

**INFORME FINAL EVALUACIÓN
EN PROFUNDIDAD**

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

MINISTERIO DE SALUD

**CONSULTORA:
FACULTAD DE CIENCIAS ECON. Y ADM.
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE**

AGOSTO 2005

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
CENTRO DE MICRODATOS**

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

**Coordinador: Edmundo Beteta
Investigadores: Ignacio Astorga
Pamela Castro
Marisol Concha
Isabel Millán
César Oyarzo
Andrea Tartakowsky
Milena Vera
Marcela Weintraub
Miryam Yepes**

Santiago, 03 de Agosto de 2005

ÍNDICE VOLUMEN I

RESUMEN EJECUTIVO.....	4
I. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	
1. Descripción global del programa.....	47
1.1. Justificación del programa.....	47
1.2. Política global y/o sectorial a que pertenece el programa.....	49
1.3. Objetivos y Descripción de los Componentes del Programa.....	50
2. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación.....	82
3. Funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la unidad responsable.....	85
4. Beneficiarios de Programa.....	100
4.1. Caracterización y número de beneficiarios potenciales.....	100
4.2. Caracterización y número de beneficiarios objetivo.....	110
5. Reformulaciones del Programa.....	117
6. Programas Relacionados.....	121
II. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	
1. Diseño del Programa.....	124
1.1. Diseño del Programa y sus Componentes.....	124
1.2. Efectos de las Reformulaciones del Programa.....	130
1.3. Duplicidad de funciones con programas que tienen el mismo grupo de beneficiarios objetivo y nivel de coordinación en los casos de intervenciones complementarias.....	133
2. Organización y Gestión del Programa.....	138
2.1. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación al interior de la Institución Responsable y con otras instituciones.....	142
2.2. Criterios de focalización y selección de beneficiarios.....	151
2.3. Criterios de Asignación de Recursos, Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago.....	156
2.4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la Unidad Responsable.....	167
3. Eficacia del Programa.....	172
3.1. Resultados a nivel de Productos.....	183
3.1.1. Desempeño del Programa en cuanto a la Producción de los Componentes.....	183
3.1.2. Beneficiarios Efectivos del Programa y sus Componentes.....	208
3.1.3. Grado de Focalización del Programa.....	226
3.1.4. Calidad del Programa.....	237

3.2. Resultados Intermedios.....	277
3.3. Resultados Finales.....	318
4. Uso de Recursos.....	346
4.1. Análisis de los Antecedentes Financieros.....	346
4.2. Análisis de Aspectos relacionados con la Economía.....	357
4.3. Análisis de Aspectos relacionados con la Eficiencia.....	359
5. Mediciones Globales del Desempeño.....	370
6. Justificación de la Continuidad.....	373
7. Conclusiones.....	377
8. Recomendaciones.....	413
9. Referencias Bibliográficas.....	419

RESUMEN EJECUTIVO

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

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

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

En 1995, se establece el **Fondo de Incentivo**, orientado a fortalecer el logro de metas asociadas fundamentalmente a objetivos de mejoramiento de gestión. Para el año 2003, sus líneas de acción son: Sectorización; Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS); Sistema de registro y gestión de listas de espera; Alta Odontológica Total en niños de 6 y 12 años¹.

El Componente **Odontológico** surge el año 1995 (para mujeres jefas de hogar) como “Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar”, siendo una línea complementaria del “Programa Nacional de Habilitación Laboral para Mujeres de Escasos Recursos”, estrategia integral de apoyo coordinada por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM)². Desde el año 2002, el componente ejecutado por el

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

² Este programa tenía como objetivos: aumentar la capacidad económica de las mujeres jefas de hogar y de núcleo de escasos recursos, mejorar la calidad de vida de los integrantes del hogar y avanzar en la superación de la discriminación que las afecta. En este contexto, el componente Odontológico surge como una línea de acción destinada a promover la superación de uno de los principales problemas de salud que dificultan la inserción y permanencia de estas mujeres en el mercado del trabajo. Durante el periodo 1995-2001 el componente Odontológico funcionó bajo la lógica de estar inserto en una estrategia mayor, la cual brindaba a las mujeres un completo paquete de servicios, tales como: orientación ocupacional,

MINSAL se orienta a recuperar integralmente la salud bucal de las mujeres y hombres de escasos recursos³, jefes de hogar y trabajadores temporeros, y enfatizar acciones educativas de promoción y prevención en salud bucal para contribuir a mejorar su situación en salud y calidad de vida individual y familiar.

