida por la falta de oferta como consecuencia del terremoto del 2010 y los daños en la infraestructura hospitalaria pública; sin embargo la compra ha ido en

⁷⁸ Debe dejarse establecido que el gasto real del año 2011 fue de MM\$ 4.730, pero por error en el registro contable el SIGFE muestra los MM\$ 6.626.

aumento ya que el crecimiento de la capacidad instalada en los SS ha sido menor a lo requerido⁷⁹, sin poder absorber el aumento de la demanda que genera el aumento de carga de enfermedad y envejecimiento de la población asegurada^{80, 81}. El gasto de los componentes 1 y 2 han pasado del año 2010 al año 2012 de un 91,3% a un 95,8%.

El gasto del componente 3 Bono AUGE es en el año 2011⁸² un 487,1% mayor que en el año 2012, año en que disminuye tanto en valor como en su participación dentro del gasto del PCP⁸³, disminuyendo su participación en el PCP de un 5,7% a un 1,1%. En el caso del componente 4 se ha producido una disminución de un 72,4%, esto a causa de un aumento en la capacidad resolutive en el sector público (como se observa en el total de compras desde el 2009 al 2012 en el cuadro N° 21) y de un cambio en el registro del gasto, pues como se observa en el cuadro N° 21, el año 2009 el PCP registra contablemente juntos el gasto en camas integrales con otras compras a privados.

Junto con el aumento en los presupuestos en términos reales, ha existido redistribución entre los diferentes componentes sin el cual el crecimiento real de gasto del Programa habría sido superior al 27% experimentado⁸⁴; esto en términos financiero-presupuestarios se evalúa como correcto (PCP reconoce error en estimación de gasto al incorporar como componente el Bono AUGE en el año 2011) para la mejor utilización de los recursos. No se cuenta con los antecedentes necesarios para determinar si dicha situación es por reducción de brechas de demanda oferta o una estrategia de distribución de recursos; para ello se requiere el análisis de las listas de espera que den cuenta de la evolución de brechas.

2.2.2. Ejecución presupuestaria del programa

A continuación se evaluará la capacidad de ejecución presupuestaria que el Programa logra durante el periodo evaluado, para lo cual se analiza la ejecución en relación al presupuesto inicial y luego se mostrará la comparación de presupuesto inicial - vigente y su ejecución.

⁷⁹ Información DEIS de camas críticas Sector Público 2009-2012, se produjo un aumento neto de 50 camas críticas, en comparación con el aumento y envejecimiento de la población según información INE, con un aumento de 473.757 personas, aumentando la población adulta mayor en un 4% aprox.

⁸⁰ Información según informes de CEPAL- CELADE año 2012; informes de carga de enfermedad Ministerio de Salud.

⁸¹ Este fenómeno es particularmente relevante en cuanto al crecimiento de camas críticas.

⁸² La estimación de gasto en Bono AUGE para el año 2011 fue mayor al gasto real en dicho año; en el año 2012 se entregaron más recursos a los SS para disminuir listas de espera AUGE con lo cual los reclamos a FONASA disminuyeron.

⁸³ Debe dejarse establecido que el gasto real del año 2011 fue de MM\$ 4.730, pero por error en el registro contable el SIGFE muestra los MM\$ 6.626.

⁸⁴ Disminuye la participación del componente 4 y componente 3, aumentando la participación del componente 2.

Cuadro N° 24
Presupuesto del programa y Gasto Devengado 2009-2012
(Miles de \$ 2013)

Año	Presupuesto Inicial del programa (a)	Gasto Devengado (b)	% (b/a) *100
2009	70.291.746	101.634.924	144,6%
2010	70.634.867	105.483.837	149,3%
2011	123.481.207	116.233.262	94,1%
2012	117.741.592	129.466.401	110,0%

Fuente: SIGFE - FONASA

En relación a lo presentado en el cuadro N° 24, se puede indicar que a pesar de que el presupuesto inicial entre los años 2009 al 2012 ha crecido en un 67%, igual el gasto devengado ha superado el presupuesto inicial en un 44,6% el 2009 a un 10% en el 2012; el gasto por sobre el presupuesto inicial del 2012 es porcentualmente menor, pero en valor es de MM\$ 11.725 lo cual es 27,4% mayor a la ejecución del año 2009. Este comportamiento puede tener varias posibles causas como: **a)** redefinición de prestaciones a comprar durante el año a causa de la demanda observada durante ese año en particular **b)** deficiente estimación de demanda al no tener conocimiento del total de prestaciones que los SS han comprado a privados en forma particular, ya que en la ejecución presupuestaria sólo se observa el monto en gasto a compra a privados, pero no se determina cantidad y tipo de prestaciones, en especial aquellas prestaciones que forman parte del componente 4 (otras prestaciones).

Cuadro N° 25
Presupuesto inicial, final del programa y Gasto Devengado 2009-2012
(Miles de \$ 2013)

Año	Presupuesto Inicial del programa	Presupuesto Final del programa (a)	Gasto Devengado (b)	% (b/a) *100
2009	70.291.746	103.182.467	101.634.924	98,5%
2010	70.634.867	105.564.600	105.483.837	99,9%
2011	123.481.207	116.245.350	116.233.262	100,0%
2012	117.741.592	131.074.985	129.466.401	98,8%

Fuente: Anexo 5 entregado por PCP

En el cuadro N° 25 se observa que el presupuesto vigente creció en todos los años entre un 11,3% (año 2012) y un 49,5% (año 2010), con excepción del año 2011 donde se produjo una disminución de un 5,9%.

Si bien en relación al presupuesto inicial existe un mayor gasto al realizar la comparación con el presupuesto vigente existe una ejecución aceptable, con excepción del año 2011 en el cual existió una sub-ejecución del 5,9%.

Lo más relevante de señalar de los dos cuadros presentados anteriormente es la menor capacidad de gasto respecto del monto entregado en la Ley de Presupuestos del año 2011, pues muestra que el Programa no tuvo capacidad de utilizar todos los recursos disponibles en dicho año⁸⁵.

2.2.3. Aportes de Terceros

Según la información entregada por el Programa, no existe aporte de terceros, sin embargo si se considera fuera del Programa las compras realizadas por los Servicios de Salud, el aporte al Programa por vía indirecta es de un valor similar al 100% del PCP.

2.2.4. Recuperación de Gastos

No es posible evaluar, el PCP no gestiona recuperación de gastos.

2.3. Eficiencia

A continuación se hace un análisis de la eficiencia del PCP.

2.3.1. A nivel de resultados intermedios y finales.

El PCP no cuenta con indicadores que permitan evaluar el logro del fin ni de propósito del Programa y, en consecuencia, no es posible evaluar la eficiencia en el logro de resultados intermedios y finales del mismo. Respecto a la eficiencia de los mecanismos para reducir las brechas se analizan a continuación para cada uno de los componentes.

2.3.2. A nivel de actividades y/o componentes. Relaciona gastos con productos

En esta sección se analiza la eficiencia en la producción de cada uno de los componentes, para los cuales se analiza en primer lugar el gasto promedio por unidad de producto, esto es el gasto devengado en la producción de cada uno de los componentes (medido por el número de prestaciones) dividido por el nivel de producción del componente respectivo y, a continuación, el gasto promedio por beneficiario, es decir el gasto devengado en la producción de cada componente dividido por el número de beneficiarios.

Componente 1: Diálisis.

El precio pagado por prestación es fijado por FONASA como arancel PPV y es, por lo tanto, el mismo que reciben los SS por la prestación. El precio refleja la estimación de FONASA respecto al costo de entregar esta prestación. La forma en que se realiza esto es que para cada prestación incorporada al plan AUGE, la unidad Plan de Beneficios hace el costeo, y estima el

⁸⁵ Información entregada por el PCP: a causa del desconocimiento de la necesidad real se sobre estimaron los recursos necesarios en dicho componente. Año 2011 primer año de entrega de bono AUGE como tal y registrado contablemente.

costo de la prestación. Dicha estimación, de acuerdo al Estudio “Costos de prestaciones-PUC 2011” subestima el costo real ya que no incluye el costo de infraestructura.

FONASA contrató el Estudio “Costos de prestaciones-PUC 2011”, realizado por el Departamento de Salud Pública de la PUC, donde se estima el costo real de una parte significativa de las prestaciones de salud de la red pública para el año 2011. Entre las prestaciones consideradas está Hemodiálisis, para la cual se estima el costo de la prestación en 4 centros de diálisis privados. La conclusión es que el arancel PPV establecido para la prestación es muy similar a los costos en que incurren estos centros. Un par de observaciones respecto al estudio:

- El Panel no tiene información que permita establecer que la muestra es representativa ni los costos de los centros son eficientes.
- El análisis realizado por la PUC no considera gasto de arriendo dentro de los gastos generales para dos de los cuatro centros. El argumento señalado es que los propietarios de los centros son los dueños de la propiedad, aunque el análisis económico correcto debería considerar el costo de oportunidad del inmueble y, por lo tanto, subestima el costo económico efectivo de los centros de diálisis analizados.

A partir del estudio de la PUC, se concluye que el arancel PPV establecido por FONASA es inferior 3,2%, esto sin considerar el costo de oportunidad del inmueble de dos de los centros mencionados.

Respecto al costo de Diálisis:

- El gasto promedio por unidad de producto (prestaciones de Hemodiálisis) disminuye 0,2% en términos reales durante el período 2009-2012.
- El número de prestaciones es igual al número de beneficiarios y, como consecuencia, el costo por beneficiario disminuye en el mismo porcentaje.
- El cuadro siguiente muestra el costo promedio por prestación (beneficiario) de Diálisis en el período analizado.

Cuadro N° 26
Costo promedio por prestación (beneficiario) de Diálisis
(Miles de \$ 2013)

Año	Mensual	Anual
2009	627	7.525
2010	628	7.532
2011	627	7.529
2012	626	7.514

Fuente: Cálculos propios a partir de bases de datos proporcionadas por el PCP.

Otros aspectos importantes para el análisis de la eficiencia en la provisión de este componente son:

1. FONASA tiene poder monopsónico en este mercado ya que es por lejos el principal demandante de esta prestación a nivel nacional⁸⁶. En consecuencia, FONASA establece el precio y los estándares de calidad mínimos de las prestaciones.
2. Las condiciones anteriores además evitan la posibilidad de colusión de los prestadores privados⁸⁷ y favorece la eficiencia en la entrega de este componente⁸⁸.
3. Sin embargo, hay dos condiciones adicionales para saber si efectivamente esta prestación se ofrece al costo más bajo posible, estas son:
 - a. El precio establecido por FONASA es el óptimo, lo cual requiere un estudio de costos que permita estimar en forma precisa el costo en que incurriría un prestador eficiente, esto es que produce el estándar de calidad requerido al costo

⁸⁶ El programa compra prestaciones de diálisis en el sector privado para el 87% de los asegurados FONASA con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Además, cabe esperar (y así es de acuerdo a lo señalado por miembros del programa evaluado) que los afiliados a ISAPRES que son afectados por esta enfermedad migren a FONASA considerando que el copago de la prestación es cero. En consecuencia, un porcentaje muy alto de la demanda por prestaciones de diálisis del sector privado la efectúa FONASA (probablemente más del 90%).

⁸⁷ No existen antecedentes sobre concentración de la propiedad de los centros de diálisis como para analizar la posibilidad de poder de mercado por el lado de la oferta. Sin embargo, considerando que el número de prestadores privados a nivel nacional aumenta de 182 a 189 en el período analizado y el PCP establece el precio de la prestación, la posibilidad que los prestadores privados afecten precios es cercana a cero.

⁸⁸ Si el programa establece el precio y los estándares de calidad de las prestaciones de diálisis, entonces los potenciales oferentes del servicio no tienen capacidad alguna para influir en el precio establecido. Una posibilidad, sin embargo, es que si los estándares de calidad de las prestaciones no son directamente observables, entonces busquen incrementar sus beneficios mediante la reducción en la calidad de las prestaciones. La fiscalización efectiva y los costos asociados a no cumplir los estándares mínimos de calidad son, por lo tanto, elementos muy importantes para asegurar que la calidad de las prestaciones sea adecuada. Sin embargo, el Panel no cuenta con información de fiscalizaciones ni de sanciones por lo que no es posible su análisis.

más bajo posible. Esto último significa también que utiliza la mejor tecnología disponible.

- b. Demostrar que efectivamente la compra a privados de esta prestación es más eficiente que realizar las inversiones necesarias para ofrecerla en el Sistema de Salud Público. El Panel no cuenta con antecedentes que sugieran que esta condición se cumpla.

En resumen, en opinión del Panel el diseño del proceso de compra de prestación de Diálisis es adecuado ya que se hace uso del poder monopsonico del programa estableciendo el precio y los estándares de calidad mínimos de las prestaciones. Durante el período 2009-2012 ha habido una ligera disminución en el costo de la prestación lo cual se traduce en una ligera ganancia de eficiencia en la producción del componente, esto en el sentido que el gasto que realiza el Estado por prestación y beneficiario cayó 0,2%.

Componente 2: Compra de camas integrales.

La producción de Camas integrales se mide por el número de días cama contratados a privados por cada prestación (derivación). Considerando que el número de días cama de cada prestación tiene una alta volatilidad⁸⁹, en opinión del Panel el gasto promedio por día cama entrega mejor información respecto a la eficiencia en la producción de este componente. Utilizar el número de prestaciones para medir la eficiencia en la producción de este componente introduce mayor volatilidad en el gasto promedio por unidad de producto, siendo parte importante de esta volatilidad causada la variabilidad en la cantidad de días que está internado cada paciente y no necesariamente por cambios en la eficiencia de la producción.

⁸⁹ Para ilustrar la alta volatilidad del día cama se presenta el número promedio de días por prestación, además de su desviación estándar. Se puede observar (última columna) que la desviación estándar es superior al número de días cama promedio para cada tipo de cama.

Promedio días de estada por tipo de cama

Tipo de cama	Número de días promedio	Desvest	Desvest/Días promedio
Aguda	10,1	10,6	104%
Básica	5,0	11,3	224%
Coronaria	6,1	6,7	109%
UCI	11,2	14,8	132%
UTI	7,4	8,3	112%
Total general	9,2	12,4	135%

El cuadro siguiente presenta el gasto promedio por unidad de producto (Prestaciones o Derivaciones)⁹⁰ de Cama Integral por tipo de cama. Algunas observaciones:

- A nivel agregado el gasto promedio disminuye 15% en el período.
- Existe un aumento de 7% en el gasto promedio en cama UCI, que tiene una participación de 73% en el gasto del componente durante el período evaluado, y un aumento de 67% en cama básica, que tiene una participación de 2,3% del gasto del componente en el mismo período.
- El aumento en el gasto UCI es causado por un aumento en el número de días promedio de cada prestación (9,6 a 11,2) ya que el gasto promedio por día disminuye 8,4% (ver cuadro sub-siguiente).
- Al desagregar por tipo de cama el comportamiento es mucho más heterogéneo con disminuciones en el gasto promedio en cama aguda (-11,2%), coronaria (-12,6%) y UTI (-23,5%).

Cuadro N° 27
Gasto Promedio por prestación Cama Integral por tipo de cama
(M\$ 2013)

	2010	2011	2012	Variación %
Aguda	2.917	1.981	2.591	-11,2%
Básica	1.107	1.292	1.848	67,0%
Coronaria	5.863	4.536	5.125	-12,6%
UCI	8.751	7.800	9.364	7,0%
UTI	5.457	5.198	4.176	-23,5%
Total general	7.338	5.484	6.205	-15,4%

Fuente: Cálculos propios a partir de bases de datos proporcionadas por el PCP.

Respecto al gasto promedio día cama integral por tipo de cama se observa que:

- El gasto promedio por día cama integral disminuye 12%.
- Los precios por día de cama integral, los cuales no han cambiado durante el período de análisis, fueron fijados en los convenios marco establecidos entre FONASA y cada uno de los prestadores seleccionados en una licitación realizada en el año 2010. Se infiere, por lo tanto, que la caída en el gasto promedio por día cama UCI es causado por la derivación de los pacientes hacia prestadores con precios relativamente más bajos para esta prestación.
- Es llamativo el aumento de 89% en cama básica. Es importante señalar que para este tipo de cama se observa una alta variabilidad en las ofertas adjudicadas⁹¹,

⁹⁰ Un mismo paciente puede recibir más de una prestación y, por lo tanto, el número de pacientes es menor, aproximadamente 5%, que el número de prestaciones. La evolución del gasto por paciente es, en consecuencia, similar al del gasto promedio por prestación.

las que fluctúan entre \$47.000 (Clínica San Alberto de Chillán, octava región) y \$999.640 (Clínica Iquique de Iquique, segunda región). El panel no dispone de información que permita comprender este fenómeno ya que se requieren antecedentes de oferta (privada y pública) y demanda por tipo de cama en cada una de estas localidades. Sin embargo, este fenómeno debería ser analizado de forma tal de descartar que el proceso de licitación no sea suficientemente competitivo.

Cuadro N° 28
Gasto Promedio Día Cama Integral por tipo de cama
(M\$ 2013)

	2010	2011	2012	Variación %
Aguda	276	224	256	-7,4%
Básica	194	273	366	89,0%
Coronaria	1.025	889	836	-18,4%
UCI	911	913	834	-8,4%
UTI	501	601	566	12,9%
Total general	770	685	676	-12,2%

Fuente: Cálculos propios a partir de bases de datos proporcionadas por el PCP.

En resumen, se puede señalar una ganancia de eficiencia de 12% en el período, causado básicamente por la disminución en el gasto promedio por cama UCI. Dado que los precios de cada prestador están establecidos en convenios marco, entonces se puede inferir que la caída es causada por la derivación de los pacientes hacia prestadores con precios por día cama integral UCI relativamente más bajos.

Para tener una visión más completa sobre la eficiencia en la producción de este componente es necesario completar el análisis realizado con los siguientes antecedentes:

1. Los pacientes son derivados a aquellos prestadores seleccionados en una licitación de camas integrales que realiza FONASA y con los cuales se establece un convenio marco. Durante la licitación los oferentes son ordenados de acuerdo a la oferta que realizan⁹² y se adjudica a aquellos prestadores que cumplen con las condiciones básicas establecidas en las bases del proceso. La licitación es a nivel nacional y cada ofertante es libre de ofrecer los precios que estime

⁹¹ El precio promedio de las 31 ofertas de día cama básica adulto adjudicadas es \$299.432 y la desviación estándar \$198.467 (ambos montos en pesos de 2010) y, en consecuencia, la desviación estándar es 66 por ciento del valor promedio.

⁹² Los criterios considerados en la evaluación de la propuesta incluye: Recursos humanos (25%), infraestructura y equipamiento (20%), integralidad de la oferta (15%), disponibilidad de prestaciones asociadas o servicios conexos (15%) y oferta económica (25%). Los criterios se consideran adecuados en cuanto a que consideran todos los aspectos necesarios para obtener una prestación con estándares de calidad adecuados, pero no estamos en condiciones de señalar si los ponderadores son los adecuados.

convenientes. Para que los prestadores adjudicados ofrezcan precios competitivos es condición necesaria que haya una cantidad significativa de oferentes. El mercado de las clínicas privadas es un mercado segmentado geográficamente y, por lo tanto, no necesariamente existe competencia, al menos en el corto plazo, entre clínicas ubicadas en localidades distintas: por ejemplo, una clínica en Santiago con otra en Concepción o Puerto Montt. En consecuencia, en aquellas localidades con muy pocos oferentes (2 o 3 por ejemplo) se generan los incentivos para que las clínicas planteen ofertas con precios no competitivos ya que si cumplen con las bases de la licitación, la probabilidad de que sean adjudicados es muy alta. Esto es consistente con la alta variabilidad en el precio del día cama ofertado⁹³ y adjudicado (ver cuadros siguientes), sin que en varios casos el mayor precio refleje una mayor calidad en la prestación⁹⁴. En consecuencia, estos antecedentes indican la posibilidad de que a algunos prestadores privados se le paguen precios superiores a los competitivos⁹⁵, disminuyendo la eficiencia en la producción de este componente., y por lo tanto requiere que el PCP analice este fenómeno.

2. Los dos cuadros siguientes muestran el precio promedio por día cama integral UCI adulto y UTI adulto, respectivamente, ofertados por los prestadores privados en la licitación de abril de 2010. Se observa que los precios promedios ofertados por clínicas de regiones son superiores a las clínicas de Santiago en los diferentes productos licitados, y además tienen una mayor dispersión, medida por su desviación estándar. Es decir, los precios promedio y la desviación estándar son mayores en regiones donde el número de prestadores es menor.

Cuadro N° 29
Precio promedio Día Cama UCI adultos adjudicados, (\$ 2010)

Región	Promedio	Desvest	N° prestadores
RM	995.154	139.341	9
Valparaíso	1.010.833	264.059	3
Bio Bio	1.275.000	318.198	2
Rancagua	1.095.000	134.350	2

Fuente: Contrato prestaciones de salud entre FONASA y PUC.

⁹³ Para ilustrar la variabilidad se tiene:

•Día cama UTI Adulto: Clínica Colonial (RM) \$394.000, Clínica San Carlos de Apoquindo (RM) \$765.710, Clínica Reñaca (Región V) \$1.000.000, Clínica Universitaria de Concepción (Región VIII) \$1.200.000.

•Día cama UCI adulto: Clínica Miraflores (Región V) \$782.500, Clínica San Carlos de Apoquindo (RM) \$943.844, Clínica Alemana de Santiago (RM) \$1.150.000, Clínica Los Andes de Puerto Montt (Región X) \$1.390.000, Clínica Universitaria de Concepción (Región VIII) \$1.500.000.

⁹⁴ En particular, entre los 33 prestadores adjudicados la Clínica Universitaria de Concepción obtuvo el puntaje más bajo en recursos humanos y en equipamientos e infraestructura, mientras que en puntaje ponderado obtuvo el lugar 31 y, sin embargo, ofertó el precio más alto en cada uno de los tipos de cama: por ejemplo, día cama UCI adulto (\$1.500.000), día cama UTI adulto (\$1.200.000).

⁹⁵ Esto es que reflejen los costos de producción y que les permita a los oferentes obtener una rentabilidad normal.

Cuadro N° 30
Precio promedio Día Cama UTI adultos adjudicados, (\$ 2010)

Región	Promedio	Desvest	N° prestadores
RM	659.784	161.423	9
Valparaíso	746.980	237.663	3
Bio Bio	845.333	314.588	3
Rancagua	775.000	247.487	2
Los Lagos	694.500	347.189	2

Fuente: Contrato prestaciones de salud entre FONASA y PUC.

- Si bien no es posible obtener el valor pagado por los SS por día cama integral para todo el periodo evaluado, se tuvo acceso a la base de datos de compras a privados realizados por los SS en el año 2012, en el cual se logra diferenciar presupuestariamente la ejecución de compra de camas críticas a prestadores privados. De la base analizada se encontraron y consideraron 7 datos de compra por establecimientos de 5 SS a lo largo del País, cuyo gasto fue considerado como la compra de un día cama crítica, pues los valores no se condicen con una cantidad mayor de días, ejemplo de esto son valores de compra anual que van desde \$ 270.240 hasta \$ 975.633 (pesos año 2012). Con esta información se calculó un promedio como muestra, para luego comparar con los valores cancelados en 2012 a los privados en convenio por el PCP por la compra de cama UCI adulto, pediátrica y neonatal a nivel nacional.

Los resultados obtenidos son:

Cuadro N° 31
Costo diario promedio cama integral PCP y SS año 2012
\$ 2013

Comprador	Prestación***	Costo diario promedio
PCP*	Cama crítica	754.646
Servicios de Salud**	Cama Crítica****	599.519
Diferencia %		25,87%

Fuente: Base de datos de compra de cama integral a privados entregada por PCP, año 2012. Muestra de base de datos de compras de cama crítica integral a privados entregada por MINSAL año 2012.

Ver Anexo 6

Notas:

* Considera promedio de camas críticas UCI, UTI adulto, pediátrica y neonatal.

** Considera 7 valores unitarios (promedio) de camas críticas, UCI, UTI, Neonatal de 5 SS a lo largo del País.

*** Cabe Señalar que el concepto "Cama integral" corresponde al mismo producto entregado por PCP y SS.

**** Mayores antecedentes respecto al gasto de los SS en compras a privados se detallan en Anexo 6.

De la muestra obtenida se confeccionó el cuadro N° 31 del cual no es posible obtener conclusiones definitivas, pero los resultados señalan que la eficiencia en la compra a privados de los SS podría ser en algunos casos superior a la de compra centralizada realizada por el PCP, dado que se están comparando “camas integrales”, ya que los pacientes trasladados a establecimientos privados, son derivados al establecimiento de origen una vez que se encuentran en condiciones clínicas para ello, lo que indica que se les realizan (con autorización del Hospital derivador) todas las prestaciones necesarias.⁹⁶

Un caso específico se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 32
Comparación Costo diario cama integral año 2012
\$ 2013

Comprador ⁹⁷	Prestación	Costo diario
PCP	Cama UCI	1.000.283
PCP	Cama UTI	836.730
Hospital Luis Calvo Mackenna	Cama crítica	728.973

Fuente: Base de datos de PCP año 2012, Región Metropolitana, SSMO, compra realizada para H. Luis Calvo Mackenna. Base SIGFE de compra a privados por SS, entregada por MINSAL, Región Metropolitana, Hospital Luis Calvo Mackenna del SSMO año 2012.

Por lo señalado, resulta relevante evaluar la eficiencia del gasto del PCP en relación al gasto realizado por los SS; sólo se tiene certeza sobre el valor a pagar por una prestación de diálisis (Arancel PPV⁹⁸), no así el valor de las otras prestaciones que se compran, en especial los días cama críticas integral, para las cuales no existe arancel único establecido de compra tanto en el PCP como en SS; esto se explica por lo crítico que es la oportunidad en la entrega de la prestación. En el caso de los SS, no se cuenta con todos los antecedentes sistematizados de cantidad y precios pagados por las prestaciones mencionadas, solo se conocen algunos datos del año 2012, con los cuales se trabajó como muestra, pero si se conoce el gasto total que ellos han realizado, por lo que no es posible determinar cuál de las dos instituciones obtiene mejores precios; razón por la cual es relevante registrar el precio y cantidad de compras realizadas por los SS, para corroborar y generalizar lo determinado en la muestra obtenida.

⁹⁶ Como forma de corroborar que la compra de camas integrales es el mismo producto para ambos compradores se señalan algunos ejemplos de licitaciones en Portal de Compras Públicas como: ID: 1156-106-LP12 (SS Valparaíso); ID: 1676-573-LE13 (H. Padre Hurtado); ID: 2252-363-PL12 (H. Calvo Mackenna).

⁹⁷ Comprador PCP prestación para el H. Luis Calvo Mackenna, promedio cama UCI, promedio cama UTI. Comprador H. Luis Calvo Mackenna, no se especifica si compra corresponde a cama UCI o UTI, por lo cual se colocan ambos valores de compra de camas por el PCP y se compara con el valor de compra del propio Hospital. Comparando el valor de la prestación comprada por el Hospital L. C. Mackenna con ambos tipos de cama, éste es en ambos casos menor.

⁹⁸ Valor de arancel de PPV es un dato referencial sobre el cual se basan los SS, no cancelando más del valor con el objetivo de no generar deuda por ese concepto.

El cuadro siguiente ilustra lo señalado para las compras del PCP, en que se refleja la diferencia de precios para una misma prestación en regiones del centro del país, lo cual muestra la relevancia de revisar el instrumento utilizado para generar los convenios con privados (Convenio Marco, Licitaciones, Tratos Directos).

Cuadro N° 33
Comparación de precios pagados por el PCP en un día cama UCI Adultos
Año 2012 - Distintos prestadores⁹⁹
M\$ 2013

Prestación	Valor \$	Región	Variación %
ACV Isquémico	1.188.461	RM	
ACV Isquémico	921.810	V Región	28,93%
Cetoacidosis diabética (sin complicaciones)	766.555	RM	
Cetoacidosis diabética (sin complicaciones)	1.175.839	RM	53,39%
Colangitis (sin complicaciones)	921.810	V Región	
Colangitis (sin complicaciones)	1.073.603	RM	16,47%

Fuente: FONASA.

Otros antecedentes pueden ser obtenidos del Estudio de Costos de prestaciones- PUC 2011, mediante la comparación de los costos de un día cama UCI Adulto en que incurren prestadores del sector privado, prestadores institucionales de los SS y el Arancel PPV que se cancela a los establecimientos de la red pública. Los resultados obtenidos son:

Cuadro N° 34
Costo diario medio cama UCI adulto en sector privado y SS año 2011
a pesos año 2013

Comprador	Prestación	Costo diario promedio	Arancel PPV	Diferencia en \$	Diferencia en %
Sector Privado	cama UCI Adulto	375.290	264.250	111.040	42,02%
Servicios de Salud	cama UCI Adulto	351.379	264.250	87.129	32,97%
Diferencia %		6,80%			

Fuente: Estudio de costos prestaciones- PUC 2011; Arancel de Prestaciones Valoradas.

Se observa que los costos de prestadores públicos y privados son similares en cuanto a la prestación básica otorgada (día cama UCI). Las diferencias surgen por los costos de las prestaciones adicionales que puede otorgar el sector privado y que por capacidad instalada el sector público no siempre puede ofrecer, tales como hotelería, procedimientos o exámenes que

⁹⁹ Pagos corresponden a prestaciones realizadas dentro de los convenios que el PCP tenía vigente durante el año.

requieren infraestructura de alta complejidad, equipamiento más sofisticado y recurso humano más calificado.¹⁰⁰

Si bien el mercado está segmentado principalmente por zona geográfica, es importante señalar que el precio promedio cobrado por el sector privado al PCP por un día cama integral UCI Adulto es de \$ 902.765 en el año 2012 (\$ 2013). En consecuencia, si se establece el supuesto que el costo de la cama UCI adulto de los prestadores adscritos al PCP en 2011 fuera igual al estimado para el sector privado en el estudio de la PUC¹⁰¹, entonces el valor de las prestaciones adicionales (exámenes y procedimientos específicos) incorporadas en un día cama integral sería en promedio de aproximadamente \$527.000. Sin embargo, no se contó con los antecedentes de gastos necesarios que permitiesen corroborar dicha estimación.

En resumen, existe evidencia de ganancias en eficiencia en la producción del componente camas integrales durante el período analizado, ya que el gasto promedio por día cama integral disminuye 12%. Sin embargo, los antecedentes analizados indican que el proceso de licitación mediante el cual se determina los prestadores adscritos al programa y los precios pagados por día cama integral podría no ser suficientemente competitivo en localidades fuera de la Región Metropolitana. Los antecedentes presentados requieren ser analizados en profundidad por el PCP ya que plantean la posibilidad de que haya espacio para mejoras adicionales en la eficiencia en la producción de este componente.

Componente 3: Compra de prestaciones Bono AUGE.

Bono AUGE es un componente que incluye una cantidad amplia de prestaciones muy heterogéneas en términos de su naturaleza y costo. Por lo mismo, un análisis desagregado es de mayor utilidad para el análisis de eficiencia en la producción de este componente. Para ello se analiza la evolución en el costo unitario de los ocho problemas de salud más relevantes en términos de su importancia en el gasto del componente¹⁰², también se presenta una desagregación por tipo de compra: convenio marco o trato directo. El gasto en estas prestaciones corresponde a casi 86% del gasto en el componente. Para facilitar la comparación se considera solo intervenciones quirúrgicas, no incluyendo en el análisis procedimientos diagnósticos y otros que pueden distorsionar la comparación. En el año 2010 solo se realizaron prestaciones de cataratas y por tanto tampoco se considera dentro del análisis, focalizándonos solo en los años 2011 y 2012.

A nivel agregado el gasto promedio que cae 2% entre 2011 y 2012.

¹⁰⁰ Estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 2011, a solicitud de FONASA.

¹⁰¹ En el estudio mencionado, la estimación de costos en privados se obtuvo de datos de prestaciones otorgadas por el sector privado del año 2010 corregido a la fecha del estudio (información de Superintendencia de Salud) con los cuales se calculó un costo medio ponderado descartando casos extremos de manera que se consideren los establecimientos privados cuya función de producción se ajuste a las normas y guías clínicas que generan las funciones de producción públicas.

¹⁰² Se incluye los problemas de salud cáncer gástrico, cataratas, colecistectomía preventiva de cáncer de vesícula, endoprótesis de cadera, escoliosis, hernia del núcleo pulposo lumbar, hiperplasia de próstata y tumores primarios SNC.

A continuación se presenta una desagregación de la variación en el costo unitario de los problemas de salud señalados, mostrando también una desagregación por tipo de compra: convenio marco o trato directo.

Se observa un incremento en el costo unitario en cinco problemas de salud (3%, 3%, 1%, 8%, y 9% y disminución en tres de ellas (3%, 5% y 11%).

Para los problemas de salud cataratas y escoliosis se encontró solo una prestación en la modalidad trato directo, así que el significativo aumento en el gasto promedio en estas prestaciones en dicha modalidad debe ser vista con cautela. Si excluimos estas prestaciones se puede observar que el gasto promedio bajo esta modalidad disminuye en 4 de los 6 problemas de salud restantes.

Respecto a la modalidad convenio marco se observa aumento en el gasto promedio en 4 problemas de salud y disminución en tres de ellas (tumores primarios SNC no tiene compras bajo esta modalidad).

Otro aspecto interesante es que no se observa que la modalidad convenio marco permita acceder sistemáticamente a costos promedios más bajos. De hecho, se observan más casos donde la modalidad trato directo permite acceder a costos unitarios más bajos¹⁰³.

¹⁰³ Esto se observa en cuatro de siete problemas de salud analizados y que tienen compras en las modalidades de convenio marco y compra directa en los años 2011 y 2012: Cáncer gástrico, Endoprotesis de cadera, Hernia del núcleo pulposo e Hiperplasia de próstata.

Cuadro N° 35
Variación del costo unitario prestaciones seleccionadas
Componente 3 Bono AUGE (M\$ 2013)

Problema de Salud	Gasto por prestación		Variación %
	2011	2012	
Cáncer Gástrico	4.597.617	4.747.494	3%
Convenio Marco	5.340.208	5.414.445	1%
Resolución Trato Directo	4.020.047	3.080.117	-23%
Cataratas	600.446	619.542	3%
Convenio Marco	603.106	613.782	2%
Resolución Trato Directo	573.124	1.852.200	223%
Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula	1.267.736	1.232.663	-3%
Convenio Marco	1.200.161	1.276.194	6%
Resolución Trato Directo	1.272.312	1.169.676	-8%
Endoprótesis de Cadera	4.559.401	4.322.188	-5%
Convenio Marco	7.595.546	4.714.205	-38%
Resolución Trato Directo	4.454.706	4.137.709	-7%
Escoliosis	8.371.098	8.447.491	1%
Convenio Marco	8.344.881	6.894.300	-17%
Resolución Trato Directo	8.381.182	14.660.256	75%
Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar	1.437.298	1.556.289	8%
Convenio Marco	1.562.194	1.613.358	3%
Resolución Trato Directo	1.395.464	1.433.053	3%
Hiperplasia de Próstata	1.145.893	1.248.881	9%
Convenio Marco	1.224.220	1.256.337	3%
Resolución Trato Directo	1.059.281	1.066.212	1%
Tumores Primarios SNC	6.259.440	5.579.918	-11%
Convenio Marco	0	0	
Resolución Trato Directo	6.259.440	5.579.918	-11%
Promedio ponderado	2.511.227	2.452.641	-2%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos entregadas por FONASA

Estos resultados muestran una ligera ganancia en eficiencia en la provisión de este componente.

A continuación se presenta un análisis adicional sobre la eficiencia en la producción de este componente. El objetivo es analizar la dispersión de precios de los cuatro problemas de salud más importantes en cuanto a su participación en el gasto total de este componente en el año 2012. Los problemas de salud se señalan en la primera columna del cuadro siguiente y el gasto en ellos corresponde al 63% del gasto total en el componente. Para facilitar la comparación, en

el análisis se considera solo intervenciones quirúrgicas. El cuadro presenta, para intervenciones quirúrgicas de los cuatro problemas de salud señalados, el gasto promedio por prestación, su desviación estándar, la relación entre su desviación estándar y su gasto promedio en porcentaje, precio máximo, precio mínimo y la relación entre precio máximo y mínimo.

Cuadro N° 36
Dispersión de Precios Intervenciones Quirúrgicas para el año 2012 de las cuatro Prestaciones Principales del Bono AUGE, (\$ 2013)

Problema de salud	Gasto promedio	DESVEST	Precio máximo	Precio mínimo	Relación precio máx-mín
Cataratas	596.972	125.976	1.852.200	463.050	4,0
Colecistectomía preventiva de cáncer de vesícula	1.230.546	237.001	1.829.190	720.300	2,5
Endoprótesis de cadera	4.475.342	1.118.796	7.514.709	3.261.930	2,3
Hernia del núcleo pulposo lumbar	1.568.338	319.066	2.670.049	1.101.030	2,4

Fuente: Cálculos propios utilizando base de datos AUGE año 2012.

Los resultados muestran que existe una importante dispersión de precios:

- La desviación estándar como porcentaje del gasto promedio de cada intervención quirúrgica¹⁰⁴, fluctúa en 19 y 25 por ciento. Es importante enfatizar que el precio de cada una de estas prestaciones considera solo el valor de la intervención quirúrgica y, por lo tanto, los estadígrafos presentados son comparables.
- La relación entre el precio máximo y mínimo fluctúa entre 2,3 y 4.

En resumen, si bien el gasto promedio ponderado en las 8 principales prestaciones del Bono AUGE cae 2% entre 2011 y 2012, también se observa una alta dispersión en los precios pagados por las prestaciones, cuyo comportamiento requiere ser analizado por el programa para verificar si son posibles ganancias en eficiencia adicionales.

Componente 4: Compra de otras prestaciones.

Este componente corresponde a un grupo heterogéneo de prestaciones; la mayor parte de ellas para recibir pacientes crónicos, habitualmente terminales, que son convenidos como día cama básica, la cual incorpora la asistencia sanitaria básica.

¹⁰⁴ Corresponde al promedio simple de la desviación estándar dividido por el gasto promedio de los cuatro problemas de salud analizados.

De acuerdo a los antecedentes proporcionados por el PCP existen convenios con 10 instituciones. Se analiza la eficiencia en la producción de este componente sólo para los convenios con Hogar de Cristo, Fundación Las Rosas y con la Clínica Alemana vigente desde 2004¹⁰⁵, los cuales representan poco más de 85% del gasto en el componente.

Este componente representa entre 2011 y 2012 poco menos del 3,5% del gasto total del Programa y, en consecuencia, no afecta en forma significativa los resultados obtenidos. Además, los encargados de gestionar el programa señalan que este componente debería ir disminuyendo gradualmente mediante la no renovación de este tipo de convenios.

A continuación se muestra el gasto promedio por día cama para los convenios de FONASA con Hogar de Cristo y Fundación Las Rosas para los años 2011 y 2012.

Cuadro N° 37
Gasto Promedio por día cama convenios FONASA con Hogar de Cristo y
Fundación Las Rosas 2011-2012 (Miles de \$ 2013)

	2011	2012	Variación
Las Rosas	9.483	9.206	-277 (-2,9%)
Hogar de Cristo	11.763	10.271	-1.492 (-12,7%)

Se observa una disminución en el gasto promedio en ambos casos, siendo más significativa en el caso del Hogar de Cristo (12,7%).

Finalmente, se analiza el convenio FONASA – Clínica Alemana con el objetivo de verificar si las condiciones particulares de este son ventajosas para FONASA. Se estimó el costo en que hubiese incurrido FONASA en el año 2012 si en vez de obtener las prestaciones mediante este convenio lo hiciera pagando aranceles MAI o PPV¹⁰⁶. Adicionalmente, se calculó el costo que significaría realizar estos exámenes en la Clínica Alemana pagando los aranceles de la clínica. Los resultados obtenidos se presentan en el cuadro siguiente:

¹⁰⁵ Este convenio establece que la Clínica Alemana prestará servicios de exámenes en la especialidad de gastroenterología de alta complejidad. Cada uno de los exámenes tiene el mismo valor. Los principales exámenes son ERCP, Endoscopia, Colonoscopia y Dilatación esofágica, los cuales concentran más del 90% del presupuesto del convenio.

¹⁰⁶ Es importante considerar que estos aranceles subestiman el verdadero costo de las prestaciones ya que no consideran en su estimación los costos de recursos humanos ni de infraestructura.

Cuadro N° 38

Costo total por tipo de exámenes de Gastroenterología año 2012: con convenio FONASA-Clinica Alemana, Arancel MAI-PPV, Arancel Clínica Alemana (\$ 2013)

Prestación	Convenio FONASA-Clinica Alemana	ARANCEL MAI o PPV ^{107,108}	Clinica Alemana
ERCP	121.123.919	296.957.361	400.400.000
Colonoscopia	57.766.792	18.251.970	80.290.000
Dilatación	31.944.770	38.059.006	44.400.000
Endoscopia	63.756.437	15.683.792	49.816.000
Total general	274.591.918	368.952.128	574.906.000

Fuente: Cálculos propios.

Se observa que el convenio es claramente conveniente, ya que el gasto en que incurriría el programa si pagara arancel MAI por los exámenes de Colonoscopia y Endoscopia más arancel PPV por los exámenes ERCP¹⁰⁹ y Dilatación esofágica sería de aproximadamente MM\$ 368, significativamente mayor que lo gasta el programa actualmente en esos exámenes (MM\$ 274). La diferencia sería aún mayor si pagara los aranceles de la Clínica Alemana.

A continuación se presenta el gasto total componentes por beneficiario y total del Programa¹¹⁰. Dada la relevancia que en éste tiene el componente Diálisis, este indicador refleja esencialmente el gasto total por beneficiario en Diálisis. Este indicador disminuye en el período analizado, aunque su interpretación no es directa ni trivial considerando que incluye diferentes componentes dependiendo del año y, por supuesto, detrás de estas cifras están los problemas potenciales señalados en los párrafos anteriores.

¹⁰⁷ Se combinaron estos aranceles ya que los aranceles MAI no consideran los exámenes ERCP ni Dilatación esofágica, y los aranceles PPV no incluyen Endoscopia ni Colonoscopia.

¹⁰⁸ El costo de dichos exámenes en base a aranceles MAI o PPV se encuentra subestimado, por lo que estos valores serían mayores a los presentados.

¹⁰⁹ ERCP corresponde a Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica Terapéutica.

¹¹⁰ Para calcular este indicador se dejó fuera el Componente 4, en el año 2009 considera sólo Diálisis, en el año 2010 Diálisis y Cama Integral, y para los años 2011 y 2012 Diálisis, Cama Integral y Bono Auge.

Cuadro N° 39
Gasto Total Componentes por Beneficiario y Total programa
por Beneficiario 2009-2012 (miles de \$ año 2013)

Año	Gasto Total Componentes por Beneficiario	Gasto Administración por Beneficiario	Gasto Total programa por Beneficiario
2009	7.090	14	7.104
2010	6.918	10	6.929
2011	5.122	12	5.134
2012	6.623	14	6.638
Variación	-467	0	-467
2009-2012	(-6,6%)	(0%)	(-6,6%)

Fuente: Elaboración del Panel utilizando información proporcionada por el Programa evaluado.

2.3.3. Gastos de Administración.

En esta sección se analiza el gasto de administración del Programa, así como su importancia relativa en el gasto total del Programa.

El gasto de administración del Programa corresponde a la suma de los gastos en personal y en bienes y servicios de consumo. El Programa no cuenta con un centro de costos propio, de forma tal que los datos presentados corresponden a una estimación a partir de la información contable del Departamento de Comercialización, dentro del cual opera el PCP.

La estimación de los gastos de administración se hizo sobre la base del siguiente procedimiento:

- Para el gasto en personal se identificó el personal del Departamento de Comercialización que trabaja en el Programa y se determinó el gasto que generó en cada uno de los años de la evaluación.
- El gasto en bienes y servicios de consumo fue calculado como una proporción del gasto del Departamento de Comercialización en dicho ítem. Como factor de proporcionalidad se utilizó el gasto en personal del Programa en relación al del Departamento dentro del que opera.

Cuadro N° 40
Gastos de Administración del programa 2009-2012 (Miles de \$ 2013)

Año	Gastos de Administración	Total Gasto del programa	% (Gastos Adm / Gasto Total del programa)*100
2009	173.124	101.616.659	0,17%
2010	145.903	105.522.316	0,14%
2011	257.969	116.222.321	0,22%
2012	273.241	129.466.403	0,21%

Fuente: Ficha de Presentación Antecedentes Presupuestarios y de Gastos (Anexo 5 del presente informe).

El gasto de administración del Programa representa en promedio 0,19% del gasto total del Programa durante el período de evaluación, aumentando desde 0,17% en 2009 a 0,21% en 2012, es decir con un aumento marginal en relación a los recursos del Programa.

Dada la participación del gasto en personal dentro del Gasto de Administración se realizó la comparación con el Gasto del Programa para compras a privados, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 41
Participación del gasto en personal en el gasto del Programa
2009-2012 (Miles de \$ 2013)

Año	Gasto Devengado del Programa	Gasto en Personal	Porcentaje %
2009	101.461.801	161.806	0,16%
2010	105.337.934	138.013	0,13%
2011	115.975.293	248.524	0,21%
2012	129.193.157	269.914	0,21%
	27,3%	66,8%	

Fuente: Anexo N° 5 entregado por el PCP

El porcentaje de participación del Gasto en Personal sobre el presupuesto del Programa para Compra a Privados, creció de un 0,16% a un 0,21%, esto es M\$ 108.108, y el crecimiento interno de este gasto fue de un 66,8%.

Si se realiza una evaluación cuantitativa, es decir sin considerar calidad en el servicio prestado, el costo del Personal por el total de prestación comprada por el PCP, entre los años 2011 y 2012 (años con información de cantidad comprada en los cuatro componentes), se obtiene que

el porcentaje de aumento de cantidad de prestaciones fue de 5,6% y el aumento desgasto en personal fue de 2,9%, lo cual indica que el gasto en Personal está acotado y se justifica por el aumento de prestaciones compradas, esto en cuanto al aumento del trabajo administrativo que implican los procedimientos y especialización en los procesos de compra y supervisión.

Cuadro N° 42
Valor del R.R.H.H por prestación comprada en el PCP 2009-2012
(\$ de 2013)

Año	Total de compras	Total gasto en personal \$	Costo del RRHH por Prestación \$
2011	36.564	248.524.000	6.797
2012	38.602	269.914.000	6.992
Variación	5,6%	2,9%	

Fuente: Anexo N° 5 entregado por el PCP; bases de datos de compras entregada por PCP

Con los antecedentes indicados y considerando la forma de cálculo del Gasto en Administración, en el cual no se considera el gasto en Administración de otras áreas que participan en la cadena de prestación del servicio como por ejemplo UGCC (gasto de operación de MINSAL) ni a la infraestructura necesaria para el funcionamiento del programa, se puede concluir que éste está subestimado.

El gasto de administración es bajo en relación a los recursos gestionados por el PCP. Se espera que este porcentaje sea pequeño dada la naturaleza del Programa: gestionar la compra a prestadores privados de atenciones de salud para asegurados de FONASA que no pueden ser atendidos en la red de salud pública por insuficiencia de oferta. Sin embargo, a pesar de ello y de que este subestimado, parece pequeño comparado, por ejemplo, con el programa Beca PSU de JUNAEB que gestiona la transferencia de recursos estatales destinados al pago de la inscripción para rendir la prueba PSU y que tiene gastos de administración del orden de 2,2% del gasto total del programa¹¹¹. En este caso, las funciones son bastante más sofisticadas que solo transferir recursos.

Para programas de esta naturaleza, esto es que básicamente transfieren recursos a los beneficiarios o ejecutores, rangos razonables de gastos de administración fluctúan entre 1 y 7 por ciento de acuerdo al análisis realizado por el Ministerio de Desarrollo Social. Aunque los gastos de administración están subestimados, son muy pequeños en relación a la cantidad de recursos que maneja el programa, y además existen actividades administrativas que son realizadas en forma deficiente por otras unidades que son necesarias para mejorar el funcionamiento del programa.

¹¹¹ Evaluación Programa de Subsidio para la Prueba de Selección Universitaria (PSU), Informe Final. http://www.dipres.gob.cl/595/articles-89679_doc_pdf.pdf.

3. Conclusiones sobre el desempeño global

¿Resuelve el programa el problema para el cual fue creado?

El Panel evaluador considera que no es posible establecer la magnitud en la cual el PCP resuelve el problema para el cual fue creado, con excepción del componente 1 Diálisis, donde el PCP resuelve con un 100% de cobertura el problema de los pacientes derivados por los SS. Esto dado que el programa no se instaura a partir de un diagnóstico objetivado y tampoco es evaluado periódicamente y las brechas de demanda oferta no están cuantificadas ni al momento de iniciar este Programa ni durante su ejecución para todos los componentes en que esto es factible.

Lo señalado para el componente Diálisis es un juicio fundado en los antecedentes que han sido evaluados por el Panel.

En el caso del componente 2 Camas Integrales, el PCP financia el 64% de las derivaciones que son gestionadas desde la UGCC hacia prestadores privados, estando las otras derivaciones fuera del PCP. Participan por tanto diversos mecanismos en la reducción de brechas en este componente, sin poder aislar el impacto del PCP por insuficiente información. Con todo, si se evalúa el impacto en términos de cobertura, del total de derivaciones que son solicitadas a la UGCC, un 67% resultan exitosas¹¹²; cabe señalar que hay un 300% de incremento en el número de derivaciones entre los años 2010 y 2012.

En el caso de Bono AUGE los criterios de brecha no aplican, toda vez que este componente “Bono AUGE” del FONASA es uno de los mecanismos utilizados para resolver el incumplimiento de garantía de oportunidad. En cuanto a si resuelve el problema para el cual fue creado, el Panel no ha tenido acceso a las bases de datos que permitirían emitir un juicio a este respecto.¹¹³

Para el Componente 4 esta incerteza es mayor aún, dadas las características ya señaladas de este componente.

El PCP es uno de los varios mecanismos implementadas para solucionar las brechas, como lo es también:

- la compra a privados que directamente realizan los establecimientos y SS
- el programa que desarrolla la División de Gestión de Redes del MINSAL en
- cuanto a resolver la demanda AUGE
- la actividad de la UGCC en la resolución de brechas a través de mecanismos no
- PCP (compra a privados sin convenio y derivación a red pública)
- la generación de una mayor capacidad de oferta dentro de la red pública a través
- de programas de inversiones y puesta en marcha de unidades productivas

¹¹² De las cuales un 42% van al sector público y un 58% al sector privado.

¹¹³ Bases de datos con la cantidad de reclamos que se realizan en el plazo legal establecido.