El Componente **IRA** se inició en el año 1990, y hasta la fecha se han implementado 502 salas IRA a lo largo de todo el país, siendo su base de acción los establecimientos de nivel primario del sistema público de salud. Su objetivo es entregar una resolución integral de las enfermedades respiratorias del niño en los establecimientos de Atención Primaria, y su oportuna derivación a especialistas en los casos que lo requiera.

El Componente **ERA** se inició el año 2001, y hasta la fecha se han implementado 165 salas ERA a lo largo de todo el país. Su objetivo es reducir la mortalidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile, para mejorar su calidad de vida.

A partir del año 2001, se inicia la implementación del Componente **Apoyo Diagnóstico**, como una estrategia complementaria a los componentes ERA e IRA. Su objetivo es contribuir al aumento de la resolutivez en el nivel primario de atención, mediante la incorporación de la radiografía simple de tórax.

El Componente **SAPU** se establece en 1990, inicialmente con el propósito de mejorar la accesibilidad y la capacidad resolutivez del nivel primario de atención para atender las demandas de atención médica inmediatas de la población, en horarios no habituales de atención. Documentos más actuales reconocen como objetivo general facilitar el acceso oportuno y equitativo de los usuarios del nivel primario de salud a la atención que otorga la red de urgencia del sistema público de salud, además de contribuir al desarrollo del modelo de salud integral con enfoque en salud familiar.

PRINCIPALES RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA⁴

La evaluación de los componentes del PRAPS indica que la mayoría de ellos presenta logros significativos desde la perspectiva de sus resultados (producción y satisfacción del consumidor, resultados intermedios e impactos), y posibilidades de mejoramiento en aspectos de diseño y gestión.

capacitación laboral, nivelación de estudios, acceso a prestaciones de salud en el marco del Plan de Salud Familiar, cuidado infantil y regularización de títulos de dominio.

³ Se refiere a personas bajo la línea de pobreza, de escaso nivel de escolaridad y principalmente pertenecientes a las familias del Programa Chile Solidario.

⁴ La evaluación del PRAPS se inició en 2004, por lo que los principales datos provenientes del sector salud comprenden hasta el año 2003. Siguiendo los Términos Técnicos de Referencia (TTR), se investigan los aspectos de diseño y gestión actualmente existentes. En la evaluación de resultados, cuando la información cuantitativa disponible en el sector salud permitió registrar productos en el tiempo, el horizonte analizado corresponde a 1999- 2003. La investigación de productos y resultados intermedios se basa principalmente en información obtenida de encuestas realizadas a fines de 2004, en las cuales se pregunta a los beneficiarios por la situación en dicho año. La evaluación de resultados finales se apoya en encuestas en el caso del componente Odontológico - las que abordan efectos para los dos últimos años – y en los componentes ERA e IRA se construyó información por agregados geográficos para todo el horizonte de implementación (modelos de panel).

1. En aspectos de diseño

1.1. Diseño del Programa y sus componentes

Este análisis se refiere a dos aspectos centrales. En primer lugar, si está bien identificado el problema que aborda el Programa. En segundo lugar, se revisó la adecuación del diseño en función del problema que se pretende solucionar, evaluando la pertinencia del modelo de causalidad. Esto último, a su vez, se analizó siguiendo la metodología del marco lógico, evaluando las definiciones existentes en el Programa y sus componentes sobre la estructura de objetivos generales, específicos y actividades. La consistencia “vertical”, por tanto, alude a la secuencia que parte del objetivo general de un Programa y llega hasta las actividades específicas, mientras la consistencia en la dimensión horizontal determina si se han diseñado los mecanismos e instrumentos (indicadores, bases de datos) para verificar el logro para cada nivel de objetivos o actividades.