Todo ello ocurre a juicio del Panel, sin un diseño, organización ni coordinación suficiente del PCP con los otros actores involucrados, a modo de asegurar la mayor eficiencia y eficacia en el PCP, ya que actúan como actividades superpuestas, con excepción del componente 1 Diálisis.¹¹⁴ En cuanto a la calidad de las prestaciones gestionadas a través del PCP, los antecedentes del año 2012 disponibles para el caso de diálisis muestran en varios ámbitos incumplimiento por parte de prestadores privados de los criterios técnicos convenidos en diálisis con el objeto de garantizar estándares de calidad aceptables para los pacientes¹¹⁵;

Por su parte, en el caso de AUGÉ, se evidencia que en el período evaluado, un 41,7% de los pacientes tienen la prestación principal en un plazo mayor de 2 semana luego de haber realizado el reclamo; de los 1.200 casos con tiempo de espera mayor de 4 semanas hay 35 pacientes con diagnóstico de cáncer, siendo otros 844 casos atribuibles a 4 problemas de salud: cataratas, colecistectomía, vicios de refracción e hiperplasia de próstata¹¹⁶.

No se ha tenido a la vista ninguna evaluación de calidad en los componentes 2 y 4 que permitan emitir un juicio evaluativo; por su parte, tampoco se dispuso de información que permitiera evaluar las actividades de fiscalización y sanciones aplicadas a prestadores que incumplen las normas técnicas convenidas.

¿Tiene un costo razonable?

El análisis de la eficiencia en la producción de los componentes permite concluir:

Para el componente Diálisis existen las condiciones para que el costo sea razonable: FONASA tiene poder monopsónico (fija precios y estándares mínimos de calidad) y, en consecuencia, el costo es razonable en la medida que el precio fijado refleje adecuadamente el costo de otorgar el servicio. Es decir, se necesita estimar el costo en que incurriría un prestador eficiente, esto es que produce el estándar de calidad requerido al costo más bajo posible.

Para el componente Camas Integrales, se observan ganancias en eficiencia en la producción del componente camas integrales durante el período analizado, ya que el gasto promedio por día cama integral disminuye 12%. Sin embargo, se realizaron una serie de análisis que permiten concluir que es posible reducir el costo promedio de este componente. Esta conclusión se basa en los siguientes antecedentes:

Para el componente Camas Críticas

¹¹⁴ En el componente Camas Integrales la falta de planificación se evidencia por la baja cobertura, existencia de tratos sin mediar convenio y diferencias sustantivas en la cuantificación de los beneficios entregados. En AUGÉ no hay planificación posible dado que en el actual diseño se responde frente a reclamos y en el componente 4 la heterogeneidad de prestaciones y gestión del mismo orientan a la imposibilidad de dicha planificación.

¹¹⁵ Ver antecedentes en el cuerpo del presente informe en capítulo "Calidad"

¹¹⁶ A este respecto FONASA señala que las demoras pueden deberse a causas médicas y a repetición de exámenes, situación que no puede ser objetivada por el Panel.

- Se observa una alta dispersión en el gasto promedio por día Cama Integral pagado por el PCP, sin que necesariamente los precios más altos estén asociados a las clínicas con mejor infraestructura y mayor prestigio. Por ejemplo, entre los 33 prestadores adjudicados la Clínica Universitaria de Concepción obtuvo el puntaje más bajo en recursos humanos y en equipamientos e infraestructura y, sin embargo, ofertó el precio más alto en cada uno de los tipos de cama que ofertó.
- Adicionalmente, se observa que los precios ofertados por clínicas de regiones son superiores a las clínicas de Santiago en los diferentes productos licitados y además tienen una mayor dispersión. El mayor precio promedio y la mayor dispersión está correlacionado negativamente con el número de prestadores.
- Considerando el análisis de una muestra de datos disponibles del año 2012, los valores pagados a privados en convenio por el PCP es superior en 26% a los pagados por los SS por día Cama Integral UCI y UTI en el año 2012. La negociación que realiza el PCP para el pago de cama crítica da un promedio de \$ 756.646 comparado con \$ 599.519 que logran 5 SS en 7 de sus establecimientos. La características de la información utilizada no permite obtener conclusiones definitivas, pero los resultados sugieren que la eficiencia en la compra a privados de los SS podría en algunos casos ser superior a la de compra centralizada realizada por el PCP, dado que se están comparando “camas integrales”. Esto a pesar que los SS lo hacen por un volumen considerablemente menor y no están dedicados en exclusivo a esta actividad.

En consecuencia, los antecedentes sugieren que existe espacio para mejorar la eficiencia en la producción de este componente.

Respecto al componente Bono Auge el gasto promedio por prestación cae 2% entre 2011 y 2012. Sin embargo, los análisis desagregados también sugieren que son posibles ganancias adicionales en eficiencia.

El sustento de lo anterior es que se observa una alta dispersión en los precios pagados por las intervenciones quirúrgicas en los cuatro principales problemas de salud (63% del gasto en el componente) en el año 2012. En particular, se encuentra que:

- La desviación estándar varía entre 19 y 25 por ciento del gasto promedio por intervención quirúrgica.
- La relación entre el precio máximo y mínimo pagado por intervenciones quirúrgicas para cada problema de salud fluctúa entre 2,3 y 4.

Por último, respecto al componente 4 (Otros componentes) no es posible obtener conclusiones generales ya que incluye un grupo heterogéneo de prestaciones. Por otro lado, el gasto en este componente representa sólo poco más de 3% del gasto total del PCP. En consecuencia, las conclusiones sobre la eficiencia del programa no son afectadas en forma relevante.

¿Se puede ahorrar obteniendo un mismo nivel de desempeño?

En cuanto a un posible ahorro con el mismo nivel de desempeño, en opinión del Panel evaluador, esto no es posible a menos que el PCP realice un rediseño conceptual y de su modelo de gestión para los componentes 2, 3 y 4. Este rediseño debiera establecer entre otros, líneas base sobre las cuales generar indicadores de producto, proceso y resultado, de manera de poder evaluar los efectos y finalmente determinar con claridad el impacto de cada uno de los componentes sobre las brechas y las redes de salud.

En el caso del componente 1 Diálisis, no hay sugerencias respecto de mayor eficiencia, dada la inexistencia de estudios de costos comparativos que permitan juicios adecuadamente fundados respecto de mecanismos de ahorro.

Sin embargo, considerando que el programa fija el precio y el estándar de calidad del componente, se considera necesario estimar el costo eficiente de la prestación ya que reducir el precio es la única forma de ahorrar recursos para un nivel dado de desempeño.

III. RECOMENDACIONES

De orden general:

1. Complementar la presente evaluación analizando la compra a privados que realizan los establecimientos de salud de la red pública, ya que la actual evaluación no da cuenta del fenómeno a nivel de Sistema de Salud. Esto con dos objetivos: facilitar la cuantificación de brechas y tener una estimación de los montos totales asociados a la compra a privados y así poder evaluar los usos alternativos de esos recursos financieros en cuanto a qué mecanismo resulta más eficaz, eficiente y que garantice una mejor calidad y continuidad en la atención. A juicio del Panel, los importantes recursos y costos crecientes del PCP con resultados considerados insuficientes en los ámbitos evaluados, (calidad de prestaciones diálisis; exceso de demanda en el caso de Camas Integrales; tiempos de espera para prestación principal en componente AUGÉ) obliga a revisar el diseño, modelo de gestión e impacto a corto y largo plazo de esta política sectorial.
2. Relacionar las estimaciones de demanda (punto anterior) con la oferta pública existente para definir brechas que permitan orientar respecto de tipo y cantidad de prestaciones que se requieren para cubrir dichas brechas; las estrategias implementadas a partir de esta información reduciría la falta de oportunidad en la entrega de la solución a los problemas de salud de los beneficiarios, disminuyendo así los reclamos al FONASA por este concepto.
3. Fortalecer las actividades de fiscalización y sanciones especialmente en el área de diálisis por el alto volumen de prestaciones tranzadas y los resultados observados en informe de fiscalización 2012.
4. Los resultados observados en cuanto a eficiencia, llevan a recomendar realizar análisis comparativos de costos asociados a las prestaciones que incorpora el PCP vs el costo

que dichas prestaciones tienen cuando las realiza el sector público, así como cuando las compra el sector público directamente, para establecer la eficiencia del PCP¹¹⁷.

5. Incorporar el concepto de “oportunidad en la entrega de prestaciones” con un mayor énfasis en el propósito de PCP, a objeto de que éste diseñe indicadores para su monitoreo así como de otros indicadores de impacto, generando los sistemas de registro que permitan su monitoreo.
6. Diseñar un sistema de información que permita el seguimiento y evaluación regular de los indicadores de la matriz de marco lógico.
7. Se considera necesario reevaluar el diseño del proceso de licitación y comparar los costos y beneficios de esta alternativa en el componente camas integrales con:
 - La provisión de este componente a través de los SS realizando las inversiones que sean necesarias.
 - Desarrollar un sistema mixto que incluya inversiones públicas en zonas geográficas específicas, complementada con compras a privados en otras. El criterio básico para determinar una u otra zona geográfica es el número de oferentes potenciales del componente.
 - Continuar con compras a privados, pero de forma descentralizada a través de los SS.
8. Redefinir las causales de “derivaciones canceladas” que actualmente utiliza la UGGC, en forma tal de permitir distinguir aquellas causales que son atribuibles a deficiencias o insuficiencias del PCP respecto de aquellas que pueden atribuirse a causales que no dicen relación con el PCP.

De la gestión interna del Sub Departamento de Gestión Compra a Privados:

1. Revisar y eventualmente reformular las funciones y ámbitos de acción del Sub departamento Compra a Privados y por tanto el perfil de sus integrantes, en cuanto a:
 - Realizar un levantamiento de la información que es requerida para la adecuada gestión del Programa de Compras a Privados, diseñar a partir de este levantamiento sistemas de información que permitan registrar dicha información y establecer un mecanismo de verificación periódica de la información que está siendo registrada.
 - Garantizar el registro en el sistema financiero – presupuestario de las compras efectivamente realizadas a través del Programa.

¹¹⁷ Se exceptúa el caso de diálisis ya que para estas prestaciones existe un estudio de costos. El presente estudio no permite establecer la existencia de economías de escala.

- Establecer la oportunidad en que estos beneficios se otorgan, en términos del tiempo que transcurre entre que el paciente ingresa a una lista de espera y el momento en el cual la prestación es otorgada.
 - Definir indicadores para evaluar, monitorear y hacer un seguimiento del Programa y su gestión por parte del FONASA.
 - Cubrir las funciones que actualmente no están siendo cubiertas en forma satisfactoria según se señala en Anexo 3.
2. Establecer un sistema de monitoreo del Programa a través del uso de indicadores y definir metas para los diferentes componentes, en términos de coberturas y oportunidad en la entrega de las prestaciones.
 3. Definir mecanismos de evaluación de la gestión interna del Sub Departamento de Compra a Privados

IV. BIBLIOGRAFÍA

Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D (2012). “*Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review*”. PLoS Med 9(6): e1001244. doi:10.1371/journal.pmed.1001244

British Columbia Ministry of Health. Summary of Input on the conversation on Health. Part II “*Public Private Debate*”. 2007.

Eduardo Missoni; Giorgio Solimano. “*Towards Universal Health Coverage: the Chilean experience*”. World Health Report (2010) Background Paper, 4. Health Systems Financing. The path to universal coverage. WHO. 2010.

Hachimi Sanni Yaya. « *Origines et développements des partenariats privé-public en santé dans les pays développés : principes, enjeux et défis institutionnels* ». La Revue de l'innovation: La Revue de l'innovation dans le secteur public, Vol. 10(3), article numéro 4.

Irina A. Nikolic; Harald Maikisch. “*Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience*”. October 2006. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper.

Isabela Soares Santos; Maria Alicia Domingues Ugá; Silvia Marta Porto. “*O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde*”. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1431-1440, 2008

Marc Mitchell. “*An overview of Public Private Partnerships in Health*”. Department of Global Health and Population, Harvard School of Public Health. 2008.

Martin McKee; Nigel Edwards; Rifat Atunc “*Public-private partnerships for hospitals*”. Bulletin of the World Health Organization. November 2006; 84:890-896.

Pascal Gaudron, « *Henriville, un partenariat public-privé réussi dans le secteur de la santé* », Revue française d'administration publique, 2009/2 n° 130, p. 307-322. DOI : 10.3917/rfap.130.0307

Professor David Barrows; Professor Ian Macdonald; Professor Atipol Supapol; Olivia Dalton-Jez; Simone Harvey-Rioux. “*Public Private Partnerships in Canadian healthcare a case study of the Brampton civic hospital*” Prepared for the OECD. March 2011. (Draft).

Sara Bennett ; Kara Hanson ; Patrick Kadama ; Dominic Montagu. « *Travailler avec le secteur privé pour réaliser les objectifs de santé publique* ». Pour un bon fonctionnement des systèmes de santé : Document de travail N°2. WHO/EIP(healthsystems/2005.2

WHO. “*The World Health Report. Health Systems Financing. The path to universal coverage*”. WHO 2010.

V. ENTREVISTAS REALIZADAS

El Panel ha tenido reuniones con diferentes grupos de profesionales relacionados con este tema y entrevistas con profesionales responsables en diversas oportunidades según se señala a continuación:

Nombre	Cargo	Fecha entrevista
Soledad Mena	Jefa del Dpto. de Comercialización	14 de marzo, 2013
Angélica González	Contraparte del estudio	13 de marzo, 2013
Beatriz Heyerman	Encargada programa AUGE DIGERA subsecretaria de redes asistenciales MINSAL.	8 de abril, 2013
Gladys Olmos	Jefa dpto. de Control y Calidad	14 de marzo, 2013
Sr. Mauricio Rojas	Finanzas de FONASA y su equipo de trabajo	4 de Abril, 2013
Paquita Azocar; Angélica González, Soledad Mena		14 abril, 2013

VI. ANEXOS DE TRABAJO

ANEXO 1

Reporte sobre el estado y calidad de la información del programa y necesidad de realizar estudio complementario Bases de datos con información relevante para la evaluación

Nombre	Número de Pacientes al mes de Noviembre 2012
Descripción	<i>Contiene información respecto de la compra a privados realizada en el Componente N° 1 del Programa: "Compra de Diálisis".</i>
Período de vigencia	<i>Enero a Noviembre 2012</i>
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	<i>Registro</i>
Frecuencia de medición	<i>Se desconoce</i>
Campos / Variables	<i>Correlativo pacientes, dirección zonal de Fonasa, Servicio de Salud, Prestador privado y tipo de tratamiento</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>La información sólo incluye el año 2012 en forma parcial, faltando información respecto del período 2009 – 2011. Se considera insuficiente los antecedentes que permiten caracterizar a los beneficiarios, la cobertura del programa y aspectos financieros que son solicitados en la evaluación</i>
Nombre	BASE DE PAGOS DIA CAMA DE HOSPITALIZACION INTEGRAL UGCC AÑO 2012 (versión 2)
Descripción	<i>Contiene información respecto de la compra a privados realizada en el Componente N° 2 del Programa: "Compra de Días Cama Integrales".</i>
Período de vigencia	<i>2012</i>
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	<i>Registro</i>
Frecuencia de medición	<i>Se desconoce</i>
Campos / Variables	<i>Correlativo paciente, Región, SS, origen y destino, tipo de cama, fecha derivación, tipo de paciente, monto facturación, días pagados, año derivación y año pago. N° factura.</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>La información sólo incluye el año 2012, faltando información respecto del período 2009 – 2011. Se considera insuficiente los antecedentes que permiten caracterizar a los beneficiarios, la oportunidad en que se entrega el beneficio y aspectos financieros que son solicitados en la evaluación</i>
Nombre	Base AUGE pagos cargo presupuestario 2012
Descripción	<i>Contiene información respecto de la compra a privados realizada en el Componente N° 3 del Programa: "Compra de prestaciones AUGE con reclamo por incumplimiento garantía de oportunidad".</i>
Período de vigencia	<i>2012</i>
Universo de medición de las variables	<i>Registro</i>

(censo/muestra)	
Frecuencia de medición	<i>Se desconoce</i>
Campos / Variables	<i>Correlativo por paciente, Dirección Regional, RUT y Nombre Prestador, Problema de Salud, Intervención Sanitaria, Precio Unitario, cantidad y total; prestaciones adicionales con precio, cantidad y total; Otras prestaciones, cantidad y total. Monto total, tipo de compra, orden de compra/Res.Ex.; fecha OC/Res; n° y fecha factura, Año pago y devengo,</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>La información sólo incluye el año 2012, faltando información respecto del período 2009 – 2011. Se considera insuficiente los antecedentes que permiten caracterizar a los beneficiarios, la oportunidad en que se solicita y entrega el beneficio y aspectos financieros que son solicitados en la evaluación</i>
Nombre	Base otros Convenios
Descripción	<i>Contiene información respecto de la compra a privados realizada en el Componente N° 4 del Programa: “Compra de otras prestaciones con insuficiencia en la red pública”. La información está contenida en 10 hojas Excel que corresponden a los prestadores según se detalla más abajo.</i>
Período de vigencia	<i>2011</i>
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	<i>Registro</i>
Frecuencia de medición	<i>Se desconoce</i>
Campos / Variables	Fundación Las Rosas: <i>Prestador, Hogar, Dirección, Correlativo paciente, Servicio de Salud, N° de días cama, Total, Mes de atención año 201, mes de pago año 2012.</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>No hay información respecto del beneficiario, causa/justificación de la derivación y condición médica que motiva la derivación, motivo de alta (fallecimiento, alta médica, otros). El período corresponde sólo a atenciones prestadas año 2011.</i>
Campos / Variables	Clínica La Familia: <i>RUT y nombre prestador, correlativo paciente, centro derivador, Servicio de Salud, dirección zonal, prestación, cantidad, valor unitario, valor por asegurado, factura, fecha factura, mes de pago año 2012</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>No hay información respecto del beneficiario, causa/justificación de la derivación y condición médica que motiva la derivación, motivo de alta (fallecimiento, alta médica, otros), fecha de prestación. El período corresponde sólo a pagos efectuados año 2012</i>
Campos / Variables	Hogar de Cristo: <i>RUT y nombre prestador, correlativo paciente, centro derivador, Servicio de Salud, dirección zonal, prestación, cantidad, valor unitario, valor por asegurado, factura, fecha factura, mes de pago año 2012</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>No hay información respecto del beneficiario, causa/justificación de la derivación y condición médica que motiva la derivación, motivo de alta (fallecimiento, alta médica, otros), fecha de prestación. El período corresponde sólo a pagos efectuados año 2012</i>
Campos / Variables	Centro Médico Antofagasta: <i>RUT y nombre prestador, correlativo paciente, centro derivador, Servicio de Salud, dirección zonal, prestación, código prestación, cantidad, valor</i>

	<i>unitario, valor por asegurado, factura, fecha factura, mes de pago año 2012</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>No hay información respecto del beneficiario, causa/justificación de la derivación y condición médica que motiva la derivación, fecha de prestación. El período corresponde sólo a pagos efectuados año 2012</i>
Campos / Variables	<i>Clínica Alemana:</i> <i>RUT y nombre prestador, correlativo paciente, centro derivador, Servicio de Salud, dirección zonal, prestación, código prestación, cantidad, valor unitario, valor por asegurado, factura, fecha factura, mes de pago año 2012</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>No hay información respecto del beneficiario, causa/justificación de la derivación y condición médica que motiva la derivación, fecha de prestación. El período corresponde sólo a pagos efectuados año 2012</i>
Campos / Variables	<i>Mater:</i> <i>RUT y nombre prestador, correlativo paciente, centro derivador, Servicio de Salud, dirección zonal, prestación, código prestación, cantidad, valor unitario, valor por asegurado, factura, fecha factura, mes de pago año 2012</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>No hay información respecto del beneficiario, causa/justificación de la derivación y condición médica que motiva la derivación, fecha de prestación. El período corresponde sólo a pagos efectuados año 2012</i>
Campos / Variables	<i>Corporación de Trasplante:</i> <i>RUT y nombre prestador, correlativo paciente, centro derivador, Servicio de Salud, dirección zonal, prestación, cantidad, valor unitario, valor por asegurado, factura, fecha factura, mes de pago año 2012</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>No hay información respecto del beneficiario, causa/justificación de la derivación y condición médica que motiva la derivación, fecha de prestación y descripción de la prestación o código. El período corresponde sólo a pagos efectuados año 2012</i>
Campos / Variables	<i>Scanner Sur:</i> <i>RUT y nombre prestador, correlativo paciente, centro derivador, Servicio de Salud, dirección zonal, prestación, código prestación, cantidad, valor unitario, valor por asegurado, factura, fecha factura, mes de pago año 2012</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>No hay información respecto del beneficiario, causa/justificación de la derivación y condición médica que motiva la derivación, fecha de la prestación. El período corresponde sólo a pagos efectuados año 2012</i>
Campos / Variables	<i>Inversiones Coyhaique:</i> <i>RUT y nombre prestador, correlativo paciente, centro derivador, Servicio de Salud, dirección zonal, prestación, código prestación, cantidad, valor unitario, valor por asegurado, factura, fecha factura, mes de pago año 2012</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	<i>No hay información respecto del beneficiario, causa/justificación de la derivación y condición médica que motiva la derivación, fecha de prestación. El período corresponde sólo a pagos efectuados año 2012</i>
Campos / Variables	<i>Radioterapia:</i> <i>Correlativo paciente, Derivador, Diagnóstico, Día citación, inicio, equipo, tratamiento, Valor, mes de pago.</i>
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y	<i>No hay información respecto del beneficiario, año del pago (aparece sólo "julio").</i>

posibilidades de uso en la evaluación	
--	--

Comentarios generales respecto a las bases de datos entregadas:
--

Estas son insuficientes para los propósitos de la evaluación dado que, entre otros:

- No incorporan todo el período a ser evaluado
- No hay información suficiente respecto de las características de las personas que se benefician de esta compra a privados, lo cual no permite caracterizar la población y evaluar la pertinencia y justificación del programa y su relación con definiciones estratégicas institucionales y/o sectoriales.
- No hay antecedentes respecto de población potencial y objetivo para todos los componentes.
- No es posible evaluar en su totalidad el nivel de cumplimiento del programa en sus diferentes componentes. Ámbitos de eficacia y calidad.
- No es posible evaluar sistemáticamente cobertura, calidad y satisfacción de usuarios.

¿Necesidad de realizar estudio complementario? Sin respuesta aún.
--

Fundamentar: en esta etapa de entrega de información no es posible responder a este punto.

ANEXO 2 a) MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

NOMBRE DEL PROGRAMA: Compra a Privados AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2005 MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud SERVICIO RESPONSABLE: Fondo Nacional de Salud				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
FIN: Contribuir a mejorar la calidad de vida de los asegurados de FONASA aumentando la cobertura, acceso y oportunidad en la entrega de prestaciones de salud requeridas.	Eficacia/Producto Tasa de crecimiento anual en número de cupos disponibles para prestaciones trazadoras.	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de cupos disponibles año } t}{\text{N}^\circ \text{ de cupos disponibles año } t-1} - 1 \right) * 100$	Informe de Gestión Subdepto. Compra a Privados.	
	Calidad/Producto Disminución de los tiempos de espera para prestaciones trazadoras	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de espera año } t}{\text{N}^\circ \text{ de días de espera año } t-1} - 1 \right) * 100$	Informe de Gestión Subdepto. Compra a Privados.	

<p>PROPÓSITO: “Reducir la brecha de demanda oferta a través de la compra a privados de prestaciones priorizadas de salud que genera la insuficiente oferta del sector público, mejorando la oportunidad en la entrega de éstas”.</p>	<p>Economía/Resultado: Porcentaje de Gasto en compra a privados (t) satisface brecha oferta-demanda de asegurado en periodo t.</p> <p>Economía/Resultado: Ejecución Presupuestaria (Presupuesto inicial) (Cubrir Brecha oferta-demanda implica aumentar cobertura, acceso y oportunidad en la entrega de prestaciones de salud requerida por los asegurados)</p> <p>Eficacia/Resultado: Cobertura del componente AUGE respecto de población potencial</p> <p>Eficacia/Resultado: Cobertura del componente AUGE respecto de población objetivo</p> <p>Calidad Resultado: Cobertura de diálisis en relación a población potencial</p> <p>Economía/Proceso: porcentaje de pagos realizados respecto del monto gastado</p>	<p>(gasto en compra a privados) / (*Brecha oferta-demanda en \$) *100 **</p> <p>** no se conoce brecha oferta demanda valorizada en \$</p> <p>(Gasto ejecutado/presupuesto inicial)*100</p> <p>(Nº de beneficiarios efectivos/Nº de población potencial)*100</p> <p>(Nº de beneficiarios efectivos/Nº de población objetivo)*100</p> <p>Nº de beneficiarios efectivos/Nº de población potencial)*100</p> <p>(Monto pagado en el año/ monto gastado en el año)*100</p>	<p>Gasto: SIGFE</p> <p>SIGFE Reporte de gestión GESCOM PRIVADOS</p> <p>Reporte de gestión GESCOM PRIVADOS</p> <p>Reporte de gestión GESCOM PRIVADOS</p> <p>SIGFE</p> <p>*por definir – información pendiente</p>	<p>Los SS y prestadores privados en convenio cumplen con los contratos de producción establecidos.</p> <p>Se dispone de los recursos financieros que aporta el Estado para llevar a cabo este programa.</p> <p>No hay ocurrencia de epidemia o desastre natural que aumente la demanda en forma abrupta y muy significativa.</p> <p>Se mantiene una capacidad ociosa / oferta disponible en el sector privado.</p>
--	--	---	--	--

	<p>Eficiencia/Producto: reducción de costo de brecha demanda- oferta período t en relación a t -1 (para prestaciones de componentes en que no existe elección de prestador por parte del beneficiario).</p> <p>Economía/Resultado Porcentaje de brecha oferta- demanda no satisfecha</p> <p>Economía/Proceso Porcentaje de pagos realizados respecto del gasto</p>	<p>"(Brecha demanda-oferta en \$\$ en t – Brecha demanda-oferta en \$\$ en (t-1))/Brecha demanda-oferta en \$\$ en (t-1)".</p> <p>((brecha oferta- demanda) – (gasto total) / (brecha oferta - demanda))*100</p> <p>(Monto pagado en el año t/ monto gastado en el año t)*100</p>	<p>Reporte SIGFE ejecución de gasto</p>	
--	---	---	---	--

<p>COMPONENTE 1: Pacientes con insuficiencia renal terminal reciben tratamiento de diálisis a través de la compra de servicios a privados que realiza FONASA.</p>	<p>Eficacia/Producto Tasa de crecimiento anual en número de cupos disponibles en convenio.</p> <p>Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura</p> <p>Calidad/Producto: tasa reclamos post atención en centros de diálisis</p> <p>Calidad/Resultado: tasa de sanciones por incumplimiento de normas aplicado a los centros de diálisis privados fiscalizados</p>	<p>((Nº de cupos disponibles en convenio año t / Nº de cupos disponibles en convenio año t-1)-1) *100</p> <p>(Gasto en pre facturación en el año t / Gasto en facturación en el año t)</p> <p>Nº de pacientes que efectúan reclamos por calidad de atención/Nº de pacientes atendidos</p> <p>Nº de sanciones aplicadas en el año t / Nº de centros de diálisis fiscalizados en el año t</p>	<p>Informe de Gestión Subdepto. Compra a Privados.</p> <p>Debe generarse base de pre facturación en GESCOM privados.</p> <p>Centros de diálisis debe tener este registro, el cual debiera ser sistematizado por el Departamento de Control y Calidad.</p> <p>Reportes regulares del Departamento de Control y Calidad respecto a resultados de fiscalización</p>	<p>No ocurren catástrofes que afecten la oferta de prestadores de Diálisis.</p> <p>No se producen hechos fortuitos que afecten la demanda habitual del sector privado y por tanto la existencia de disponibilidad del recurso para vender servicios a FONASA. Por ejemplo brotes epidémicos.</p> <p>Catástrofes que afecten la oferta de camas.</p> <p>Cambios en el mercado que alteren la actual disposición de los privados a vender servicios de camas integrales para la atención de pacientes asegurados a través de FONASA.</p>
--	---	---	--	--

	Economía/Producto: Porcentaje de pagos realizados respecto del gasto	(Monto pagado en el año t/ monto gastado en el año t)*100	Debe generarse base de pre facturación en GESCOM privados.
COMPONENTE 2: Pacientes beneficiarios de FONASA son derivados a centros privados a través de la compra de "días camas integrales" cuando no hay disponibilidad en el sector público de salud.	Eficiencia/ Resultado: gasto promedio por beneficiario/prestación (M\$ 2013)	Gasto total de prestación/ total asegurados atendidos ≤ precio más alto convenido por FONASA por prestación	Debe generarse base de pre facturación en GESCOM privados.
	Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura	(Gasto en pre facturación / Gasto en facturación)	Debe generarse base de pre facturación en GESCOM privados.
	Calidad/Producto: % de pacientes que se declaran satisfechos post atención	Nº de pacientes satisfechos post atención en período t/Nº total de pacientes encuestados en período t.	Encuestas programadas por la UGCC
	Calidad/Proceso: porcentaje de pacientes que esperan más de 24 horas en la asignación de camas	(Nº de pacientes que esperan más de 24 horas para asignación de cama en período t/Nº total de pacientes que han tenido asignación de cama en periodo t)*100	Sistema de Registro UGCC

	Economía/Proceso: Porcentaje de pagos realizados respecto del presupuesto	(Monto pagado en el año/ monto planificado a pagar)*100	Reporte SIGFE ejecución de gasto *SIGFE no muestra pagos por componente	
COMPONENTE 3: Los pacientes beneficiarios de FONASA que reclaman por incumplimiento de garantía de oportunidad AUGE son atendidos en la red privada a través de la compra de servicios que realiza FONASA.	Eficacia/Producto: Porcentaje de garantías incumplidas e informadas, con gestión de compras Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura Calidad/Proceso: Porcentaje de pacientes que reclaman, cuya atención sobrepasa el tiempo legal establecido Eficacia/Resultado: reducción de brecha demanda oferta período t en relación a t -1	(N° de garantías incumplidas informadas, con gestión de compras en período t/N° total de garantías incumplidas informadas en período t)*100 (Gasto en pre facturación / Gasto en facturación) N° de pacientes con más de 15 días de espera para su atención post reclamo en FONASA en período t/N° total de pacientes atendidos que han efectuado reclamo en FONASA en período t)*100 ((Oferta en \$\$- demanda en \$\$) (t) /(oferta en \$\$ - demanda en \$\$ (t-1))	Reporte de gestión GESCOM PRIVADOS Debe generarse base de pre facturación en GESCOM privados. Reporte de gestión GESCOM PRIVADOS	Se mantiene la disponibilidad del sector privado para la venta de prestaciones al sector público. Hay disponibilidad de recursos financieros por parte de FONASA para este programa.

	Economía/Proceso Porcentaje de pagos realizados respecto del gasto	Monto pagado en el año t / monto gastado en el año t)*100	Reporte SIGFE ejecución de gasto	
<p>COMPONENTE 4: Compra de otras prestaciones: incluye aquellas prestaciones que no están contenidas en los tres componentes anteriores y en las que existe insuficiente oferta pública.</p> <p>(compra camas socio sanitarias; procedimientos de Radioterapia, scanner, otras prestaciones de patologías AUGE que no tienen reclamo)</p>	<p>Eficiencia/Resultado: gasto promedio por beneficiario/prestación</p> <p>Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura</p> <p>Calidad/Producto: Porcentaje de prestadores con cumplimiento de las normas técnicas definidas en convenio.</p> <p>Eficacia/Resultado: reducción de brecha demanda oferta período t en relación a t -1</p>	<p>Gasto total de prestación/ total asegurados atendidos< precio más alto convenido por FONASA por prestación</p> <p>(Gasto en pre facturación / Gasto en facturación)</p> <p>(Nº de prestadores con cumplimiento de las normas técnicas definidas en contrato/Nº total de prestadores en convenio prestaciones componente 4)*100</p> <p>((Oferta en \$\$- demanda en \$\$) (t) /(oferta en \$\$ - demanda en \$\$ (t-1))</p>	<p>Debe generarse base de pre facturación en GESCOM privados.</p> <p>Debe generarse base de pre facturación en GESCOM privados.</p> <p>Reportes fiscalización efectuado por Dpto. Control y Calidad</p> <p>Debe generarse base de pre facturación en GESCOM privados.</p>	<p>Hay disponibilidad de recursos financieros por parte de FONASA para este programa.</p>

Nota: las razones que explican los indicadores que no han sido medidos se refieren a falta de información y/o información disponible no permite su uso (por ejemplo datos agregados, datos insuficientes, datos parciales).

ACTIVIDADES: Componente 1

- Generar convenios para la compra de tratamientos.
- Informar a los Servicios de Salud (comisiones derivadoras), cupos disponibles en su área jurisdiccional.
- Realizar la compra mensual a través de Convenio Marco y un Convenio en Trato Directo.
- Las comisiones derivadoras de hospitales derivan pacientes a los centros.
- Mantenión, control y actualización de los convenios (recurso humano, direcciones técnicas, otros); incorporación nuevas sedes, reajuste de precios (ambos se envían a Chilecompra)
- Validar prestaciones otorgadas desde aplicación facturador MAI.
- Solicitar a los Servicios de Salud u Hospitales, la generación de órdenes de compra mensuales.
- Solicitar envío de facturas junto a Órdenes de Compra a los Prestadores Privados
- Validar OC y Factura
- Confeccionar documento de Solicitud y Conformidad de pago y remitir a Depto. de Finanzas.

ACTIVIDADES: Componente 2

- Generar ranking de prestadores adjudicados y entregarla a la UGCC (Unidad Gestión Centralizada de Camas).
- Mantenión, control, actualización de los convenios y del ranking
- Servicios derivan pacientes a través de la UGCC
- Validar prestaciones otorgadas
- Generar solicitud de pago de los servicios.
- Solicitar factura al Prestador
- Generar solicitud de pago de los días camas integrales ocupados.
- Mantenión de Planilla de Registro de prestaciones, nóminas de asegurados y problemas de Salud
- Pago de las prestaciones.

ACTIVIDADES: Componente 3

- Establecer pool de prestadores y disponibilizarlo en Sucursales FONASA y en la Unidad de Gestión de Solicitudes Ciudadanas, a nivel del País.
- Se recepciona reclamo que realiza el asegurado de FONASA, en el cual informa que tiene una garantía de oportunidad incumplida.
- La unidad de gestión de solicitudes ciudadanas, contacta al asegurado y le ofrece resolver la garantía incumplida dentro de pool de prestadores entregados por el Sub Departamento Gestión Comercial Privados.
- El asegurado se acerca a alguna sucursal de FONASA, y explica que tiene una garantía de oportunidad incumplida. El ejecutivo valida la información y verifica si corresponde la entrega BONO AUGE.
- Se le ofrece un pool de prestadores en convenio para que el asegurado elija el prestador que resolverá su problema de salud.
- Se verifica si el prestador mantiene convenio vigente, saldos presupuestarios disponibles.
- FONASA contacta al prestador seleccionado o designado, para coordinar atención, monitorear y hacer seguimiento de la atención del asegurado.
- La compra se realiza a través de Convenio Marco GES o mediante Convenios de Trato Directo.
- Se validan las prestaciones otorgadas
- Se genera solicitud de pago de los servicios.
- Se mantiene Planilla de Registro de prestaciones, Nóminas asegurados, problemas de Salud y pago de las prestaciones

<p>ACTIVIDADES: Componente 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento, control y actualización de los convenios. - Informar a los Servicios de Salud la disponibilidad de convenios. - Asignación de cupos cuando corresponda. - Servicios de Salud derivan a pacientes. - Validar prestaciones otorgadas - Verificar la existencia de saldo presupuestario - Generar solicitud de pago de los servicios contratados. - Pedir factura al prestador. - Generar solicitud de pago de los servicios contratados. - Mantenimiento de Planilla de Registro de prestaciones, Nóminas asegurados, y pago de las prestaciones por convenio. 				
--	--	--	--	--

ANEXO 2 b) MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN (PERÍODO 2009-2012)

NOMBRE DEL PROGRAMA: COMPRA A PRIVADOS						
AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2005						
MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD						
SERVICIO RESPONSABLE: FONDO NACIONAL DE SALUD						
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Entregar cobertura de salud a los asegurados (as), a través de un mejor plan de salud de FONASA, para aumentar la satisfacción de los asegurados y dar cumplimiento a las obligaciones fijadas por ley a las Garantías AUGE y No AUGE.						
<i>Evolución de Indicadores</i>						
<i>Enunciado del objetivo</i>		<i>Indicadores</i>				
		<i>Enunciado</i>		<i>Cuantificación</i>		
		<i>(Dimensión/Ámbito de Control)</i>		<i>Fórmula de cálculo</i>		
				<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
				<i>2012</i>		
Fin						
Contribuir a mejorar la calidad de vida de los asegurados de FONASA aumentando la cobertura, acceso y oportunidad en la entrega de prestaciones de salud requeridas		Eficacia/Producto Tasa de crecimiento anual en número de cupos disponibles para prestaciones trazadoras.		$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de cupos disponibles año } t}{\text{N}^\circ \text{ de cupos disponibles año } t-1} - 1 \right) * 100$		
		Calidad/Producto Disminución de los tiempos de espera para prestaciones trazadoras		$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de espera año } t}{\text{N}^\circ \text{ de días de espera año } t-1} - 1 \right) * 100$		

Propósito “Reducir la brecha de demanda oferta a través de la compra a privados de prestaciones priorizadas de salud que genera la insuficiente oferta del sector público, mejorando la oportunidad en la entrega de éstas”.	Economía/Resultado: Ejecución Presupuestaria (Presupuesto inicial)	(Gasto ejecutado /presupuesto inicial)*100%	<u>(101.461.801)</u> (70.291.746) 144,3%	<u>(105.337.934)</u> (70.634.867) 149,1%	<u>(115.975.294)</u> (123.481.207) 94%	<u>(129.193.157)</u> (117.741.592) 109,7%	
	Economía/Resultado: Porcentaje de Gasto en compra a privados (t) satisface brecha oferta- demanda de asegurado en periodo t. (cubrir Brecha oferta- demanda Implica aumentar cobertura, acceso y oportunidad en la entrega de prestaciones de salud requerida por los asegurados)	(gasto en compra a privados) /(*Brecha oferta-demanda en \$) *100 **	** No se conoce brecha oferta-demanda valorizada en \$.				
	Eficacia/Resultado: Cobertura del componente AUGE respecto de población objetivo	(Nº de beneficiarios efectivos/Nº de población objetivo)*100	No aplica	<u>(433)</u> 433 100%	<u>(5.343)</u> 5.433 100%	<u>(887)</u> (887) 100%	
Calidad Resultado: Cobertura de diálisis en relación a población potencial	Nº de beneficiarios efectivos/Nº de población potencial)*100						

	Economía/Proceso: porcentaje de pagos realizados respecto del monto gastado	(Monto pagado en el año/ monto gastado en el año)*100 	<u>(91.324.753)</u> (101.461.801) 90%	<u>(96.199.026)</u> (105.337.934) 91%	<u>(109.410.654)</u> (115.975.293) 94%	<u>(125.552.145)</u> (129.193.157) 97%
	Eficiencia/Producto: reducción de costo de brecha demanda-oferta período t en relación a t -1 (Para prestaciones de componentes en que no existe elección de prestador por parte del beneficiario).	"(Brecha demanda-oferta en \$\$ en t – Brecha demanda-oferta en \$\$ en (t-1))/Brecha demanda-oferta en \$\$ en (t-1)".				
	Economía/Resultado Porcentaje de brecha oferta-demanda no satisfecha	((brecha oferta- demanda) – (gasto total) /(brecha oferta – demanda))*100 (indicador sin resultado mientras no se valorice brecha oferta- demanda)				
	Economía/Proceso Porcentaje de pagos realizados respecto del presupuesto	(Monto pagado en el año t/ monto gastado en el año t)*100				

Componente 1 Pacientes con insuficiencia renal terminal reciben tratamiento de diálisis a través de la compra de servicios a privados que realiza FONASA.	Eficacia/Producto Tasa de crecimiento anual en número de cupos disponibles en convenio.	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de cupos disponibles en convenio año } t}{\text{N}^\circ \text{ de cupos disponibles en convenio año } t-1} - 1 \right) * 100$				
	Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura	$\left(\frac{\text{Gasto en pre facturación en el año } t}{\text{Gasto en facturación en el año } t} - 1 \right)$				
	Calidad/Producto: tasa reclamos post atención en centros de diálisis	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que efectúan reclamos por calidad de atención}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos}}$				
	Calidad/Resultado: tasa de sanciones por incumplimiento de normas aplicado a los centros de diálisis privados fiscalizados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sanciones aplicadas en el año } t}{\text{N}^\circ \text{ de centros de diálisis fiscalizados en el año } t}$				
	Economía/Producto: Porcentaje de pagos realizados respecto del gasto	$\left(\frac{\text{Monto pagado en el año } t}{\text{monto gastado en el año } t} \right) * 100$				

Componente 2 Pacientes asegurados de FONASA son derivados a centros privados a través de la compra de "días camas integrales" cuando no hay disponibilidad en el sector público de salud.	Eficiencia/ Resultado: gasto promedio por beneficiario/prestación (M\$ 2013)	Gasto total de prestación/ total asegurados atendidos \leq precio más alto convenido por FONASA por prestación				
	Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura	(Gasto en pre facturación / Gasto en facturación) \leq 1				
	Calidad/Producto: % de pacientes que se declaran satisfechos post atención	Nº de pacientes satisfechos post atención en período t/Nº total de pacientes encuestados en período t.				
	Calidad/Proceso: porcentaje de pacientes que esperan más de 24 horas en la asignación de camas	(Nº de pacientes que esperan más de 24 horas para asignación de cama en período t/Nº total de pacientes que han tenido asignación de cama en periodo t)*100				
	Economía/Proceso: Porcentaje de pagos realizados respecto del presupuesto	(Monto pagado en el año/ monto planificado a pagar)*100				

Componente 3 Los pacientes asegurados de FONASA que reclaman por incumplimiento de garantía de oportunidad AUGE son atendidos en la red privada a través de la compra de servicios que realiza FONASA.	Eficacia/Producto: Porcentaje de garantías incumplidas e informadas, con gestión de compras	$(N^{\circ} \text{ de garantías incumplidas informadas, con gestión de compras en periodo } t / N^{\circ} \text{ total de garantías incumplidas informadas en período } t) * 100$				
	Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura	$(\text{Gasto en pre facturación} / \text{Gasto en facturación}) \leq 1$				
	Calidad/Proceso: Porcentaje de pacientes que reclaman, cuya atención sobrepasa el tiempo legal establecido	$N^{\circ} \text{ de pacientes con más de 15 días de espera para su atención post reclamo en FONASA en período } t / N^{\circ} \text{ total de pacientes atendidos que han efectuado reclamo en FONASA en período } t) * 100$				
	Eficacia: reducción de brecha demanda oferta período t en relación a t -1	$((\text{Oferta en } \$\$ - \text{demanda en } \$\$) (t) / (\text{oferta en } \$\$ - \text{demanda en } \$\$ (t-1))) < 1$				
	Economía/Proceso Porcentaje de pagos realizados respecto del presupuesto	$\text{Monto pagado en el año } t / \text{monto gastado en el año } t) * 100$				

<p>Componente 4</p> <p>Compra de otras prestaciones: incluye aquellas prestaciones que no están contenidas en los tres componentes anteriores y en las que existe insuficiente oferta pública.</p> <p>(compra camas socio sanitarias; procedimientos de Radioterapia, scanner, otras prestaciones de patologías AUGE que no tienen reclamo)</p>	<p>Eficacia/Producto</p> <p>Tasa de crecimiento anual del N° de Prestaciones Convenidas.</p>	<p>((N° de prestaciones convenidas en año t / N° de prestaciones convenidas en año t-1)-1) *100</p>				
	<p>Eficiencia/Resultado: gasto promedio beneficiario/prestación</p> <p>gasto por</p>	<p>Gasto total de prestación/ total asegurados atendidos< precio más alto convenido por FONASA por prestación</p>				
	<p>Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura</p>	<p>(Gasto en pre facturación / Gasto en facturación) < 1</p>				
	<p>Calidad/Producto: Porcentaje de prestadores con cumplimiento de las normas técnicas definidas en convenio.</p>	<p>(N° de prestadores con cumplimiento de las normas técnicas definidas en contrato/N° total de prestadores en convenio prestaciones componente 4)*100</p>				
	<p>Eficacia/Resultado: reducción de brecha demanda oferta período t en relación a t -1</p>	<p>Por definir</p>				

Nota: las razones que explican los indicadores que no han sido medidos se refieren a falta de información y/o información disponible no permite su uso (por ejemplo datos agregados, datos insuficientes, datos parciales).

ANEXO 2 c) ANÁLISIS DE DISEÑO

1. Relaciones de causalidad de los objetivos del programa (Lógica Vertical)

El problema que da origen al Programa hace referencia a las consecuencias negativas que tiene para los beneficiarios del FONASA que se atienden en modalidad institucional, la insuficiente oferta existente en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), es decir, el sistema público, para el acceso oportuno a determinadas prestaciones de salud.

El propósito del Programa, cual *“Reducir la brecha de demanda oferta a través de la compra a privados de prestaciones priorizadas de salud que genera la insuficiente oferta del sector público, mejorando la oportunidad en la entrega de éstas”*. Tiene coherencia y contribuye con el fin que se ha definido en este programa: *contribuir a mejorar la calidad de vida de los asegurados de FONASA aumentando la cobertura, acceso y oportunidad en la entrega de prestaciones de salud requeridas*.

La definición de los diferentes componentes (cuatro) tiene la lógica de agrupar prestaciones semejantes y/o que responden a un mismo tipo de necesidad, como es el caso de diálisis y camas; o bien a partir del tipo de programa de salud que define el beneficio que no está siendo oportunamente entregado, como el caso de prestaciones AUGE. El cuarto componente incluye un grupo heterogéneo de prestaciones compradas a privados pero también otro ítem que no parecen cumplir con la lógica del programa (por ejemplo camas socio-sanitarias y la Corporación de Trasplantes que actualmente es una instancia que forma parte del MINSAL), lo cual obliga a revisar en detalle este componente.

Esta agrupación y la consecuente conformación de los componentes responden a un adecuado diseño, exceptuando el 4° componente, según lo señalado previamente. Esto ya que al menos en teoría, facilita gestionar el programa respondiendo a las especificidades de cada componente; otra ventaja que avala este diseño, es el manejo financiero y presupuestario en forma independiente que podría ser llevado a cabo.

Las actividades son propias y en parte específicas para cada uno de los componentes. Sin embargo responden de manera insuficiente en temas como registro y sistematización de información, así como a mecanismos de evaluación tanto de los impactos del Programa en sí mismo, como de la gestión propia del Sub departamento.

El modelo está centralizado en el Nivel Central de FONASA desde donde se gestiona el Programa, con escasa participación de otras instancias como las oficinas zonales de FONASA, el MINSAL (particularmente la Subsecretaría de Redes y su DIGERA), situación que es evaluada negativamente por el Panel, toda vez que no se pudo constatar la existencia de instancias formales de coordinación para establecer, entre otros, los lineamientos de política en la complementación público privada, las prestaciones que se compran y la cantidad de cada una de ellas. Las actividades de coordinación con el MINSAL que se han podido evidenciar se dan en el componente 2.

En cuanto a la suficiencia de las actividades desarrolladas para la gestión del Programa, éstas son parcialmente suficientes para el logro de los propósitos, considerando entre otros, los niveles de automatización e informatización con que cuenta la unidad responsable de las tareas. Los procesos automatizados e informatizados se consideran inexistentes o muy insuficientes para llevar un adecuado registro y control de las actividades del Programa en todos sus componentes, siendo éste un punto débil que impacta negativamente en la

gestión del mismo y que ha representado una seria limitación para la realización de esta evaluación. Las bases de datos con que actualmente se trabaja son evaluadas como insuficientes e incompletas, observándose la carencia de un modelo lógico detrás de su diseño, con impactos en calidad, economía, eficacia y eficiencia del PCP. Es así como no hay información respecto a temas centrales como:

- Impacto del programa en términos de reducción de brechas y oportunidad en la entrega del beneficio
- Definición de población potencial y objetivo a través de un adecuado registro de listas de espera, entre otras mediciones necesarias para su determinación
- Análisis y registro de precios convenidos respecto de aranceles PPV y precios de mercado
- Calidad de las prestaciones y prestadores, ya que los resultados de la fiscalización no se cruzan con las bases de prestadores en convenio
- Medición de los niveles de satisfacción de los beneficiarios del Programa
- Fechas en que las prestaciones son solicitadas y fechas en que éstas son otorgadas, a modo de incorporar el tema de oportunidad en los análisis y evaluaciones.

Los supuestos que tiene el PCP se consideran válidos y pertinentes; sin embargo, se considera insuficientes los indicadores existentes para monitorear y hacer el seguimiento de los mismos. No se han identificado medidas de minimización de riesgo o la forma de enfrentar situaciones en las que algunos de estos supuestos no se cumplieran.

En cuanto a las causas que dan origen al problema, éstas se consideran fuera del ámbito de análisis de esta evaluación, por cuanto constituyen problemáticas sistémicas del sector salud, de alta complejidad, las que conducen a una insuficiente oferta del sector público, dadas las necesidades y demandas de la población y las garantías y planes de salud que el Estado ha definido.

2. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)

Los indicadores sugeridos en la Matriz de Marco Lógico del PCP en cada uno de sus componentes están adecuadamente formulados; algunos de ellos han sido acordados como parte de la propuesta final que realiza el Panel; en el caso de otros, éstos han sido modificados en su descripción y formulación o rediseñados, ya que se ha considerado que resultan insuficientes para el monitoreo, seguimiento y evaluación periódica del programa en todas sus dimensiones; finalmente hay otros nuevos que han sido acordados. Existe como se señalara anteriormente, una dificultad técnica para su uso, originada en la insuficiente información y en la forma en que ésta se sistematiza.