En general, el PRAPS carece de una estrategia y una dirección que coordine a sus componentes, los que han ido surgiendo en distintos momentos del tiempo según la importancia otorgada por las autoridades del sector a los problemas específicos que cada uno de ellos aborda. Los componentes se han desarrollado de manera independiente entre sí, con la excepción de los referidos a enfermedades respiratorias. Esta característica del diseño del PRAPS implicó para esta investigación poner mayor énfasis en el análisis por separado de cada componente que en los aspectos transversales, tanto en los temas de diseño y gestión como en la evaluación de resultados y uso de recursos.

La mayoría de sus componentes están diseñados para dar cuenta de problemas de salud pertinentes, pero con una insuficiente definición y uso de indicadores de seguimiento y evaluación (perspectiva horizontal).

El **Fondo de Incentivo** presenta deficiencias en la identificación del problema y en la construcción de un modelo de causalidad. Se desconoce el diagnóstico concreto sobre el(los) problema(s) de eficiencia que se pretende(n) abordar y sus eventuales causas, y si los componentes específicos de cada año son en efecto los que más impactan en el logro del propósito, más aún cuando se financian incrementos en algunas metas que ya son parte de otros programas que se realizan independientemente de la existencia del Fondo⁵. El carácter heterogéneo y cambiante en el tiempo de las líneas de acción reduce la claridad de las señales que se entregan al personal, lo cual perjudica el funcionamiento del “incentivo”. La mezcla de componentes sanitarios y de gestión también dificulta la comprensión de la consistencia entre objetivos, líneas de acción y actividades (dimensión vertical).

El componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos, presenta un diseño adecuado verticalmente, es decir, las actividades de prestación de servicios dentales son pertinentes para el logro del propósito de recuperar la salud bucal de sus beneficiarios. En lo horizontal, cuenta con indicadores y medios de verificación adecuados para las principales estrategias. No obstante, desde que el componente dejó de formar parte del Programa de Habilitación Laboral de SERNAM y por tanto, devino en una intervención que entrega como único servicio a la mayoría de sus beneficiarios

⁵ La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAEB, dependiente del Ministerio de Educación implementa un Programa de Salud Bucal orientado a niños entre 6 y 12 años. Un subconjunto de estos niños están siendo priorizados también en la línea de alta odontológica total del Fondo de Incentivo.

un conjunto de prestaciones dentales, se identifica una falencia en la identificación de la pertinencia de la necesidad que se pretende satisfacer. En primer lugar, el problema de salud dental es transversal a la población y se carece de un respaldo sobre la costo efectividad de invertir en el segmento de hombres y mujeres de escasos recursos respecto a otros grupos poblacionales, o en comparación con la ampliación del presupuesto del programa odontológico general en el nivel primario⁶.

Adicionalmente, como estrategia de atención dental se pierden las posibilidades teóricas de impactar en la inserción laboral, que sí existían cuando el componente estaba inserto en una estrategia intersectorial. A juicio del equipo evaluador, el desarrollo de una estrategia integral de atención - priorizando beneficiarios del Programa Chile Solidario - que podría deducirse de los criterios de selección de beneficiarios planteados de los documentos oficiales del componente es aún incipiente. Es decir, el objetivo general actual del componente consiste en la recuperación de la salud bucal de los beneficiarios, que incluyen grupos que no necesariamente se encuentran en Chile Solidario y que constituyen la mayoría de beneficiarios efectivos. Esto se confirmó en la investigación cualitativa y en los resultados de la encuesta realizada en el marco de este estudio.