El siguiente cuadro muestra la propuesta que ha elaborado el Panel en cuanto a indicadores y que ha sido consensuada con FONASA:

ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES	
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo
FIN: Contribuir a mejorar la calidad de vida de los asegurados de FONASA aumentando la cobertura, acceso y oportunidad en la entrega de prestaciones de salud requeridas.	Eficacia/Producto Tasa de crecimiento anual en número de cupos disponibles para prestaciones trazadoras.	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de cupos disponibles año } t}{\text{N}^\circ \text{ de cupos disponibles año } t-1} - 1 \right) * 100$
	Calidad/Producto Disminución de los tiempos de espera para prestaciones trazadoras	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de días de espera año } t}{\text{N}^\circ \text{ de días de espera año } t-1} - 1 \right) * 100$

<p>PROPÓSITO: “Reducir la brecha de demanda oferta a través de la compra a privados de prestaciones priorizadas de salud que genera la insuficiente oferta del sector público, mejorando la oportunidad en la entrega de éstas”.</p>	<p>Economía/Resultado: Porcentaje de Gasto en compra a privados (t) satisface brecha oferta-demanda de asegurado en periodo t.</p>	<p>(gasto en compra a privados) / (*Brecha oferta-demanda en \$\$) *100 **</p> <p>** asumir brecha oferta-demanda como el presupuesto autorizado para compra (Nota: ejecución presupuestaria)</p>
	<p>Economía/Resultado: Ejecución Presupuestaria (Presupuesto inicial)</p>	<p>(Gasto ejecutado/presupuesto inicial)*100</p>
	<p>(Cubrir Brecha oferta- demanda implica aumentar cobertura, acceso y oportunidad en la entrega de prestaciones de salud requerida por los asegurados)</p>	<p>(Nº de beneficiarios efectivos/Nº de población potencial)*100</p>
	<p>Eficacia/Resultado: Cobertura del componente AUGE respecto de población potencial</p>	<p>(Nº de beneficiarios efectivos/Nº de población objetivo)*100</p>
	<p>Eficacia/Resultado: Cobertura del componente AUGE respecto de población objetivo</p>	<p>(Nº de solicitudes canceladas en período t/Nº total de derivaciones solicitadas en período t)*100</p>
	<p>Calidad/Resultado: Porcentaje de solicitudes de cama (componente 2) canceladas</p>	<p>Nº de beneficiarios efectivos/Nº de población potencial)*100</p>
	<p>Calidad Resultado: Cobertura de diálisis en relación a población potencial</p>	<p>$(0,95 \leq (\text{Gasto total} / \text{presupuesto total}) \leq 1$</p>
	<p>Economía/Proceso: porcentaje de pagos realizados respecto del monto gastado</p>	<p>(Brecha demanda-oferta en \$\$ en t – Brecha demanda-oferta en \$\$ en (t-1))/Brecha demanda-oferta en \$\$ en (t-1)".</p>
	<p>Eficiencia/Producto: reducción de costo de brecha demanda- oferta período t en relación a t -1 (para prestaciones de componentes en que no existe elección de prestador por parte del beneficiario).</p>	<p>(Monto pagado en el año t/ monto gastado en el año t)*100</p>
<p>Economía/Proceso Porcentaje de pagos realizados respecto del gasto</p>		

<p>COMPONENTE 1: Pacientes con insuficiencia renal terminal reciben tratamiento de diálisis a través de la compra de servicios a privados que realiza FONASA.</p>	<p>Eficacia/Producto Tasa de crecimiento anual en número de cupos disponibles en convenio.</p> <p>Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura</p> <p>Calidad/Producto: tasa reclamos post atención en centros de diálisis</p> <p>Calidad/Resultado: tasa de sanciones por incumplimiento de normas aplicado a los centros de diálisis privados fiscalizados</p> <p>Economía/Producto: Porcentaje de pagos realizados respecto del gasto</p>	<p>$((N^{\circ} \text{ de cupos disponibles en convenio año } t / N^{\circ} \text{ de cupos disponibles en convenio año } t-1) - 1) * 100$</p> <p>$(\text{Gasto en pre facturación en el año } t / \text{Gasto en facturación en el año } t) < 1$</p> <p>Nº de pacientes que efectúan reclamos por calidad de atención/Nº de pacientes atendidos</p> <p>Nº de sanciones aplicadas en el año t / Nº de centros de diálisis fiscalizados en el año t</p> <p>$(\text{Monto pagado en el año } t / \text{monto gastado en el año } t) * 100$</p>
--	--	--

COMPONENTE 2: Pacientes beneficiarios de FONASA son derivados a centros privados a través de la compra de "días camas integrales" cuando no hay disponibilidad en el sector público de salud.	Eficacia/Resultado: Porcentaje de derivaciones exitosas sobre el número total de solicitudes de derivaciones a privados en convenio.	(Nº de derivaciones exitosas en el periodo t/ Nº total de solicitudes de derivaciones a privados en convenio en el periodo t)*100
	Eficiencia/ Resultado: gasto promedio por beneficiario/prestación (M\$ 2013)	Gasto total de prestación/ total asegurados atendidos ≤ precio más alto convenido por FONASA por prestación
	Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura	(Gasto en pre facturación / Gasto en facturación) ≤ 1
	Calidad/Producto: % de pacientes que se declaran satisfechos post atención	Nº de pacientes satisfechos post atención en período t/Nº total de pacientes encuestados en período t.
	Calidad: porcentaje de pacientes que esperan más de 24 horas en la asignación de camas	(Nº de pacientes que esperan más de 24 horas para asignación de cama en período t/Nº total de pacientes que han tenido asignación de cama en periodo t)*100
	Economía/Proceso: Porcentaje de pagos realizados respecto del presupuesto	(Monto pagado en el año/ monto planificado a pagar)*100

<p>COMPONENTE 3: Los pacientes beneficiarios de FONASA que reclaman por incumplimiento de garantía de oportunidad AUGE son atendidos en la red privada a través de la compra de servicios que realiza FONASA.</p>	<p>Eficacia/Producto: Porcentaje de garantías incumplidas e informadas, con gestión de compras</p> <p>Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura</p> <p>Calidad/Proceso: Porcentaje de pacientes que reclaman, cuya atención sobrepasa el tiempo legal establecido</p> <p>Eficacia/Resultado: reducción de brecha demanda oferta período t en relación a t -1</p> <p>Economía/Proceso Porcentaje de pagos realizados respecto del gasto</p>	<p>(N° de garantías incumplidas informadas, con gestión de compras en periodo t/N° total de garantías incumplidas informadas en período t)*100</p> <p>(Gasto en pre facturación / Gasto en facturación) ≤ 1</p> <p>N° de pacientes con más de 15 días de espera para su atención post reclamo en FONASA en período t/N° total de pacientes atendidos que han efectuado reclamo en FONASA en período t)*100</p> <p>((Oferta en \$\$- demanda en \$\$) (t) /(oferta en \$\$ - demanda en \$\$ (t-1)) <1</p> <p>Monto pagado en el año t/ monto gastado en el año t)*100</p>
--	---	--

<p>COMPONENTE 4: Compra de otras prestaciones: incluye aquellas prestaciones que no están contenidas en los tres componentes anteriores y en las que existe insuficiente oferta pública.</p> <p>(compra camas socio sanitarias; procedimientos de Radioterapia, scanner, otras prestaciones de patologías AUGE que no tienen reclamo)</p>	<p>Eficiencia/Resultado: gasto promedio por beneficiario/prestación</p> <p>Economía/Proceso: Diferencias % entre pre-factura y factura</p> <p>Calidad/Producto: Porcentaje de prestadores con cumplimiento de las normas técnicas definidas en convenio.</p> <p>Eficacia/Resultado: reducción de brecha demanda oferta período t en relación a t -1</p>	<p>Gasto total de prestación/ total asegurados atendidos < precio más alto convenido por FONASA por prestación</p> <p>(Gasto en pre facturación / Gasto en facturación) < 1</p> <p>(Nº de prestadores con cumplimiento de las normas técnicas definidas en contrato/Nº total de prestadores en convenio prestaciones componente 4)*100</p> <p>Debe generarse base de pre facturación en GESCOM privados.</p>
---	---	--

El PCP no tiene metas explícitas que pudieran ser sujetas a seguimiento y evaluación; en este ámbito, el Panel propone el establecimiento de dichas metas a partir de indicadores de cobertura y de oportunidad para la entrega de los beneficios en los diferentes componentes.

ANEXO 3: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

1. Proceso de producción de cada uno de los bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa

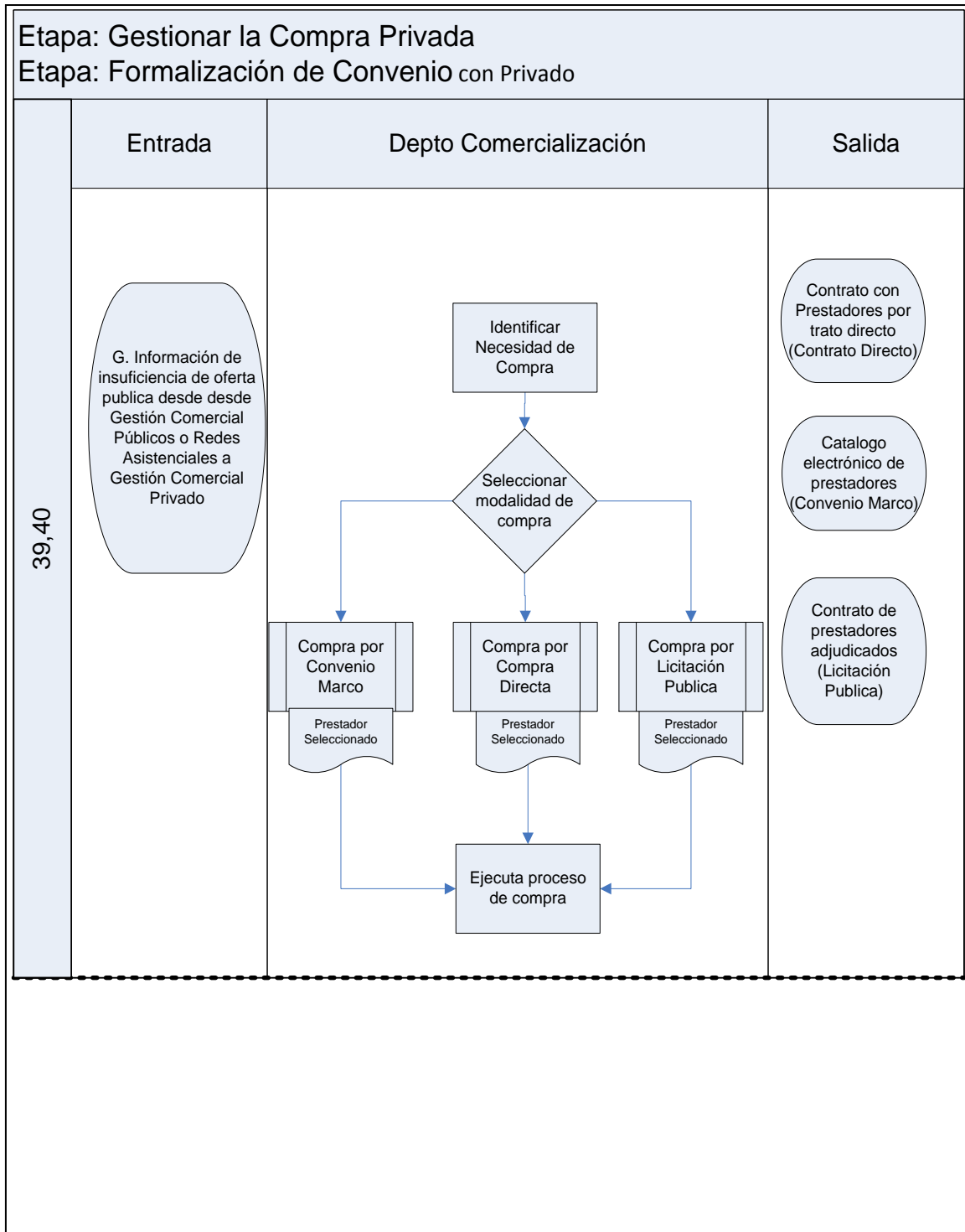
Se han separado los procesos en tres grupos: asociados a la gestión de compra, asociados al proceso de facturación, ambos comunes para todo tipo de compra, y un tercer grupo con procesos propios de cada componente; se realiza el análisis para los tres grupos.

Los procesos están bien definidos; sin embargo, a juicio del Panel su descripción es insuficiente en algunos aspectos y etapas, lo cual dificulta la gestión del PCP.

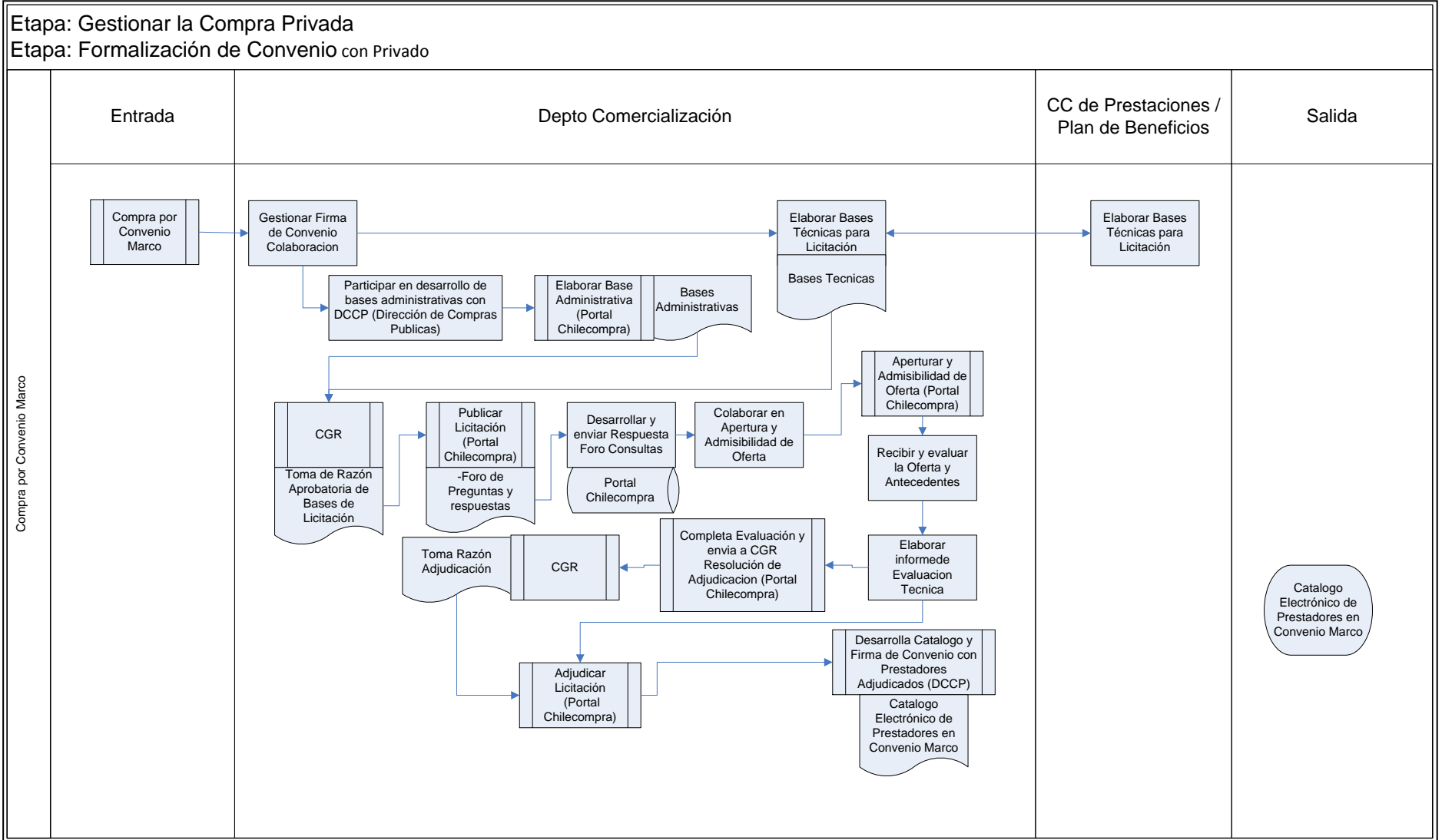
Se considera necesario por tanto incluir como parte de las actividades los aspectos que a continuación se señalan:

- Precisión respecto a las entradas que permiten definir las prestaciones que se comprarán y su cuantificación, especificando el proceso que lleva a la toma de decisión (deja de esta forma establecida una normativa para la definición de las prestaciones a comprar en todos los componentes en que esta definición sea pertinente).
- Actividades asociadas a la elección del tipo de contrato a seleccionar para cada convenio, especificando los criterios aplicados (normaliza los criterios a ser aplicados al momento de definir por cuál optar).
- Otras actividades asociadas a la elección del prestador, como por ejemplo, la inclusión de los ranking y aportes que hace el Dpto. de Control y Calidad (formaliza de esta forma la participación de esta instancia en la elección del prestador con el cual establecer convenio).
- Procesos o actividades asociadas que permitan retroalimentar el proceso; esto hace referencia a revisiones de información de procesos de compra anteriores que aporten antecedentes para una adecuada toma de decisiones.
- Mejorar diseño de los flujogramas en cuanto a la definición de “actividad predecesora” (optimizar el diseño de los diagramas de flujo).

Procesos asociados a la gestión de compra:



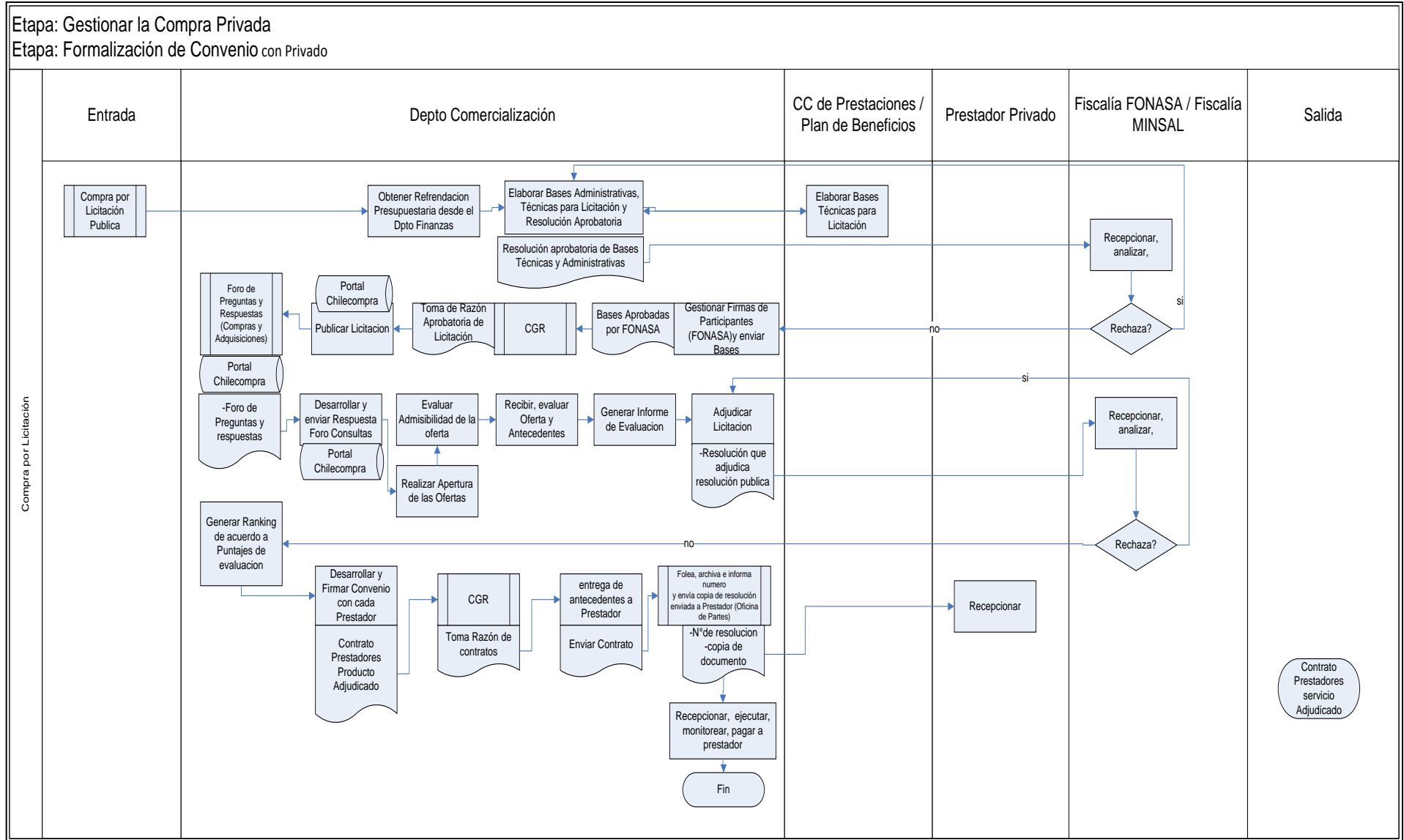
Procesos comunes para compra de prestaciones vía Convenio Marco



Licitación

Etapa: Gestionar la Compra Privada

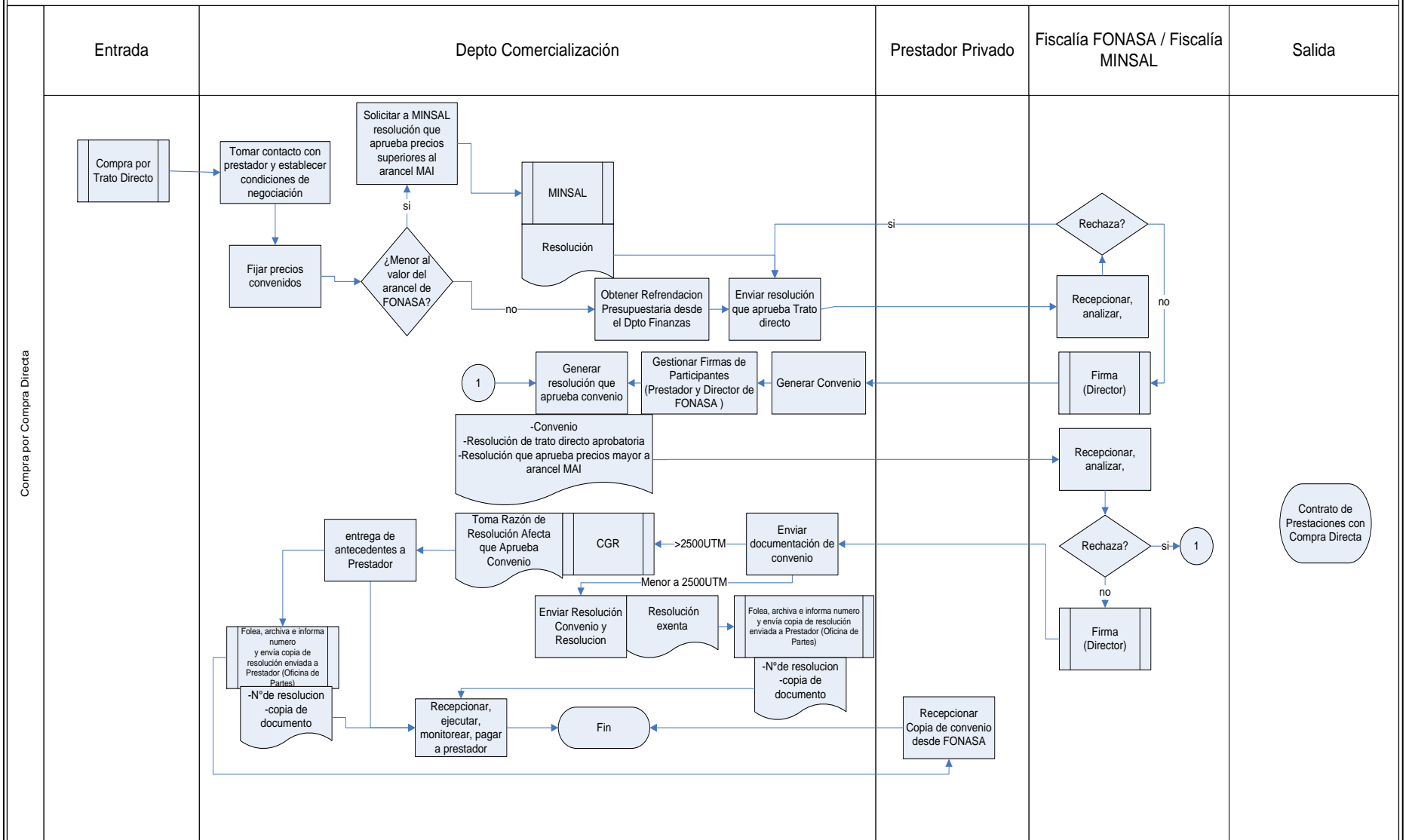
Etapa: Formalización de Convenio con Privado



Trato directo

Etapa: Gestionar la Compra Privada

Etapa: Formalización de Convenio con Privado



Procesos comunes para facturación:**PROCEDIMIENTO REVISION FACTURACION PRESTADORES PRIVADOS CAMAS
UGCC****Nombre del Proceso:** Camas UGCC; Gestión de pago**Intervinientes:** Profesionales de Gestión Comercial Privados**Fecha de Levantamiento:** Diciembre 2012**Canales de entrada:** El flujo de entrada proviene desde la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), quien coordina la gestión de camas en la red, de acuerdo a la oferta disponible de prestadores privados, en el momento que la red pública es insuficiente frente a la demanda de atenciones por camas.

	Actividad	Proceso	Predecesora
01	Nómina de pacientes derivados	Los primeros diez días de cada mes, la UGCC envía nómina mensual actualizada de pacientes derivados por día cama del mes inmediatamente anterior.	02
02	Precuenta de atención otorgada a asegurados	El prestador privado envía la prefactura del día cama integral por las atenciones efectuadas al asegurado, con nómina valorizada de las prestaciones (día cama) realizadas al paciente.	03
03	Recibir y revisar precuenta	El departamento de Gestión Comercial, recibe la información referente a los asegurados de FONASA que han sido hospitalizados en Clínicas Privadas que se encuentran en Convenio. Se verifica si la información recibida corresponde con el cobro realizado en relación a lo convenido, si es así, corresponde solicitar factura y sino, se devuelve la información al Prestador, para su corrección.	04
04	Solicitud de factura	Gestión Comercial Privado, envía correo electrónico al Prestador solicitando la emisión de factura.	05
05	Recepción de facturas	Profesional GESCOM privado recibe facturas del día cama integral por las atenciones efectuadas al asegurado de FONASA, revisando que correspondan a lo previamente aprobado y solicitado.	06
06	Solicita pago a Finanzas	Generar formulario de pago correspondiente. (Exclusiva responsabilidad de Nivel Central).	07
07	Envío formulario de pago a Departamento de Finanzas	Envío de factura y formulario de solicitud y conformidad de pago, al Departamento de finanzas, para el pago respectivo.	FIN

Fuente: FONASA

**PROCESO DE REVISIÓN FACTURACIÓN
PRESTADORES PRIVADOS EN
CONVENIO MARCO**

Nombre del Proceso: Revisión facturación Prestadores Privados en Convenio Marco

Intervinientes: Profesional de Gestión Comercial Privados

Fecha de Levantamiento: Diciembre 2012

Canales de entrada: Registro de atenciones enviadas por prestadores privados, de acuerdo a “canastas” establecidas en bases de licitación.