En el **Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)**, el modelo de causalidad es adecuado para el tratamiento de enfermedades agudas considerando las actividades programadas. Sin embargo, el diseño parece invariante respecto a la orientación de la “tecnología” de atención de las salas. El énfasis está puesto en las enfermedades agudas, y se desconoce si el componente ha realizado alguna readecuación de sus estrategias para que el modelo de atención incorpore los cambios ocurridos en el perfil epidemiológico del país, en particular, la importancia adquirida por las enfermedades crónicas⁷. No hay correspondencia entre cada nivel de objetivo y la medición del logro (lógica horizontal), es decir, se realiza un monitoreo diario de indicadores sanitarios en una muestra de establecimientos (centros centinela) pero se carece de un diseño y aplicación de sistemas de información para verificar otros aspectos de calidad, eficacia y eficiencia⁸.

Los mismos comentarios son aplicables al **Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)**. Por el perfil etéreo de sus beneficiarios, existe una mayor incidencia de enfermedades crónicas que en la población beneficiaria del IRA⁹, lo cual hace más pertinente evaluar la adecuación del modelo de atención – el cual replica características del IRA en cuanto a una tecnología que enfatiza el tratamiento de

⁶ En este caso, el equipo investigador considera relevante discutir el concepto de costo efectividad de la intervención dental antes de definir el grupo que será beneficiario de las prestaciones. Es decir, las autoridades debieran contar con una justificación rigurosa de que el impacto en el objetivo de salud dental de la población – relativo a sus costos – es significativo para este sector comparado con la entrega de estos mismos servicios a personas de diferentes características demográficas o socioeconómicas. De hecho, la política sectorial privilegia la atención según criterios etéreos, hacia niños de 6 y 12 años, edades que, según documentos oficiales, coinciden con hitos odontológicos avalados por evidencia científica, diagnósticos epidemiológicos, normas odontológicas y la Política de Salud Bucal del Ministerio de Salud (MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria, 2003c).

⁷ Los encuestados por este estudio reportaron que el 38% de los beneficiarios de las salas IRA padecerían de alguna enfermedad crónica.

⁸ El equipo evaluador no tuvo acceso al detalle y la desagregación de la información que es reportada por los centros centinela.

⁹ Los encuestados por este estudio reportaron que el 79% de los beneficiarios de las salas ERA padecerían de alguna enfermedad crónica.

enfermedades agudas- para contribuir a una estrategia integral que anticipe la continuidad del cuidado que dicho grupo de usuarios requiere.

El Componente Apoyo Diagnóstico carece de una justificación de la pertinencia del componente como una estrategia de compra específica de radiografías de tórax. Es relevante el propósito de financiar un diagnóstico oportuno de enfermedades respiratorias, pero falta respaldar las ventajas de desarrollar esta iniciativa de manera aislada respecto a otros procedimientos de exámenes o prestaciones que requiere la APS, cuya adquisición permitiría aprovechar economías de escala o de ámbito¹⁰. Una vez definido el objetivo general de financiar la realización de tales radiografías, las actividades y procesos diseñados son consistentes con este objetivo.

El Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), se concibe adecuadamente como puerta de entrada a la red de urgencia. No obstante, su estructura de objetivos y actividades no necesariamente contribuye al desarrollo del modelo de atención integral de la APS, principalmente porque el diseño enfatiza en la atención de choque (atención breve, no integral, sin ficha clínica ni seguimiento del paciente). El diseño debiera adecuarse al perfil de demanda que considera el SAPU como extensión horaria¹¹ - y que con excepción de esta preferencia horaria tendría el mismo cuadro de necesidades de la población del consultorio -, donde predominan los usuarios frecuentes o “policonsultantes”¹². Este problema tiene implicancias potenciales en la calidad de la atención y la costo efectividad del sistema¹³. En la dimensión horizontal, se observa un esfuerzo insuficiente por construir indicadores y exigir su reporte a las entidades locales y regionales, más allá de las estadísticas de número de atenciones que alimentan el sistema de información del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

1.2. Efectos de las Reformulaciones del Programa

En el componente **Fondo de Incentivos** los cambios continuos de las líneas de acción a incentivar impide planificar actividades de más largo plazo. Asimismo, al no existir una relación directa entre las líneas de acción y el dinero traspasado para su implementación, en ocasiones las líneas aumentan sus exigencias sin un aumento proporcional de recursos. Las continuas reformulaciones del componente generan confusión en los actores relevantes para la ejecución.

El principal cambio que ha experimentado el Componente Odontológico tiene relación con la población objetivo. Inicialmente, se focalizó sólo a mujeres a través del

¹⁰ Un ejemplo simple consiste en aplicar la lógica de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) o del plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), según la cual es factible construir una “canasta” de tratamiento de enfermedades respiratorias que incluye todos los procedimientos, incluidos los exámenes. Dicha canasta puede ser adquirida a la red pública o a prestadores privados para cumplir con las garantías de acceso que plantea el actual proceso de reforma.

¹¹ Los SAPU inician su atención a las 17:00 horas, cuando no está en funcionamiento el consultorio. Los principales tipos de SAPU son los “cortos”, que funcionan 67 horas a la semana, y los “largos” (123 horas).

¹² Esta característica de la demanda se detalla en el capítulo de eficacia del informe (ver sección 3.1.3).

¹³ Es decir, aunque los SAPU parezcan una estrategia pertinente para atender la urgencia, esta ventaja se contrarresta si la precariedad del seguimiento del paciente impide anticipar episodios que serán finalmente más costosos para el sistema.

Componente de Atención Odontológica para Mujeres Jefas de Hogar. Luego se incluyó también a hombres de escasos recursos y beneficiarios de Chile Solidario. Esta modificación se considera positiva desde la perspectiva de ampliar la cobertura del componente hacia grupos vulnerables en términos socioeconómicos.

Otra dificultad se refiere a la priorización de los beneficiarios de Chile Solidario. La sugerencia de priorizar a estas personas no hace mención respecto a que dentro de este grupo se deba escoger sólo a jefes de hogar, de escasa escolaridad y que cumplan con el tramo de edad establecido. Es decir, no queda claro si debe prevalecer la pertenencia a Chile Solidario por sobre los demás criterios o viceversa.

La nueva estrategia de focalización establecida desde la reformulación del componente, plantea una acción coordinada entre distintas instancias a nivel municipal - como las oficinas del Programa Puente¹⁴, las oficinas de información laboral (OMIL) y las oficinas de la mujer -, lo cual aumenta el número de actividades necesarias y hace complejo este proceso¹⁵.

Los componentes IRA y ERA no presentan mayores reformulaciones en función de sus objetivos. Los cambios en el componente SAPU en proceso (formalizados en documentos de 2005) se asocian más a consideraciones teóricas – la motivación de que contribuyan al modelo de atención integral del paciente - que a la operación o ejecución de actividades. No obstante, una nueva concepción de los SAPU como entidades involucradas en la atención integral de las personas debiera acompañarse de ajustes en su funcionamiento que no han sido especificados hasta el momento.

1.3. Duplicidad de funciones con otros programas que tienen el mismo grupo de beneficiarios objetivo y coordinación con intervenciones complementarias

Para el componente Fondo de Incentivo, se sabe que a partir de 2002 está vigente la ley 19.813, que contempla incentivos a los funcionarios de atención primaria. Las acciones que se realizan en el marco de esta ley, que corresponden a objetivos sanitarios, presentan, a juicio del equipo evaluador, claras diferencias con el componente, las que se acentúan a medida que la ley se consolida y el Fondo de Incentivo pone énfasis en líneas de acción en áreas de gestión. No obstante, hasta el 2003 persistía en el componente una línea de acción sanitaria (alta odontológica integral en menores de 6 y 12 años), y entre los responsables del componente a nivel local aún existe la percepción de una situación de duplicidad.

El Fondo complementa otras instancias Ministeriales como los Compromisos de Gestión y el modelo de atención familiar. En tanto, la línea de acción odontológica presenta una posible duplicidad con el Programa dental de JUNAEB en términos de grupos etáreos de la población objetivo. Este último contempla, entre otras acciones, el alta odontológica integral a niños de 6 años.