	Actividad	Proceso	Predecesora
01	Verificación de información	Validación de antecedentes recibidos, contra condiciones establecidas en las bases de licitación y reflejadas en pág. Web de Mercado Público.	02
02	Solicitar generación de Órdenes de compra a la sección de compras y abastecimiento de FONASA	Enviar vía correo @ archivo tipo con los antecedentes necesarios para la generación de la O.C. en el Portal de Chilecompra.	03
03	Solicitud de factura al prestador	Solicitar al prestador privado, una vez emitida la OC que facture las prestaciones consideradas en ella.	04
04	Generar formulario de solicitud y conformidad de pago	Gescom Privado revisa factura y Orden de Compra, elabora formulario de solicitud y conformidad de pago por cada prestador privado.	05
05	Envío de formulario solicitud y conformidad de pago a Departamento de Finanzas	Envío de factura, orden de Compra y formulario de solicitud y conformidad de pago (con visaciones respectivas), al Departamento de finanzas, para el pago respectivo.	fin

Fuente: FONASA

**PROCESO DE REVISIÓN FACTURACIÓN
PRESTADORES PRIVADOS EN
CONVENIO MARCO DIALISIS**

Nombre del Proceso: Revisión facturación Prestadores Privados en Convenio Marco Diálisis

Intervinientes: Profesional de Gestión Comercial Privados

Fecha de Levantamiento: Diciembre 2012

Canales de entrada: Registro de atenciones en facturador MAI efectuadas por prestadores, en CM de diálisis.

	Actividad	Proceso	Predecesora
01	Instruir facturación y validar resultados	Generar proceso mensual de facturación en el facturador MAI; Validar información en el sistema facturador MAI (GESCOM) de los prestadores en Convenio Marco	02
02	Verificación de información en el facturador (Prestadores)	Revisión y verificación mensual de la información ingresada por el prestador privado de las prestaciones efectivamente realizadas en el facturador MAI, tanto a nivel central como de las DZ; si el proceso y sus revisiones están conformes, continua paso 3, de lo contrario: reproceso con correcciones.	03
03	Enviar información a Hospitales y SS	Enviar planilla consolidada con la información de los pacientes derivados desde los Hospitales Públicos a prestadores privados en Convenio Marco, para la emisión de la respectiva OC, previa validación del establecimiento público de que los pacientes correspondan a su jurisdicción.	04
04	Generar OC Hospitales y SS	Hospital Público emite OC por las prestaciones efectivamente realizadas a los pacientes con IRCT derivados a los prestadores privados en Convenio Marco.	05
05	Generar formulario de solicitud y conformidad de pago	Gescom Privado revisa factura y Orden de Compra, elabora formulario de solicitud y conformidad de pago por prestador privado.	06
06	Envío de formulario solicitud y conformidad de pago a Departamento de Finanzas	Envío de factura, orden de Compra y formulario de solicitud y conformidad de pago, al Departamento de finanzas, para el pago respectivo.	fin

Fuente: FONASA

**PROCESO DE REVISIÓN DE FACTURACIÓN
PRESTADORES PRIVADOS EN
CONVENIO DE TRATO DIRECTO**

Nombre del Proceso: Revisión facturación Prestadores Privados en Convenio de Trato Directo

Intervinientes: Profesional de Gestión Comercial Privados

Fecha de Levantamiento: Diciembre 2012

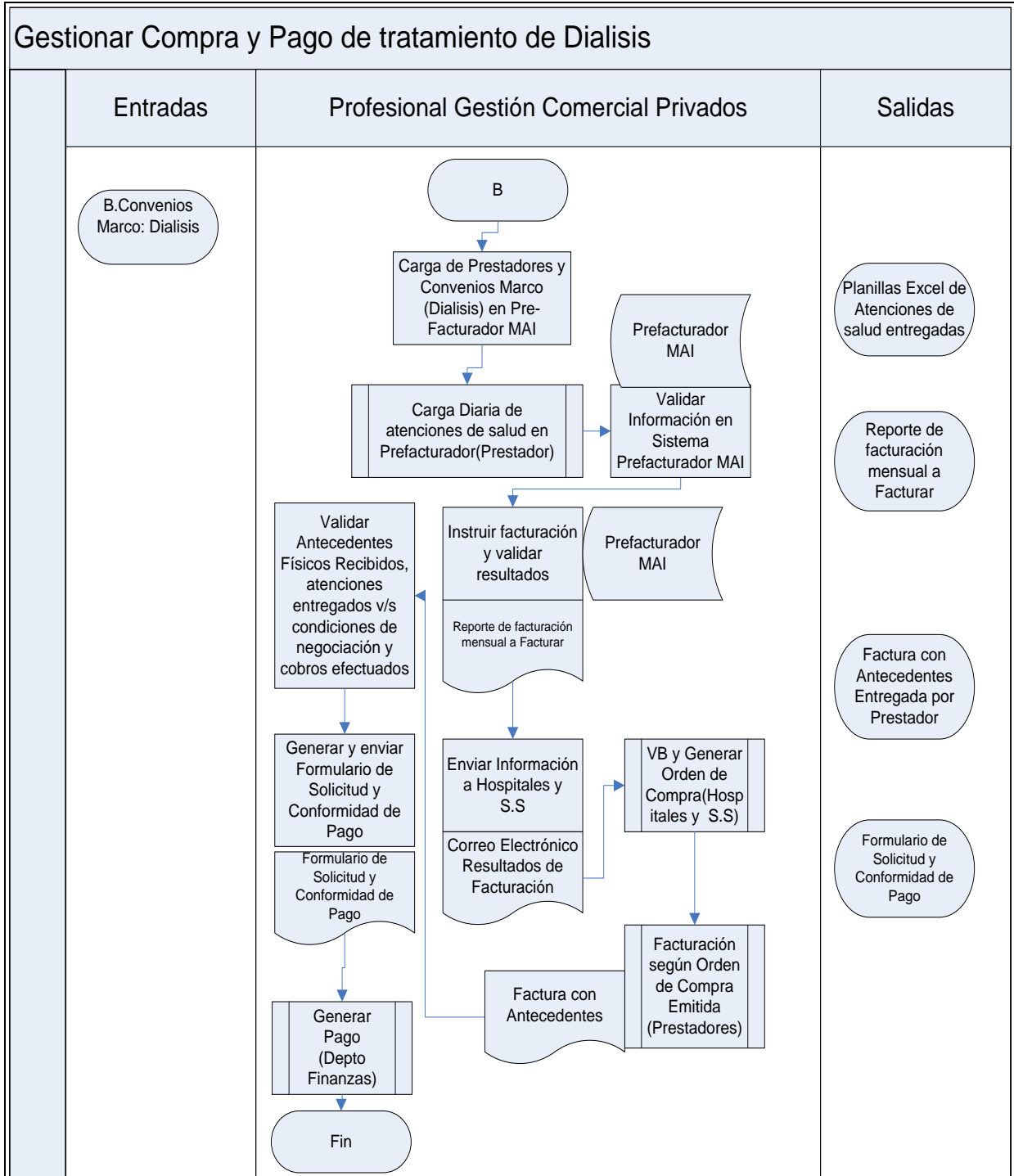
Canales de entrada: Registro de atenciones efectuadas por prestadores, en convenio directo GES u otros convenios directos.

	Actividad	Proceso	Predecesora
01	Revisión de prestaciones ingresadas y realizadas por prestadores privados en convenio	Proceso en el cual se genera archivo con prestaciones efectivamente realizadas por prestador privado en convenio.	02
02	Validar antecedentes físicos recibidos, atenciones entregadas versus condiciones de negociación y cobros realizados	Recepción de antecedentes de respaldo de las prestaciones efectivamente realizadas por prestador, verificando la información de acuerdo a lo establecido en convenio. Si los antecedentes están correctos procede solicitar factura al prestador; de no estarlo, solicitar antecedentes complementarios o corrección según corresponda.	03
03	Solicitud de factura a Prestador Privado	Solicitar factura al prestador	04
04	Generar formulario de solicitud y conformidad de pago	Elaborar solicitud y conformidad de pago a prestador privado, adjuntando factura y antecedentes	05
05	Envío de formulario solicitud y conformidad de pago a Departamento de finanzas	Enviar factura y formulario Solicitud y conformidad de pago, al Departamento de finanzas, para el pago respectivo.	fin

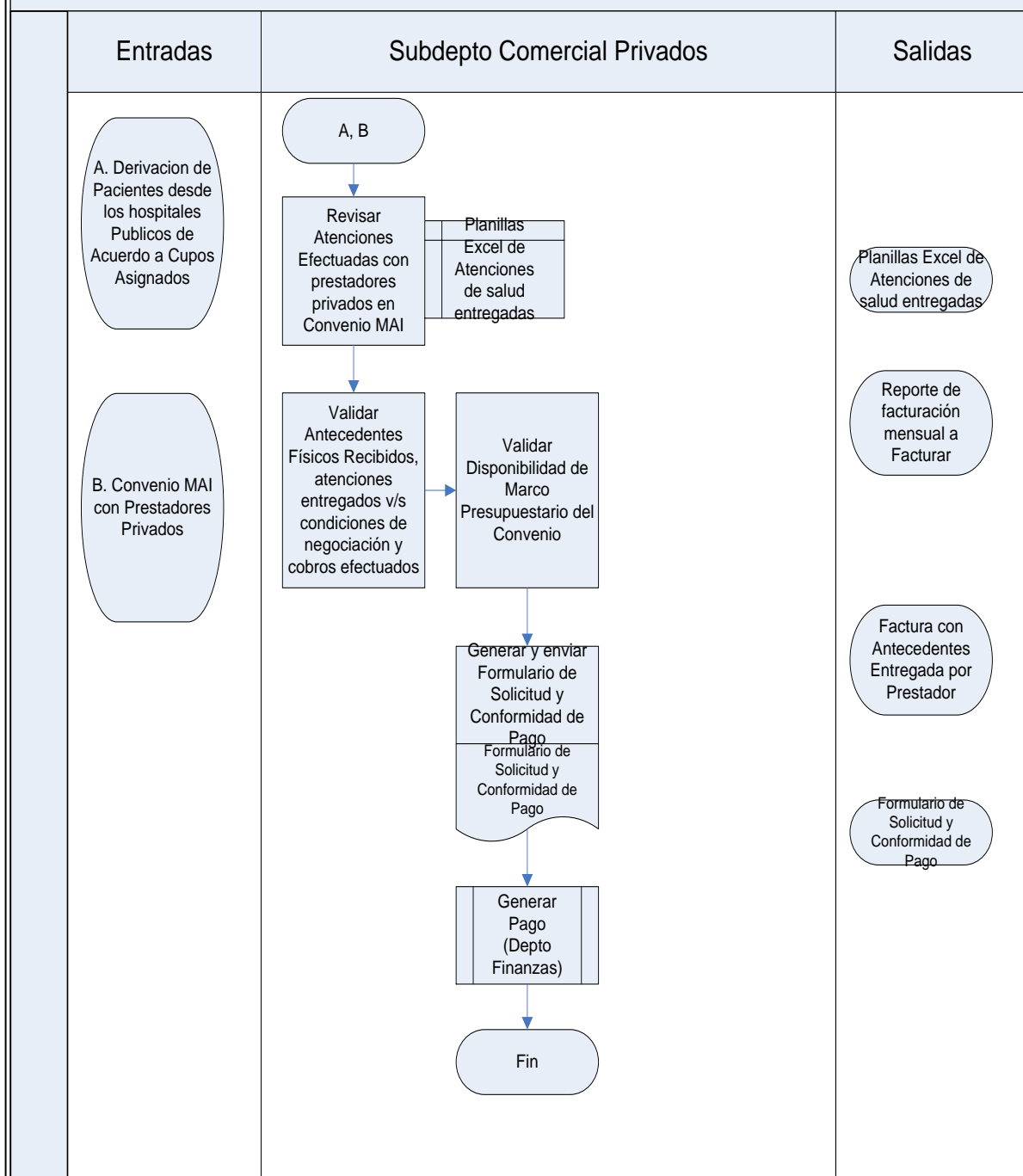
Fuente: FONASA

Procesos asociados a los componentes:

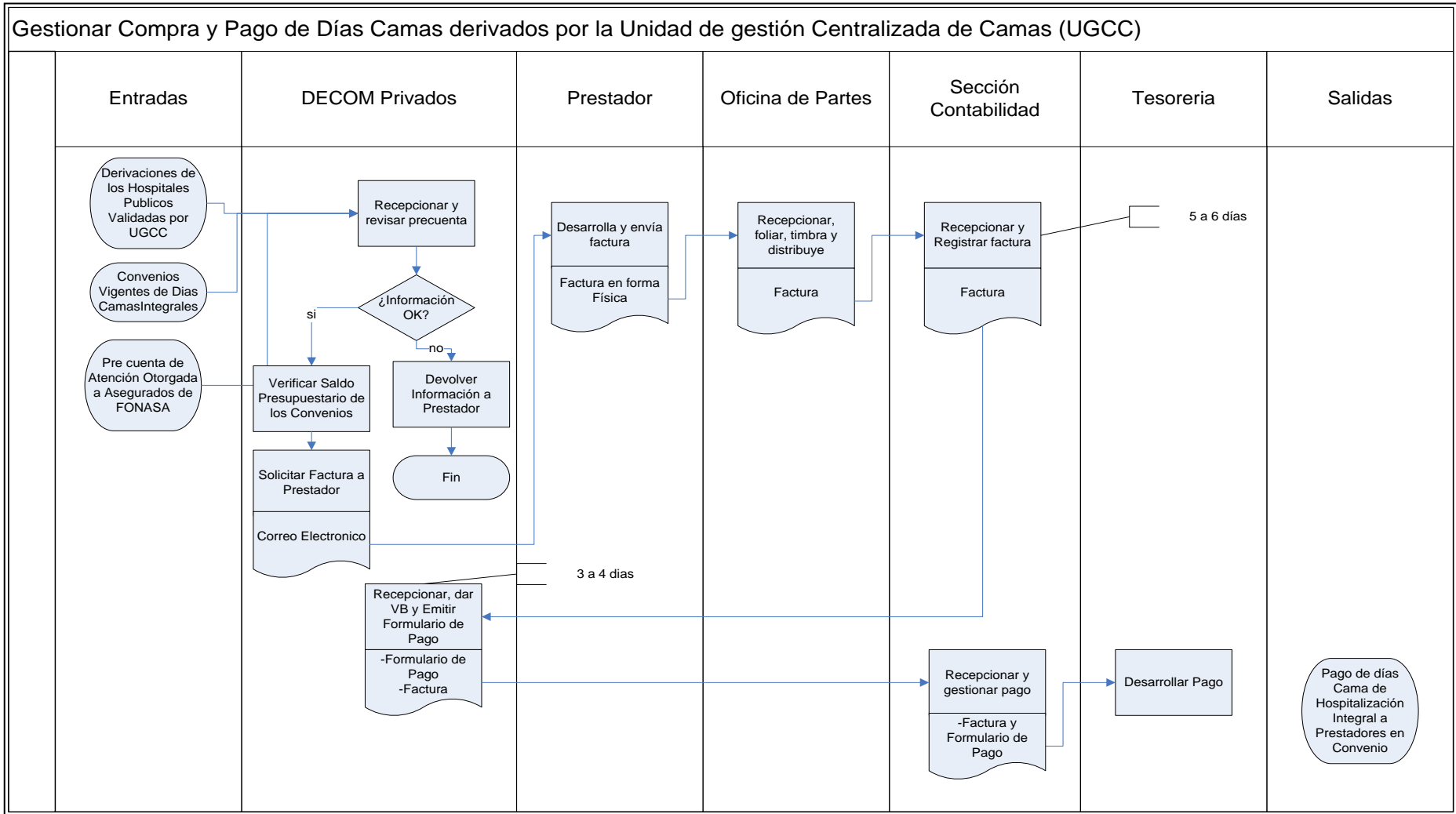
Componente 1 Diálisis:

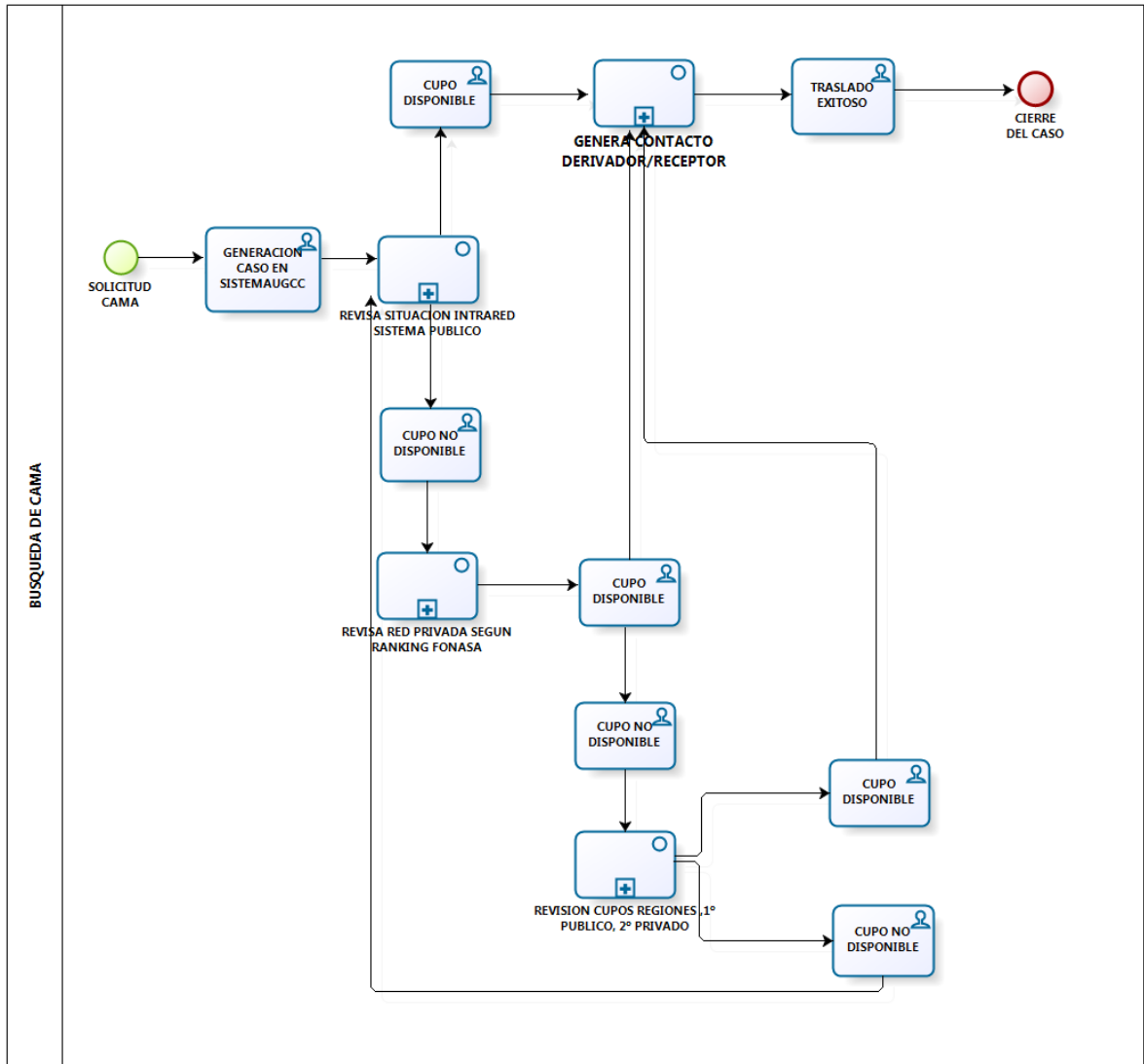


Generar Compra y Pago de otros Convenios MAI

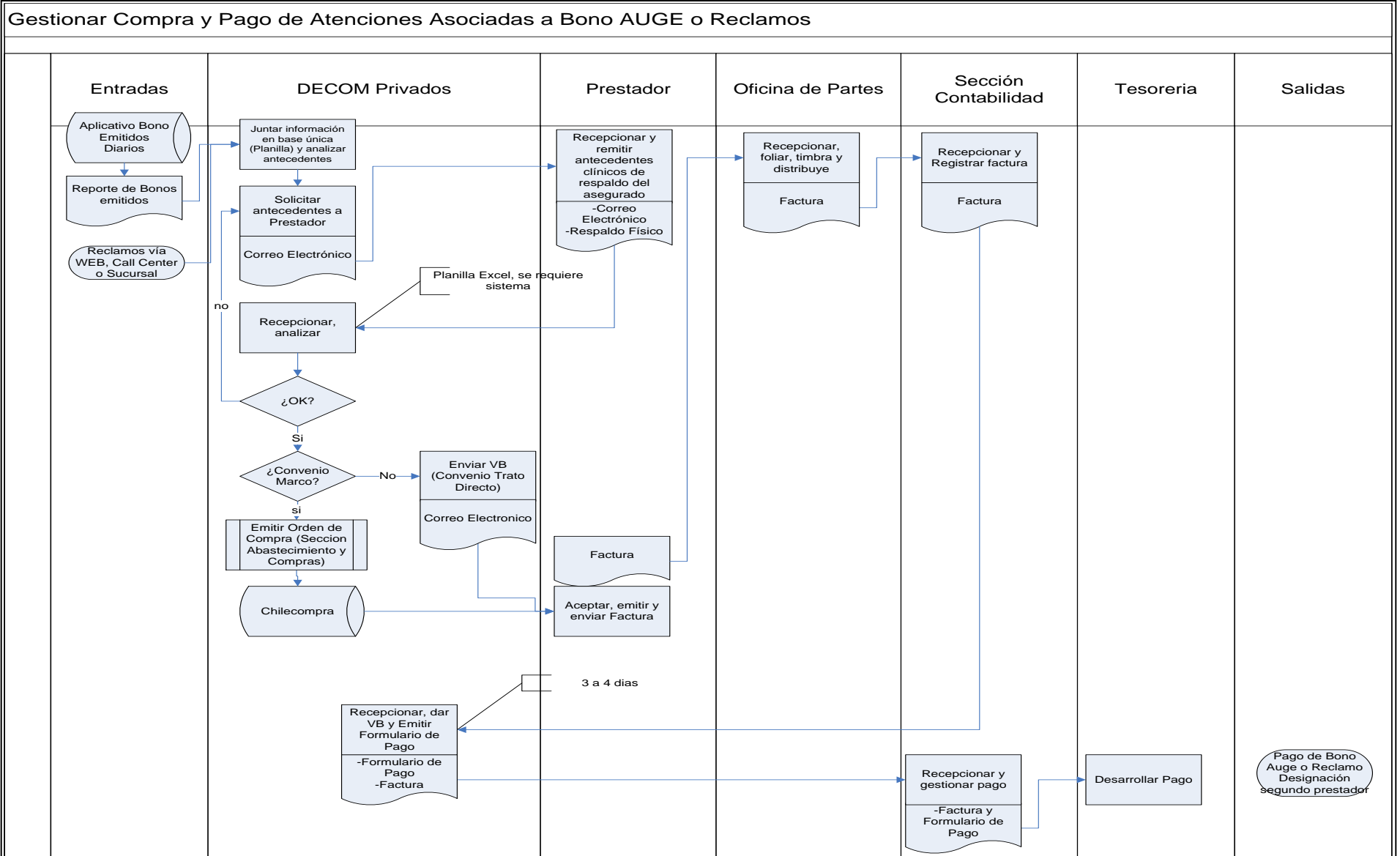


Componente 2 Camas:





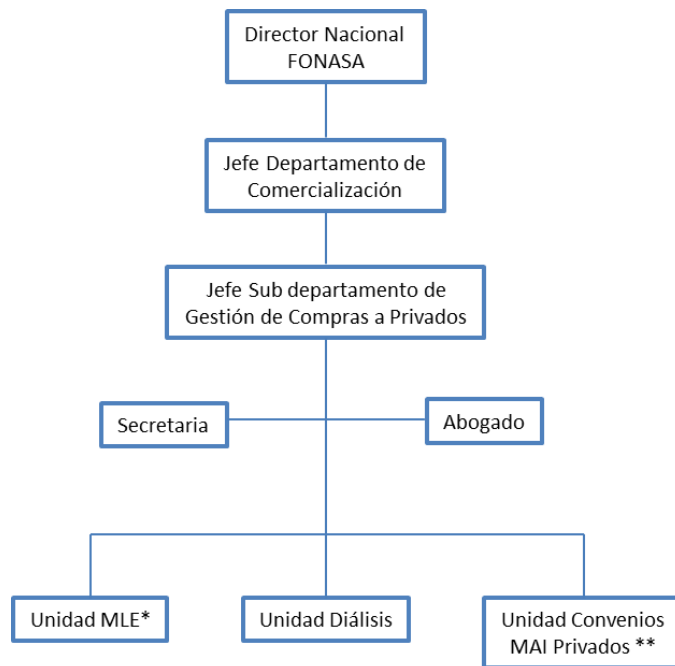
Componente 3 AUGE



2. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación al interior de la institución responsable y con otras instituciones.