¹⁴ Estas instancias a nivel municipal son las que por norma general manejan las nóminas de programas de colocación, las listas de beneficiarias de SERNAM, y los registros de familias de Chile Solidario, respectivamente.

¹⁵ Nótese que la intervención de estas instancias no basta por sí sola para garantizar la atención integral de los beneficiarios, la cual sólo se da para el segmento que participa en Chile Solidario. A juicio del equipo investigador, el problema surge del diseño actual del componente - que plantea un objetivo general acotado a la salud bucal y diversifica la población beneficiaria – antes que en la práctica de la focalización.

La reformulación del componente Odontológico durante 2002 ha hecho necesaria la coordinación con el Programa Chile Solidario a nivel municipal, con el fin de priorizar la atención dental de beneficiarios de este programa. No existen otros programas que coincidan con el componente odontológico en términos de beneficiarios objetivos, pero sí puede apreciarse cierta complementariedad entre éste y el Programa de Atención Odontológica para el Adulto Mayor en cuanto a su ejecución local.

El IRA se complementa con el componente de Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de Problemas Respiratorios en Niños y Adultos. La Campaña de Invierno, a pesar de responder a una naturaleza distinta y de tener líneas de acción mucho más variables, también apoya al componente IRA, reforzándolo con recursos adicionales. En el componente ERA, la situación es análoga ya que se replica la misma situación con el componente de Apoyo Diagnóstico y la Campaña de Invierno.

En tanto, se ha detectado una duplicidad parcial entre el Componente SAPU y las extensiones horarias a la atención habitual de consultorio, en comunas en que coinciden en orientarse a la misma población objetivo, en tres aspectos: horario, población beneficiaria y tipo de servicio que entregan¹⁶. Como estrategia complementaria destaca el reforzamiento de los recintos con salas IRA durante la campaña de invierno, conocido como “IRA en SAPU”.

2. En Aspectos de Organización y Gestión

El análisis de esta sección se basó en un marco normativo referido a los costos y beneficios de descentralizar de los programas de salud, a partir de los atributos de cada una de las diferentes funciones que se realizan en el sector, del cual surgen tres conclusiones generales:

- Es pertinente la centralización de la toma de decisiones en los aspectos normativos tales como la definición de protocolos y estándares de atención y políticas a nivel nacional, así como respecto a los criterios de asignación de recursos. Desde esta perspectiva, algunos componentes presentan una evaluación favorable por la centralización de la función normativa (IRA, ERA) y otros más bien carecen de una normatividad más clara y activa desde el nivel central (SAPU).
- En cambio, es más adecuado que la prestación de servicios se realice de manera descentralizada, con la excepción de situaciones iniciales en que se requiera de mayor experimentación, coordinación y retroalimentación oportuna con el nivel central. Esto es actualmente aplicable al componente ERA.
- Asimismo, es deseable que exista una aplicación geográficamente descentralizada del marco regulatorio – definido en sus criterios generales por el nivel central –, para todos los componentes evaluados. Sin embargo, en la práctica de la mayoría de los componentes no se aprecia un papel relevante de los Servicios de Salud, los cuales firman convenios con los municipios y son responsables de recopilar un conjunto de indicadores que en su gran mayoría no se registran ni

¹⁶ El equipo investigador no recibió información para determinar el número de consultorios/SAPUS en esta situación ni la presencia de capacidad instalada ociosa en el consultorio. La duplicidad se refiere al hecho de que ambas modalidades de atención están disponibles para la misma población objetivo (de similares características).

utilizan en la evaluación de los componentes y por tanto, no retroalimentan la toma de decisiones.

Al revisar aspectos específicos de la **estructura organizacional, mecanismos de coordinación al interior de la Institución Responsable - y con otras instituciones-**, la mayoría de los componentes del PRAPS siguen una lógica de coordinación entre la entidad responsable - Ministerio de Salud - con los Servicios de Salud, para fines de entregar el marco normativo y la asignación de recursos. A su vez, los Servicios de Salud firman convenios con los municipios, de modo que se establecen compromisos e indicadores para supervisar su cumplimiento. Los municipios -dirección de salud o corporación- se relacionan directamente con los consultorios, salvo excepciones de componentes en los que también existe un canal directo de comunicación entre el nivel central y local (IRA, ERA).

El Fondo de Incentivo presenta una gestión centralizada en lo normativo: tanto las líneas de acción como las metas se deciden en el nivel central. A pesar de esto, se observó algún grado de desconocimiento entre los actores – en los Servicios de Salud y de manera más acentuada en los niveles locales - sobre sus propósitos y estructura organizacional.

En el componente Odontológico, la estructura organizacional es, en general, adecuada para el logro de los objetivos y la producción de los servicios. El estudio cualitativo permitió apreciar, en general, una concordancia entre los propósitos del componente desde el nivel central hasta los niveles más locales de ejecución. Existe comunicación entre las entidades locales y el Ministerio de Salud. En efecto, cada año se fijan metas y precios para las altas integrales y las prótesis a través de un diálogo entre el nivel central y los municipios. Sin embargo, existen dos papeles difusos en la cadena de ejecución del componente. El primero de ellos corresponde al rol de los Servicios de Salud, en lo referente a la supervisión y control de las actividades llevadas a cabo por los municipios¹⁷. El segundo de ellos corresponde a la responsabilidad por la focalización del programa a nivel de municipios, donde el número de actores llamados a coordinar en el proceso plantea el peligro de que, en la práctica, la responsabilidad entre todos ellos se diluya.

La estructura organizacional de los componentes IRA y ERA está claramente definida. Destaca el carácter centralizador en todas las funciones que se realizan, incluso en materias referidas a la producción de prestaciones. Esto plantea una inconsistencia con la gestión descentralizada de la APS. En ambos componentes están identificadas las funciones correspondientes de cada nivel (central, Servicios de Salud, municipios y consultorios) y existe coordinación entre los distintos niveles (central, regional, local). Un aspecto optimizable alude al tipo de contratos de los profesionales (honorarios), lo que, a pesar de la ventaja de ofrecer una mejor remuneración a los profesionales, potencialmente atenta contra la continuidad a la labor de los equipos de trabajo¹⁸. La existencia de una misma unidad a cargo de ambos componentes en el nivel central (MINSAL) – lo que también ocurre en la Dirección de Salud Municipal pero no

¹⁷ Pese a que los documentos explicativos del componente denotan amplios espacios de acción en este terreno, al no encontrarse éstos bien especificados, se observa una diversidad de calidad y cantidad de actividades desarrolladas entre distintos Servicios de Salud.

¹⁸ En el estudio cualitativo se plantearon reclamos a nivel local por la rotación de personal. Dicha información carece de representatividad estadística.

necesariamente en los Servicios de Salud - es adecuada para aprovechar sinergias entre éstos.

El componente Apoyo Diagnóstico presenta una gestión descentralizada, donde los Servicios de Salud o municipios firman convenios con prestadores privados para la toma de radiografías. Se les entregan los recursos y ellos tienen la libertad de escoger al prestador y negociar el precio –con un tope fijado a nivel ministerial-. Llama la atención el escaso conocimiento del componente en el nivel central. Aunque éste está a cargo de la Unidad Respiratoria, los encargados no mantienen ningún tipo de registros ni evaluaciones.

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

Los mecanismos de coordinación entre el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud se orientan básicamente a la transferencia de recursos para el componente. Las coordinaciones mantenidas entre los servicios y municipios o consultorios -según dependencia- abarcan desde traspaso de recursos hasta actividades de supervisión, y según el estudio cualitativo serían de intensidad y carácter variable.

En relación a los **criterios de focalización y selección de beneficiarios**, los componentes que establecen criterios epidemiológicos para priorizar las atenciones plantean orientaciones adecuadas. Tal es el caso de las salas IRA – que sin generar rechazos priorizan a menores de un año – y ERA – prioriza mayores de 65 años -, en tanto, en el Fondo de Incentivo sólo la línea odontológica está dirigida a un grupo específico de la población beneficiaria del sistema público de salud, orientada a la atención en niños de 6 y 12 años. Dentro de este grupo no existe un criterio de focalización establecido desde el nivel central, y tampoco parece existir en los niveles locales.