Estructura Organizacional:

El PCP está a cargo del Sub departamento de Gestión de Compras a Privados, cuyo Organigrama y niveles de dependencia se presenta a continuación:



*Modalidad de Libre Elección

**Modalidad de Atención Institucional

Los niveles de dependencia y estructura de la cual depende el Sub departamento parecen adecuados, dada la relevancia que la actual Dirección de FONASA otorga al PCP. Se considera que la presencia de un abogado en la estructura es de alta relevancia, dadas las actividades que el Sub departamento realiza.

En cuanto a las Unidades que la componen, la Unidad de Diálisis aparece completamente justificada, dado el alto volumen de beneficiados efectivos y presupuesto asociado a este componente¹¹⁸. La Unidad realiza todo el manejo administrativo y de gestión de la oferta en este componente.

¹¹⁸ En el período estudiado, el componente diálisis responde por entre el 80 a 85% del presupuesto del Programa y concentra para el período el mayor número de prestaciones y de población beneficiaria efectiva. Para el año 2012: Presupuesto de M\$ 105.205.818 y 14.706 beneficiados.

La Unidad de Convenios MAI es responsable de la gestión de los otros tres componentes; participa en la elaboración de las bases de licitación, confecciona tanto los convenios sujetos a licitación como aquellos de trato directo¹¹⁹ y hace el seguimiento de su cumplimiento. Junto con ello, se encarga de gestionar la oferta que se hace disponible a través de estos convenios (según se detalla más adelante) y lleva los registros de los pacientes que con ellos se benefician.

En cuanto a la Unidad MLE, esta gestiona los convenios que se establecen con prestadores para la atención de pacientes en Modalidad Libre Elección exclusivamente, sin tener relación alguna con el PCP.

A juicio de los entrevistados, este departamento, que se establece con su estructura actual en el 2011, está aún en fase de ajustes en cuanto a la distribución y organización del trabajo dentro de cada Unidad, pero es adecuado en cuanto a la cantidad y competencia de sus integrantes. Se considera que una mayor autonomía en la gestión de aquellos convenios que son por montos menores pudiera optimizar el trabajo de Departamento.¹²⁰

Considerando los resultados de esta evaluación y las funciones que tiene este Sub departamento¹²¹, el Panel considera que hay funciones asignadas que no está siendo adecuadamente cubiertas:

- La función de “evaluación de convenios” no se cumple ya que no hay indicadores para monitoreo, seguimiento y posterior evaluación de convenios y por tanto de la gestión del PCP¹²².
- El “aseguramiento de la oferta para satisfacer las necesidades de la población asegurada” no puede ser asegurado por cuanto no hay un levantamiento de la oferta pública por parte del MINSAL que permita una estimación de brecha demanda - oferta en todos los componentes¹²³.
- Hay tareas que pueden ser optimizadas para una adecuada gestión del Sub departamento ya que por ejemplo el diseño de los sistemas de información y registro de las actividades del Sub Departamento se consideran insuficientes; el registro y sistematización de información que actualmente se realiza es poco homogénea, no permite el análisis adecuado de las bases de datos, los ítem o aspectos registrados son insuficientes, entre otras de las dificultades encontradas en los sistemas de registro del Sub Departamento.¹²⁴

¹¹⁹ Los convenios pueden ser de 3 tipos: trato directo sin licitación, licitación pública a través de convenios o convenio marco. Los dos últimos a través del Portal MercadoPúblico.cl.

¹²⁰ Esto hace referencia principalmente a la multiplicidad de tramitaciones internas que deben realizarse para la ejecución de diferentes tareas propias del Departamento.

¹²¹ Según lo establecido en antecedentes entregados por FONASA

¹²² FONASA señala que se realizan auditorías anuales, las que se monitorean cada 4 meses; el Panel no tuvo a la vista documentación que avalara este hecho.

¹²³ Sólo para el caso de Diálisis, se presume que la demanda está siendo cubierta en su totalidad dada la información entregada en cuanto a ausencia de reclamos en ésta prestación que está garantizada por Auge.

¹²⁴ Este es un aspecto que ha sido señalado por los entrevistados como una debilidad del PCP y que ha sido constatada por el Panel, representando una dificultad mayor para la realización de la presente evaluación.

Por tanto, el Panel recomienda revisar y eventualmente reformular funciones y ámbitos de acción del Sub departamento.

Las 4 Direcciones Zonales de FONASA (Centro Norte, Norte, Centro Sur y Sur), incluyendo sus respectivas Áreas Comerciales tienen dependencia del Nivel Central en lo técnico; esta definición es consistente con la estructura básicamente centralizada que tiene el PCP.

La información disponible no permite un juicio evaluador respecto de la pertinencia o adecuación del modelo existente en la función comercial a privados de FONASA.¹²⁵

Mecanismos de coordinación

El Sub departamento se coordina directamente con su Jefatura, el Departamento de Comercialización. A su vez, de este Departamento dependen las Áreas Comerciales de las Direcciones Zonales en forma directa, como ya se señalara. Su rol en el PCP se limita a tareas delegadas muy específicas¹²⁶ que no afectan el diseño del PCP, siendo éste un tema que radica en todas sus definiciones y actividades sustantivas en el Nivel Central.

Para efectos de diseño de todo tipo de convenios, participa directamente el Departamento de Comercialización y el Sub departamento de Gestión de Compras a Privados, los que se coordinan con dos dependencias de FONASA: Plan de Beneficios¹²⁷ y Fiscalía; establece además relación con los propios prestadores privados.

Cuando el convenio debe ser visado por la Contraloría General de la República¹²⁸, éste es remitido a esta repartición para su aprobación, dando así cumplimiento a las normativas existentes en esta materia.

Para efectos de la publicación de las licitaciones, se relaciona el Departamento de Comercialización y el Sub departamento de Compras a Privados con la Dirección de Compras y el portal Mercadopúblico.cl.

En el ámbito del PCP y según señalan los entrevistados en FONASA, la coordinación y trabajo conjunto con las distintas dependencias de la DIGERA en el MINSAL ha sido creciente, principalmente en el transcurso del año 2012.

El Panel concluye a partir de dichas entrevistas y reuniones sostenidas, que la coordinación se da de diferentes formas según componentes:

¹²⁵ Se requeriría para estos efectos de indicadores o evaluaciones periódicas de los resultados de la gestión del Sub departamento en términos de cumplimiento de metas, impacto, cobertura, etc.

¹²⁶ Referidas a: pago del componente Diálisis; resolución y escalamiento de consultas generadas en esta área tanto por prestadores como beneficiarios; detección de oportunidades de negocio y optimización en el funcionamiento de las redes; informar sobre la necesidad de nuevos productos.

¹²⁷ Señala las prestaciones que deben ser otorgadas en los diferentes componentes para cumplir con los Planes de Salud a que tienen derecho los asegurados y beneficiarios del FONASA.

¹²⁸ Según lo establece la Ley N° 19.886 sobre compras y resolución complementaria N° 1600

- 1º componente diálisis: se daría entre FONASA y las comisiones derivadoras de los SS; los procesos de licitación se realizan con participación de DIGERA.
- 2º componente camas: las funciones de cada institución están claramente definidas; la UGCC gestiona la parte operativa de este componente, así como las bases de datos y sistemas de información. De igual forma, realiza la evaluación periódica de este componente; el Panel Evaluador ha solicitado los informes de dichas evaluaciones, las que a la fecha no han sido entregadas sino como datos agregados; no hay antecedentes que permitan objetivar que dicha evaluación retroalimenta al FONASA para efectos del PCP¹²⁹.
- 3º componente AUGE: no se identifican instancias de coordinación entre ambas instituciones.
- 4º Componente: los convenios han estado sujetos a revisión durante el 2012 para evaluar su pertinencia y mantención en el tiempo. Las bases de datos entregadas para este componente son de los años 2011 y 2012, sin encontrarse modificaciones en las instituciones privadas con las que se tiene convenio, que totalizan diez para ambos años.

La falta de coordinación en el componente AUGE se considera una importante debilidad del PCP, que debe ser corregida a través de la instauración de una instancia formal que permita acuerdos sobre política en la compra a privados y su forma de llevarla a cabo; esto en el marco de las atribuciones y funciones que ambas instituciones tienen.

El Departamento de Control y Calidad del FONASA cumple una función importante al entregar insumos al Departamento de Comercialización y sus sub departamentos, respecto de los resultados de su labor fiscalizadora sobre prestadores privados. Estos se refieren a instituciones sancionadas o multadas por incumplimiento, ya sea de los criterios técnicos definidos en los convenios o de las condiciones generales que en ellos se establecen, y la actualización periódica de un ranking de instituciones fiscalizadas y sus resultados. Esto pudiera ser relevante a la hora de definir con qué prestadores establecer convenios y con cuáles es pertinente mantener dicho convenio; sin embargo, a partir de la información recogida, no es posible evaluar el impacto que esta participación tiene en estas definiciones; se cuenta sólo con el informe de fiscalizaciones realizadas durante el año 2012 en el ámbito de prestadores de Diálisis en convenio marco con FONASA, cuyos resultados no dan cuenta del impacto global de las fiscalizaciones en la determinación y elegibilidad de los prestadores privados.

Se señala que el Sub departamento responsable del PCP se relaciona con los Servicios de Salud y Hospitales de la red, en forma periódica, para efectos de asignar cupos a pacientes que

¹²⁹ FONASA señala que junto a DIGERA se realizan reuniones periódicas a objeto de evaluar y revisar la suficiencia de la oferta de camas en el extrasistema, analizándose en conjunto diversas opciones para aumentar oferta. Sin embargo, el Programa no entregó documentación formal que pudiera dar cuenta de esta coordinación, ni de oferta de camas en el extrasistema.

se benefician con el PCP y a su vez, para recibir por parte de éstos, las demandas insatisfechas asociadas a los diferentes componentes.

Se evalúa que esta relación se da de diferente forma según componente:

- Diálisis: la entrega de los nuevos cupos solicitados se coordina con la instancia en los hospitales encargada de la derivación de pacientes que requieren diálisis.
- Camas: la coordinación la efectúa directamente la UGCC con los establecimientos del SNSS y FONASA se coordinaría directamente con la UGCC.
- AUGE: no se ha logrado establecer ningún nivel de coordinación entre el sub departamento y los niveles locales hospitalarios o de los SS.¹³⁰
- Otros convenios: se asignan cupos a los diferentes SS quienes gestionan su uso a nivel local. La jefatura del Dpto. de Comercialización se reúne periódicamente con los SS para revisión de requerimientos en diferentes ámbitos del PCP.

Se concluye por tanto, que los mecanismo de coordinación entre los diferentes actores que se relacionan con el PCP de FONASA, MINSAL y SS pudiera ser optimizada.

Gestión y coordinación con programas relacionados:

La relación comercial con prestadores privados no la realiza exclusivamente FONASA, sino aquella también la establecen los Hospitales y SS. Para ello pueden utilizar en los casos en que sea pertinente, los Convenios Marco establecidos por el FONASA¹³¹; situación que ocurre por ejemplo con el componente Camas; en otros casos, establecen convenios a través de licitaciones públicas con prestadores privados, sean institucionales o individuales. Todo ello con el objeto de cumplir con programas o metas convenidas con o establecidas por el Nivel Central y cubrir la demanda insatisfecha de los pacientes que son de su responsabilidad.

Esta evaluación ha permitido cuantificar en términos financieros la compra que realiza FONASA a través del PCP así como aquella que realizan los SS principalmente para prestaciones camas integrales (componente 2) y aquellas asociadas a componente AUGE (componente 3), concluyéndose que los montos asociados en ambos tipos de compra son semejantes. Dado que

¹³⁰ En el Flujograma que describe el proceso para AUGE entregado por la contraparte del FONASA se señala para este componente como entrada, "Información de Insuficiencia de oferta pública desde Gestión Comercial Públicos o Redes Asistenciales"; sin embargo, la encargada del Programa AUGE a nivel de la DIGERA del MINSAL no conoce de información que sea entregada a ese sub departamento relativa a insuficiencia de oferta pública para AUGE. El MINSAL lleva un seguimiento muy sistemático y periódico de los pacientes AUGE y el cumplimiento de sus garantías de acceso y oportunidad a través de un sistema informatizado y en red con toda la red pública, sin embargo, no se conoce que esta información sea puesta a disposición del FONASA para efectos del PCP.

¹³¹ Según la definición entregada en el Portal Mercadopublico.cl, "Los convenios marco son una modalidad de licitación en la que se establecen precios y condiciones de compra para bienes y servicios, durante un período de tiempo definido. Éstos se disponen en un Catálogo Electrónico de Productos y Servicios para que los organismos públicos accedan a ellos directamente, pudiendo emitir una orden de compra directamente a los proveedores pre-licitados, acortando los procesos de compra".

se refieren al mismo tipo de compra, se concluye que en ambas actividades en los componentes señalados se superponen y existe una duplicidad de actividades; esto aun teniendo en cuenta que en el caso AUGE, FONASA tiene la facultad de compra una vez vencida y reclamada la garantía de oportunidad. A juicio del Panel, no existe una coordinación entre estas que garantice un óptimo modelo de gestión de los recursos destinados a estos efectos, tal como fuera planteado previamente en este documento, en la que se destinen los recursos para satisfacer la necesidades de los beneficiarios antes de que se venzan las garantías de oportunidad.

Los siguientes son antecedentes complementarios en torno a la resolución de brechas:

1. El MINSAL a través de la DIGERA¹³², orienta su actuar en pos de fortalecer la red pública y facilitar la resolución de la insuficiente oferta dentro del propio sector.

Es así como para el caso de AUGE, la DIGERA toma conocimiento de los pacientes que están con garantías de oportunidad por vencer y los deriva a través de “redes de derivación” en la cual los pacientes son derivados dentro de esas redes; complementariamente a esto existen las denominadas “macro redes”, las que incorporan establecimientos de diferentes SS. Junto con ello se promueve y gestiona la inversión en equipamiento e infraestructura así como la disponibilidad de recursos humanos que otorgue a la red pública una mayor capacidad de oferta y resolutivez. En el caso de Diálisis, se ha promovido la inversión en infraestructura para dotar en forma creciente a los SS de centros de diálisis y así poder ir prescindiendo de la compra a privados; al momento presente FONASA entrega información que establece que un 12% de las diálisis se realizan en la red pública. En cuanto a las camas hospitalarias (atingentes al componente 2 y parcialmente al 4), hay una política de inversiones para nuevos establecimientos de salud¹³³ y un modelo de gestión orientados a dar el mejor uso a este recurso, estrategias cuya evaluación y cuantificación de impacto no es conocida por el Panel.

Un importante argumento adicional para promover la resolución dentro de la red pública dice relación con la continuidad de la atención y cuidado del paciente, tal como se explicitara previamente a partir de los antecedentes revisados; es decir, el paciente atendido fuera de la red, en un prestador privado para resolver un aspecto puntual de su atención, altera el esperado proceso de atención, resultando muchas veces esta atención inoportuna, extemporánea o inadecuada, con la consecuente pérdida de recursos, por ejemplo cuando los resultados de exámenes o procedimientos efectuados a un paciente no son conocidos por ambos prestadores (público y privado) se deben repetir..¹³⁴

¹³² Este análisis de contexto se realiza incorporando los antecedentes aportados por la Encargada del Programa AUGE del MINSAL.

¹³³ Ver antecedentes previos en este documento.

¹³⁴ Existe una deficiente información entregada a prestadores públicos según se ha evidenciado a través de encuestas realizadas por la UGCC. Se señala como ejemplo el siguiente caso: Paciente recibe parte de su tratamiento por un cáncer en establecimiento privado, que pudiera incluso estar geográficamente alejado de la red pública a la cual pertenece el paciente; las eventuales complicaciones derivadas de dicho tratamiento, efectos adversos, complementación con otros tratamientos y controles posteriores, deben realizarse sin embargo en la red pública, generándose una desinformación que disminuye la calidad de la atención tanto en el prestador privado como en la red pública.

El FONASA establece convenios con los SS y/o establecimientos del SNSS a través del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) para la realización de una determinada cartera de servicios con determinados niveles de producción. En esta negociación, los establecimientos incorporan como parte de su producción, la compra de prestaciones a entidades privadas para complementar la oferta de que disponen; el FONASA hace la transferencia de recursos con los aranceles PPV de acuerdo al cumplimiento de las metas de producción.

Cabe entonces considerar la alternativa que la insuficiente oferta que en determinado momento no pueda ser resuelta en su totalidad por la red de establecimientos públicos, sea provista a través de la complementación público privada, con la gestión que realice el Gestor de Red de cada SS o por cada establecimiento hospitalario, para los casos de los establecimientos auto gestionados en red (EAR) y experimentales, los que tiene la facultad de establecer dichos convenios.

El mecanismo a utilizar puede ser el existente actualmente, el cual es a través de las transferencias PPV entregadas por el FONASA en los convenios que con cada entidad se definen anualmente y que son revisados periódicamente en el cumplimiento de las metas de producción.

Sin perjuicio que el FONASA tiene como parte de sus atribuciones la compra a privados, el Panel considera que resulta consistente con las actuales normativas legales y el rol del Gestor de Red en el SNSS¹³⁵, que la complementariedad público – privada se dé a través de los SS y sus establecimientos; de este modo se facilita la continuidad en la atención a través de una coordinación más directa en la derivación de pacientes, facilita la identificación de las prestaciones con brechas de oferta y potencia las políticas de descentralización.

Una excepción a esta modalidad pudiera ser el caso del componente 1, donde existe una adecuada cobertura. Para el caso del componente 2 camas integrales, la gestión que realiza la UGCC es evaluada positivamente por el Panel, en el entendido de que ésta responde a una situación de transición hasta que se logre la puesta en marcha de las camas que se incorporan a la red pública a través de los proyectos de inversión.

Una derivada de importancia en la presente evaluación, es que el análisis respecto de los recursos que globalmente se destinan a la compra de prestaciones de salud a privados y su impacto, necesariamente debiera incluir la compra que realizan los establecimientos y SS, dada la relevancia que estos tienen¹³⁶.

¹³⁵ La Ley 19.937 promulgada el año 2004 establece entre otros la estructura y funciones de los organismos del Estado en el Sector Salud y estructuración de las redes asistenciales: "Artículo 16 bis.- La Red Asistencial de cada servicio de salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población. La Red Asistencial de cada servicio de salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población creándose la figura del "Gestor de Red"

¹³⁶ Ver capítulo sobre economía en el documento Informe Final de esta evaluación.

2. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

La asignación presupuestaria para cada uno de los componentes del programa es básicamente sobre la base de su comportamiento histórico complementado con una estimación de necesidades¹³⁷. En general, el criterio de asignación del presupuesto entre regiones y componentes es función de la demanda efectiva teniendo esto, por supuesto, como restricción la cantidad de recursos disponibles.

Las modalidades de pagos de FONASA a los prestadores privados son tres:

1. Compra por convenio marco.
2. Compra por licitación pública.
3. Compra por convenio trato directo.

Para cada una de estas modalidades el canal de entrada proviene de la detección de una insuficiencia de oferta del Sistema Público de Salud, detectado e informado desde la Subsecretaría de Redes y/o FONASA a través de Gestión Comercial Público a Gestión Comercial Privado solicitando disponibilidad de oferta privada para las prestaciones requeridas.

La secuencia para la elección de la modalidad de compra es primero compra por Convenio Marco. Si esta alternativa no está disponible o no es aplicable, entonces se evalúa la posibilidad de compra por licitación. El trato directo debiera a juicio del Panel quedar sólo para aquellos casos puntuales en que los resultados de una negociación directa pudieran ser más eficientes que la licitación (casos de pocos prestadores privados en una determinada región del país, donde los precios de las ofertas pueden ser desorbitados)¹³⁸.

Se observa que en el caso del componente Bono AUGE un porcentaje importante de las compras se realiza mediante convenio trato directo, a pesar que según la legislación¹³⁹ este debería ser un mecanismo excepcional. Si bien todos los convenios establecidos por esta modalidad fueron fundamentados bajo el alero de las causales establecidas en la Ley de Compras que se consignan en los convenios.

El cuadro siguiente muestra para Bono AUGE el gasto devengado para cada una de las modalidades de compra utilizadas para este componente en los años 2011 y 2012. Se puede observar que la compra sin licitación corresponde a 72 y 36 por ciento en los años 2011 y 2012, respectivamente, lejos de montos que permitan calificarlos como un mecanismo excepcional.

¹³⁷ En este sentido, el componente que tiene una mayor predictibilidad es Diálisis.

¹³⁸ Ver análisis de eficiencia.

¹³⁹ Para compras bajo la modalidad convenio por trato directo son condiciones necesarias para su implementación que no exista convenio marco y que se cumpla al menos una de las condiciones establecidas en el DS 250 de 2004.

Cuadro N° 43
Número de Atenciones y Gasto Devengado por Modalidad de Compra Bono AUGE
(M\$ 2013)

Modalidad de Compra	Total 2011		Total 2012	
	Nº de prestaciones	Suma de Monto Total	Nº de prestaciones	Suma de Monto Total
Convenio Marco	1.940	1.241.373	822	873.450
Resolución 30 Abril	1.841	1.264.919	0	0
Resolución Trato Directo¹⁴⁰	1.673	1.956.356	444	486.717
Total general	5.454	4.462.648	1.266	1.360.168

Fuente: FONASA

Si bien aumenta en forma importante la compra por convenio marco, sigue siendo alta la compra sin licitación. Una razón clave para esto parece ser a juicio de FONASA la incapacidad de Mercado Público para satisfacer la demanda de licitaciones de este tipo.

Por otro lado, la modalidad de compra para los componentes Diálisis y Camas UGCC se ha realizado casi completamente mediante la modalidad de compra por convenio marco. Más aún, en el caso de Diálisis las licitaciones se hacen con un precio ya establecido. Como se señala anteriormente la razón para ello es el poder monopsonico que tiene el PCP con este componente. El panel evalúa positivamente las licitaciones con precio establecido ya que disminuyen las posibilidades de colusión de los prestadores privados y, en la medida que el precio es establecido adecuadamente, permite obtener el servicio con un estándar de calidad mínimo al menor costos posible.

En el caso de Día cama UGCC la dispersión de precios observadas en las ofertas de los prestadores privados adjudicados, con precios significativamente más altos en algunas clínicas de provincia, sugieren licitaciones insuficientemente competitivas.

A juicio del panel sería conveniente realizar un estudio que analice los procesos de licitación y establecimiento de convenios marco con el objetivo de optimizar su diseño y aumentar el grado de competencia del proceso.

¹⁴⁰ Esta modalidad es equivalente al trato directo, el cual es autorizado a través de dicha resolución.

3. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

No existe un sistema de indicadores diseñados para el programa que haya estado en operación durante el período de evaluación del Programa, lo cual, evidentemente, hace más difícil el seguimiento y evaluación del Programa.

El Programa utiliza como principal instrumento de seguimiento una base de datos Excel para cada uno de los componentes 1, 2 y 3 y una base de datos Excel para cada uno de los prestadores privados que ofrecen el componente 4, las que se analizan en forma conjunta con la información del departamento de Contabilidad. Esta información es entregada a los Departamentos de Control de Gestión y de Estudios para desempeñar sus funciones.

Las bases de datos son heterogéneas en su diseño, incluyendo cantidades distintas de información para cada una de las prestaciones realizadas. El uso de estas bases tiene como objetivo básico la gestión contable y financiera del Programa. La información generada no permite el seguimiento y evaluación del Programa, ni tampoco permite cuantificar los indicadores de la Matriz de Marco Lógico.

El programa no cuenta con línea base y, de acuerdo a la información disponible, tampoco cuenta con un conjunto de indicadores que permitan evaluar el grado en que se logran sus objetivos.

De acuerdo a la información proporcionada no se han realizado evaluaciones del Programa que sea de utilidad para esta evaluación.

A juicio del Panel urge el desarrollo de un sistema de información integral que permita el seguimiento y evaluación regular del Programa, incluyendo la generación de información para cuantificar los indicadores de la Matriz de Marco Lógico, especialmente los de oportunidad en las prestaciones, de forma tal de aplicar rápidamente medidas correctivas en caso que sea necesario.

ANEXO 4: ANALISIS DE GÉNERO

CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO								
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA					RECOMENDACIONES
Nombre Programa	Producto Estratégico Asociado ¿Aplica Enfoque de Género? (PMG)	Objetivo del Programa	¿Corresponde incorporación Enfoque de Género en el Programa según evaluación? ¿Por qué?	¿Se debió incorporar en definición de población objetivo? No	¿Se debió incorporar en definición de propósito o componente? No	¿Se debió incorporar en provisión del servicio? No	¿Se debió incorporar en la formulación de indicadores? No	
				¿Se incorpora? No	¿Se incorpora? No	¿Se incorpora? No	¿Se incorpora? No	
			Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente		
Compra Privados - FONASA	Plan de Salud	"Reducir la brecha de demanda oferta a través de la compra a privados de prestaciones prioritizadas de salud que genera la insuficiente oferta del sector público, mejorando la oportunidad en la entrega de éstas".	No corresponde el Enfoque de Género en este Programa, dadas las prestaciones entregadas, en las que no existe diferenciación de género. En los casos del Componente AUGE, el Plan de Salud ya lo incorpora en sus definiciones.	No	No	No	No	
				No	No	No	No	
				No	No	No	No	

ANEXO 5

FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS

Instrucciones generales

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2013, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la siguiente tabla:

Año	Factor
2009	1,111
2010	1,095
2011	1,060
2012	1,029
2013	1,000

I. Información de la institución responsable del programa, período 2009-2013
(en miles de pesos año 2013)

1.1. Presupuesto y gasto devengado (1)

Se debe señalar el total de presupuesto y gasto (2) correspondiente a la institución responsable de la ejecución del programa en evaluación (Subsecretaría, Servicio, Dirección, según corresponda) , en los ítemes de: (i) personal, ii) bienes y servicios de consumo, iii) inversión, iv) transferencias y v) otros.

Corresponde al presupuesto inicial aprobado en la Ley de Presupuestos del año respectivo.

Notas:

(1) Gasto devengado corresponde a todos los recursos y obligaciones en el momento que se generen, independientemente de que éstas hayan sido o no percibidas o pagadas. (Fuente: Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación - Oficio C.G.R. N° 60.820, de 2005).

(2) Ver capítulos XI, XIV y XV de documento "Notas Técnicas", División de Control de Gestión, DIPRES 2009; en http://www.dipres.gob.cl/572/articles-22557_doc_pdf.pdf

Cuadro N°1
Presupuesto Inicial y Gasto Devengado de la Institución Responsable del Programa
(en miles de pesos año 2013)

Observación para completar el Cuadro: Complete sólo cada categoría de presupuesto y gasto, pues los totales y porcentajes se calcularán automáticamente.

AÑO 2009	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 10.438.224	\$ 13.753.698	132%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 22.482.531	\$ 25.695.672	114%
Inversión	\$ 0	\$ 0	#¡DIV/0!
Transferencias	\$ 2.240.445.653	\$ 2.577.265.747	115%
Otros (Identificar)	\$ 531.806.474	\$ 588.091.215	111%
TOTAL	\$ 2.805.172.882	\$ 3.204.806.332	114%

Fuente: Departamento de Finanzas

AÑO 2010	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 11.199.522	\$ 14.533.927	130%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 23.319.346	\$ 24.833.489	106%
Inversión	\$ 0	\$ 0	#¡DIV/0!
Transferencias	\$ 2.465.154.346	\$ 2.870.473.062	116%
Otros (Identificar)	\$ 573.768.612	\$ 588.542.233	103%
TOTAL	\$ 3.073.441.826	\$ 3.498.382.711	114%

Fuente:

AÑO 2011	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 14.159.630	\$ 14.898.289	105%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 42.499.571	\$ 24.849.516	58%
Inversión	\$ 0	\$ 0	#¡DIV/0!
Transferencias	\$ 2.796.090.199	\$ 2.991.228.233	107%
Otros (Identificar)	\$ 602.510.082	\$ 616.840.535	102%
TOTAL	\$ 3.455.259.482	\$ 3.647.816.573	106%

Fuente:

AÑO 2012	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado	
		Monto	%
Personal	\$ 14.592.782	\$ 16.308.429	112%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 35.879.548	\$ 24.602.473	69%
Inversión	\$ 0	\$ 0	#¡DIV/0!
Transferencias	\$ 3.000.765.243	\$ 3.230.399.842	108%
Otros (Identificar)	\$ 640.340.281	\$ 638.437.789	100%
TOTAL	\$ 3.691.577.854	\$ 3.909.748.533	106%

Fuente:

AÑO 2013	Presupuesto Inicial
Personal	\$ 14.882.652
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 24.194.171
Inversión	\$ 0
Transferencias	\$ 3.269.412.170
Otros (Identificar)	\$ 662.017.955
TOTAL	\$ 3.970.506.948

Fuente:

II. Información específica del Programa, periodo 2009-2013
(en miles de pesos año 2013)

2.1. Fuentes de financiamiento del Programa

Corresponde incluir las fuentes de financiamiento del programa, sus montos (presupuesto) y porcentajes respectivos.

Si no se cuenta con información de presupuesto para alguno de los ítemes, incluir información de gastos, explicitando esto en una nota al pie del cuadro.

Las fuentes a considerar son las que se describen a continuación:

1) Fuentes presupuestarias:

Corresponden al presupuesto asignado en la Ley de Presupuestos de los respectivos años.

(a) Asignación específica al Programa: es aquella que se realiza con cargo al presupuesto asignado a la institución responsable mediante la Ley de Presupuestos del Sector Público.

(b) Asignación institución responsable: son los recursos financieros aportados al Programa por la institución responsable del mismo y que están consignados en la Ley de Presupuestos en el ítem 21 "Gastos en Personal", ítem 22 "Bienes y Servicios de Consumo", ítem 29 "Adquisición de Activos No Financieros" u otros, del presupuesto de dicha institución responsable. Ver clasificadores presupuestarios en documento "Instrucciones para Ejecución del Presupuesto del Sector Público" en www.dipres.gob.cl/572/propertyvalue-2129.html

(c) Aportes en Presupuesto de otras instituciones públicas: son los recursos financieros incorporados en el presupuesto de otros organismos públicos (Ministerios, Servicios y otros), diferentes de la institución responsable del programa. Corresponderá incluir el detalle de dichos montos identificando los organismos públicos que aportan.

2) Fuentes Extrapresupuestarias:

Son los recursos financieros que **no provienen** del Presupuesto del Sector Público, tales como: aportes de Municipios, organizaciones comunitarias, los propios beneficiarios de un programa, sector privado o de la cooperación internacional. Corresponderá elaborar las categorías necesarias e incluir el detalle de los montos provenientes de otras fuentes de financiamiento, identificando cada una de ellas.

Cuadro Nº2
Fuentes de financiamiento del Programa (en miles de pesos año 2013)

Observación para completar el Cuadro: Complete sólo cada categoría, pues los totales, porcentajes y variaciones se calcularán automáticamente.

Fuentes de Financiamiento	2009		2010		2011		2012		2013		Variación 2007-2011
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestarias	\$ 70.279.124	100%	\$ 70.660.615	100%	\$ 123.469.582	100%	\$ 117.741.592	100%	\$ 134.687.177	100%	92%
1.1. Asignación específica al Programa	\$ 70.105.705	100%	\$ 70.512.219	100%	\$ 123.210.993	100%	\$ 117.465.565	100%	\$ 134.687.177	100%	92%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	\$ 173.419	0%	\$ 148.396	0%	\$ 258.589	0%	\$ 276.027	0%	\$ 0	0%	-100%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	#¡DIV/0!
2. Extrapresupuestarias	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	#¡DIV/0!
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	#¡DIV/0!
Total	\$ 70.279.124		\$ 70.660.615		\$ 123.469.582		\$ 117.741.592		\$ 134.687.177		92%

Fuente:

II. Información específica del Programa, período 2009-2013
(en miles de pesos año 2013)

A. Información del Programa asociada a recursos provenientes de asignación específica.

2.2 Información presupuestaria del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable

En la primera columna, se incluye los montos del presupuesto inicial de la Institución Responsable, considerando la totalidad de los recursos institucionales. Las cifras de este cuadro coinciden con los totales anuales del Cuadro N°1 "Presupuesto inicial y gasto devengado de la Institución Responsable del Programa".

En la segunda columna, se incluye los montos del presupuesto inicial del Programa, sólo provenientes de la asignación específica al programa y de la asignación de la institución responsable. Las cifras coinciden con la suma de los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°2 "Fuentes de Financiamiento del Programa".

Cuadro N°3

Porcentaje del Presupuesto Inicial del Programa en relación al presupuesto inicial del Servicio Responsable (en miles de pesos año 2013)

Observación: este cuadro se completa automáticamente ya que se alimenta de la información proveniente de los cuadros 1 y 2 anteriores.

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa	% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable
2009	\$ 2.805.172.882	\$ 70.279.124	3%
2010	\$ 3.073.441.826	\$ 70.660.615	2%
2011	\$ 3.455.259.482	\$ 123.469.582	4%
2012	\$ 3.691.577.854	\$ 117.741.592	3%
2013	\$ 3.970.506.948	\$ 134.687.177	3%

Fuente:

II. Información específica del Programa, Período 2009-2013
(en miles de pesos año 2013)

2.3. Presupuesto inicial y gasto devengado del Programa

Se debe señalar el total de presupuesto y gasto del programa en evaluación, desagregado en los ítemes de: (i) personal, (ii) bienes y servicios de consumo, (iii) inversión, y (v) otros, los que se pide identificar. En la medida que esto no sea posible, por estar algunos o la totalidad de estos ítemes en clasificaciones presupuestarias más amplias, se debe realizar la estimación correspondiente, asumiendo el programa respectivo como un Centro de Costos (adjuntar anexo de cálculo y supuestos de dicha estimación).

En la segunda columna, corresponde incluir los montos del presupuesto inicial del Programa, sólo provenientes de la asignación específica al programa y de la asignación de la institución responsable (Las cifras deben coincidir con la suma de los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°2).

El gasto devengado corresponde a todos los recursos y obligaciones en el momento que se generen, independientemente de que éstas hayan sido o no percibidas o pagadas (1). La información contenida en este punto debe ser consistente con la del Cuadro N°5 "Gasto Total del Programa", en lo que se refiere a la columna de gasto devengado del presupuesto inicial.

Nota: (1) Fuente: Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación - Oficio C.G.R. N° 60.820, de 2005.

Cuadro N°4
Presupuesto Inicial y Gasto Devengado
(en miles de pesos año 2013)

Observación para completar el Cuadro: Complete sólo cada categoría de presupuesto y gasto, pues los totales y porcentajes se calcularán automáticamente.

AÑO 2009	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 161.807	\$ 161.806	100%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 70.105.705	\$ 101.443.536	145%
Inversión	\$ 0	\$ 0	#DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 11.613	\$ 11.317	97%
Total	\$ 70.279.124	\$ 101.616.659	145%

Fuente:

AÑO 2010	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 139.371	\$ 138.013	99%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 70.512.219	\$ 105.376.413	149%
Inversión	\$ 0	\$ 0	# DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 9.025	\$ 7.890	87%
Total	\$ 70.660.615	\$ 105.522.316	149%

Fuente:

AÑO 2011	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 248.524	\$ 248.524	100%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 123.210.993	\$ 115.964.352	94%
Inversión	\$ 0	\$ 0	# DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 10.065	\$ 9.445	94%
Total	\$ 123.469.582	\$ 116.222.321	94%

Fuente:

AÑO 2012	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado del Presupuesto	
		Monto	%
Personal	\$ 272.685	\$ 269.914	99%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 117.465.565	\$ 129.193.162	110%
Inversión	\$ 0	\$ 0	# DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 3.342	\$ 3.326	100%
Total	\$ 117.741.592	\$ 129.466.403	110%

Fuente:

AÑO 2013	Presupuesto Inicial
Personal	\$ 0
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 134.687.177
Inversión	\$ 0
Otros (Identificar)	\$ 0
Total	\$ 134.687.177

Fuente:

II. Información específica del Programa, período 2009-2012
(en miles de pesos año 2013)

B. Información específica del Programa asociada a todos los recursos con que cuenta

2.4 Gasto Total del Programa

En este cuadro se debe incluir el total de gasto por año del Programa, incluídos aquellos con cargo a los recursos aportados por otras instituciones públicas o provenientes de "Fuentes Extrapresupuestarias" (2.1. otras fuentes), señaladas en el cuadro N° 2.

En la primera columna, corresponde incluir el **gasto devengado del presupuesto asignado** en la Ley de Presupuestos. En otras palabras, este gasto es el financiado con los recursos consignados en los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°2 "Fuentes de Financiamiento del Programa" y presentado en la primera columna del Cuadro 4.

En la segunda columna, corresponde incluir los **gastos con cargo a recursos aportados por otras instituciones públicas o privadas** (puntos 1.3. y 2.1 del cuadro N°2 "Fuentes de Financiamiento del Programa").

En la tercera columna, el monto **total de gasto del programa** para cada año deberá ser igual al monto total del Cuadro N°8 "Gastos de Administración del Programa y de Producción de los Componentes del Programa" del respectivo año.

Cuadro N°5
Gasto Total del Programa
(en miles de pesos año 2013)

Observación para completar el Cuadro: Complete sólo las celdas de la segunda columna "Otros gastos". La columna "Gasto Devengado del Presupuesto" se completa automáticamente con la información del cuadro N° 4. El total se calculará automáticamente.

AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto	Otros Gastos	Total Gasto del Programa
2009	\$ 101.616.659	\$ 0	101616659,2
2010	\$ 105.522.316	\$ 0	105522315,7
2011	\$ 116.222.321	\$ 0	116222320,7
2012	\$ 129.466.403	\$ 0	129466402,9

Fuente:

II. Información específica del Programa, período 2009-2012
(en miles de pesos año 2013)

En este cuadro se debe incluir el total de gasto por año del Programa, incluídos aquellos con cargo a los recursos aportados por otras instituciones públicas o provenientes de las otras fuentes señaladas en el cuadro N° 2 (ingresos obtenidos, aportes privados, etc.) y presentado en la tercera columna del Cuadro 5. Se requiere desagregar en los subtítulos presupuestarios de: (i) personal, (ii) bienes y servicios de consumo, (iii) inversión, y (v) otros, los que se piden identificar. En la medida que esto no sea posible, por estar algunos o la totalidad de estos ítemes en clasificaciones presupuestarias más amplias, se debe realizar la estimación correspondiente, asumiendo el programa respectivo como un Centro de Costos (adjuntar anexo de cálculo y supuestos de dicha estimación).

2.5 Gasto Total del Programa, desagregado por Subtítulo

Observación para completar el Cuadro: Complete sólo cada categoría de gasto, pues los totales y porcentajes se calcularán automáticamente.

Cuadro N°6
Gasto Total del Programa, desagregado por Subtítulo
(en miles de pesos año 2013)

AÑO 2009	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 161.806	0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 101.443.536	100%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 11.317	0%
Total	\$ 101.616.659	100%

Fuente:

AÑO 2010	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 138.013	0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 105.376.413	100%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 7.890	0%
Total	\$ 105.522.316	100%

Fuente:

AÑO 2011	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 248.524	0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 115.964.352	100%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 9.445	0%
Total	\$ 116.222.321	100%

Fuente:

AÑO 2012	Gasto Total del Programa	%
Personal	\$ 269.914	0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 129.193.162	100%
Inversión	\$ 0	0%
Otros (Identificar)	\$ 3.326	0%
Total	\$ 129.466.403	100%

Fuente:

II. Información específica del Programa, período 2009-2012
(en miles de pesos año 2013)

2.6 Gasto de producción de los Componentes del Programa

Se debe señalar el monto total de gastos involucrados en la producción de cada componente del programa (1). En los casos que corresponda se debe hacer la desagregación por región.

Los gastos de producción de los componentes del programa son aquellos directamente asociados a la producción de los bienes y/o servicios (componentes) del programa, tales como pago de subsidios, becas, prestaciones de salud, etc. (1)

Nota:

(1) Ver capítulos XI, XIV y XV de documento "Notas Técnicas", División de Control de Gestión, DIPRES 2009; en http://www.dipres.gob.cl/572/articulos-22557_doc.pdf

Cuadro N°7
Gasto de producción de los Componentes del Programa
(en miles de pesos año 2013)

Observación para completar el Cuadro: Complete sólo las celdas con los montos de gastos de cada componente por región, pues los totales se calcularán automáticamente.

AÑO 2009	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1															\$ 14.523.460	\$ 14.523.460
Componente 2															\$ 86.920.076	\$ 86.920.076
Componente ...																\$ 0
Componente N																\$ 0
Total	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 101.443.536	\$ 101.443.536

Fuente:

AÑO 2010	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1															\$ 5.861.298	\$ 5.861.298
Componente 2															\$ 90.260.499	\$ 90.260.499
Componente ...															\$ 9.254.616	\$ 9.254.616
Componente N																\$ 0
Total	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 105.376.413	\$ 105.376.413

Fuente:

AÑO 2011	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1															\$ 4.044.874	\$ 4.044.874
Componente 2															\$ 93.045.196	\$ 93.045.196
Componente ...															\$ 12.249.390	\$ 12.249.390
Componente N															\$ 6.624.891	\$ 6.624.891
Total	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 115.964.352	\$ 115.964.352

Fuente:

AÑO 2012	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bio Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1															\$ 4.014.771	\$ 4.014.771
Componente 2															\$ 103.731.045	\$ 103.731.045
Componente ...															\$ 20.087.175	\$ 20.087.175
Componente N															\$ 1.360.171	\$ 1.360.171
Total	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 129.193.162	\$ 129.193.162

Fuente:

II. Información específica del Programa, período 2009-2012
(en miles de pesos año 2013)

2.7 Gastos de administración del Programa y gastos de producción de los Componentes del Programa

Corresponde señalar el desglose del gasto total del programa (incluidas todas las fuentes de financiamiento) en: (i) gastos de administración y (ii) gastos de producción de los componentes del programa.

Los **gastos de administración** se definen como todos aquellos desembolsos financieros que están relacionados con la generación de los servicios de apoyo a la producción de los componentes, tales como contabilidad, finanzas, secretaría, papelería, servicios de luz, agua, etc. (1).

Como se señaló anteriormente, los **gastos de producción** corresponden a aquellos directamente asociados a la producción de los bienes y/o servicios (componentes) del programa, tales como pago de subsidios, becas, prestaciones de salud, etc. (1).

Las cifras para cada año de la columna **gastos de producción de los componentes** deben coincidir con las cifras totales anuales del Cuadro N°7 "Gasto de Producción de los Componentes del Programa."

Nota:

(1) Para aclarar la definición de "Gastos de Administración" y "Gastos de Producción" se sugiere revisar el capítulo XV de documento "Notas Técnicas", División de Control de Gestión, DIPRES, 2009; en http://www.dipres.gob.cl/572/articulos-22557_doc_pdf.pdf

Cuadro N°8

Gastos de administración y gastos de producción de los Componentes del Programa
(en miles de pesos año 2013)

Observación para completar el Cuadro: Complete sólo las celdas con los montos de gastos de cada año, pues el total se calculará automáticamente.

AÑO	Gastos de administración	Gastos de producción de los Componentes	Total Gasto del Programa
2009	\$ 173.124	\$ 101.443.536	\$ 101.616.659
2010	\$ 145.903	\$ 105.376.413	\$ 105.522.316
2011	\$ 257.969	\$ 115.964.352	\$ 116.222.321
2012	\$ 273.241	\$ 129.193.162	\$ 129.466.403

Fuente:

ANEXO 6

Tabla extraída de base de datos SIGFE de Servicios de Salud (año 2012; pesos nominal)

Suma de Devengado	componente			
Institución	componente 1	componente 2	componente 4	Total general
20 Servicio de Salud Arica	198		672.180	672.378
21 Servicio de Salud Iquique	0	0	1.083.243	1.083.243
22 Servicio de Salud Antofagasta	12.178	765	1.975.725	1.988.667
23 Servicio de Salud Atacama	145	3.367	611.643	615.154
24 Servicio de Salud Coquimbo	28.074	27.619	941.969	997.662
25 Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio	28.741	86.144	2.414.933	2.529.818
26 Servicio de Salud Viña Del Mar - Quillota	61.862	28.323	4.061.867	4.152.052
27 Servicio de Salud Aconcagua	32.761	3.675	1.238.762	1.275.198
28 Servicio de Salud Libertador General Bernardo O'Higgins		21.600	2.489.637	2.511.237
29 Servicio de Salud Maule	21.073	550.735	4.495.226	5.067.034
30 Servicio de Salud Nuble	44	3.666	3.269.527	3.273.237
31 Servicio de Salud Concepción	152.326	302.391	2.993.733	3.448.450
32 Servicio de Salud Talcahuano		15.292	1.574.511	1.589.803
33 Servicio de Salud Bio Bio	721		1.169.109	1.169.831
34 Servicio de Salud Arauco			704.282	704.282
35 Servicio de Salud Araucanía Norte		116.606	363.073	479.678
36 Servicio de Salud Araucanía Sur			3.961.158	3.961.158
37 Servicio de Salud Valdivia	850	3.066	1.430.114	1.434.030
38 Servicio de Salud Osorno	779	1.010	1.819.631	1.821.420
39 Servicio de Salud del Reloncaví		17.442	1.982.116	1.999.558

40 Servicio de Salud Aysén Del General Carlos Ibáñez del Campo	14.992		655.108	670.100
41 Servicio de Salud Magallanes	416.928		840.231	1.257.159
42 Servicio de Salud Metropolitano Oriente	59.780	19.947	9.821.066	9.900.792
43 Servicio de Salud Metropolitano Central	222.269	0	8.772.384	8.994.653
44 Servicio de Salud Metropolitano Sur	80.612	1.573.353	4.466.210	6.120.175
45 Servicio de Salud Metropolitano Norte	2.306	2.299.506	4.267.150	6.568.963
46 Servicio de Salud Metropolitano Occidente	433.746	484.871	4.196.347	5.114.964
47 Servicio de Salud Metropolitano Sur - Oriente	221.685	383.828	5.328.496	5.934.009
50 Hospital Padre Alberto Hurtado	52.416		1.355.630	1.408.045
51 Centro de Referencia de Salud Maipú		0	1.510.612	1.510.612
52 Centro de Referencia de Salud Peñalolén Cordillera Oriente			607.348	607.348
53 Servicio de Salud Chiloé	79.524	13.401	619.458	712.383
Total general	1.924.012	5.956.605	81.692.477	89.573.093

Extracto de Base de Datos SS

Indicación de Subtítulo; ítem; asignación; sub asignación; Específico; valor de devengo

Formato Valores	Institución	Área	Sub Titulo	Ítem	Asignación	Sub Asignación	Específico	Devengado	componente
Miles	21 Servicio de Salud Iquique	003 Hospital de Iquique	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	001 Compra De Servicios Médicos De Diálisis	. .	1.378	componente 1
Miles	29 Servicio de Salud Maule	001 Dirección del Servicio	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	014 Otras Compras De Servicios Y Convenios	01 Compras de Camas al Extrasistema Camas Criticas	271	componente 2
Miles	27 Servicio de Salud Aconcagua	002 Hospital San Camilo de San Felipe	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	003 Compra Intervenciones Quirúrgicas	03 Compra Intervenciones Quirúrgicas Clínicas	1.863	componente 4
Miles	23 Servicio de Salud Atacama	005 Hospital de Vallenar	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	003 Compra Intervenciones Quirúrgicas	02 Compra Intervenciones Quirúrgicas Intrahospitalarias Con Personal Externo	333	componente 4
Miles	43 Servicio de Salud Metropolitano Central	003 Hospital Clínico San Borja Arriaran	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	016 Compra De Consultas	01 Medicas	150.000	componente 4
Miles	40 Servicio de Salud Aysen Del General Carlos Ibanez del Campo	001 Dirección del Servicio	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	016 Compra De Consultas	02 No Medicas (Otros Profesionales De Salud)	50.000	componente 4

Extracto de base de datos SS año 2012 pesos del año 2012

Area	SubTitulo	Item	Asignación	SubAsignación	Específico	Devengado
012 Hospital Parral	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	014 Otras Compras De Servicios Y Convenios	01 Compras de Camas al Extrasistema Camas Criticas	**4
001 Dirección del Servicio	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	014 Otras Compras De Servicios Y Convenios	01 Compras de Camas al Extrasistema Camas Criticas	271
005 Hospital de Río Negro	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	014 Otras Compras De Servicios Y Convenios	01 Compras de Camas al Extrasistema Camas Criticas	347
005 Hospital Salvador	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	014 Otras Compras De Servicios Y Convenios	01 Compras de Camas al Extrasistema Camas Criticas	350
004 Hospital Purranque	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	014 Otras Compras De Servicios Y Convenios	01 Compras de Camas al Extrasistema Camas Criticas	663
003 Hospital Luis Calvo Mackenna	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	014 Otras Compras De Servicios Y Convenios	01 Compras de Camas al Extrasistema Camas Criticas	708
002 Hospital de AntofagastG	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	014 Otras Compras De Servicios Y Convenios	01 Compras de Camas al Extrasistema Camas Criticas	765
006 Instituto Nacional del Cáncer	22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	12 Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo	999 Otros	014 Otras Compras De Servicios Y Convenios	01 Compras de Camas al Extrasistema Camas Criticas	976

** Valor no considerado

Metodología de Cálculo datos cuadro N° 31

Valor Día Cama Crítica SS

- Para el cálculo de compra por SS, se consideraron datos de Base de datos de compra por SS entregada por Ministerio de Salud,
- de la cual se filtró los datos cuyo gasto fue considerado como la compra de un día cama crítica, pues los valores no se condicen con una cantidad mayor de días, concentrándose en los valores presentados en cuadro anterior. Como muestra, se consideraron 7 de los 8 datos particulares de valor compra día Cama Crítica al Extrasistema.
- A causa del valor anual registrado, se consideró cada valor como el costo unitario de Día Cama Integral. (considerar el valor como más de un día cama es sub estimar el costo de la prestación).

- No se conoce el tipo de cama comprada, esto es UCI o UTI, por lo cual se comparó con el promedio del costo de un día cama UTI-UCI, de base de datos de PCP.
- Se actualizó los valores unitarios a pesos año 2013, tanto en el caso de compra por SS como en compra por PCP.
- Se calculó promedio de los valores unitarios actualizados, para lo cual no se consideró el dato \$ 4. por determinarse irrelevante y conducente a una sub estimación al promedio del valor unitario de un Día Cama Crítica Integral.

Valor Día Cama Crítica PCP

- EL cálculo del costo diario promedio cama crítica del programa PCP considera camas críticas UTI y UCI, y en el caso de UCI incluye lo que en la base de datos aparece como UCI y Coronaria.
Sea:

\bar{X} = Costo promedio cama crítica PCP año 2012 en \$ de 2012.

GC_i = Gasto total en cama crítica i , $i = UTI, UCI, Coronaria$, año 2012 en \$ de 2012.

N_i = Número total días pagados cama crítica i , $i = UTI, UCI, Coronaria$, año 2012.

Luego,

$$\bar{X} = \frac{GC_{UTI} + GC_{UCI} + GC_{Coronaria}}{N_{UTI} + N_{UCI} + N_{Coronaria}}$$

Finalmente, el gasto promedio se lleva a \$ de 2013 multiplicando \bar{X} por 1,029.