Los criterios de focalización del Componente Odontológico se resumen en: hombres y mujeres entre 18 y 55 años, de escaso nivel de escolaridad, que se encuentran bajo la línea de la pobreza, jefes y jefas de hogar, principalmente pertenecientes a familias de Chile Solidario. El principal comentario es que los criterios de focalización aparecen como claros, aunque el diseño de este proceso y sus reformulaciones complican la aplicación homogénea de estos criterios en los Municipios, así como en los consultorios que deben completar la selección cuando no se ha logrado el número de beneficiarios comprometido. Si se aplican todos los criterios de focalización a la vez (sin incluir a la población de Chile Solidario ni su nivel educativo), la población potencial asciende a cerca de 450 mil (3% de la población nacional según estimaciones realizadas con la encuesta CASEN 2000) y si se agrega tener sólo educación básica, los beneficiarios potenciales se reducen a 255 mil (1,7% del país), lo cual indica que puede ser difícil contar con la información para aplicar dichos criterios, tal como se constata en los datos de la encuesta.

El componente Apoyo Diagnóstico otorga trato preferencial a la toma de radiografías en niños menores de un año y mayores de 65 años, lo cual es adecuado considerando el mayor riesgo vital de estos segmentos y que coinciden con los criterios de los componentes IRA y ERA, cuyos beneficiarios son apoyados con estas radiografías.

Algunos prestadores utilizan criterios de selección adicionales, dados por la historia clínica del paciente, patología, y necesidades detectadas a nivel local.

Los SAPU se orientan a los beneficiarios del sistema público y por su naturaleza, ofrecen una atención “autofocalizada”. Esto es adecuado mientras no ocurran situaciones de congestión, en las que debieran aplicarse criterios de priorización según gravedad análogos a los del resto de la red de urgencia.

En relación a los **criterios de Asignación de Recursos, Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago**, se realizan algunas observaciones.

En el Componente Fondo de Incentivo se divide la transferencia en dos etapas: un 30% como pre-incentivo para la implementación de las metas, y el 70% restante como incentivo para el mejoramiento del entorno laboral, una vez cumplidas las metas. La entrega del pre-incentivo y del incentivo se realiza según los convenios firmados entre los Servicios de Salud y los municipios (de acuerdo al tipo de dependencia). La asignación de recursos del componente Fondo de Incentivo hacia los Servicios de Salud obedece a la lógica de privilegiar el volumen de población objetivo, lo que es correcto si se considera que sectorizar, implementar una OIRS y cualquiera de las líneas de acción orientadas a mejorar la gestión de los establecimientos de atención primaria resulta más costoso y requiere de esfuerzos mayores en consultorios con un mayor número de población beneficiaria. Además la asignación posee un componente inercial¹⁹.

No obstante la claridad en los criterios definidos en convenios, en las transferencias hacia los Servicios de Salud y municipios, algunas líneas de acción carecen de correspondencia entre los recursos entregados y los costos de las actividades adicionales (por ejemplo, aumento en cobertura dental) que se solicitan a los consultorios²⁰. Los Servicios de Salud distribuyen el incentivo (70%) hacia los municipios (y éstos a los consultorios) según los criterios que estimen convenientes, y en la práctica algunos Servicios de Salud y municipios entregan el incentivo según el porcentaje de logro de las metas pactadas. En menor medida, el incentivo es distribuido entre los consultorios según la cantidad de inscritos que tiene cada uno²¹. En estos últimos casos, la lógica del incentivo se pierde, ya que no existe correspondencia entre cumplimiento y monto recibido por el establecimiento. Es decir, es adecuado que en la asignación más “macro” o anterior al nivel municipal (a nivel de Servicios de Salud) y en la fase de “pre incentivo” se considere la población inscrita, pero que en la asignación del incentivo se base principalmente en premiar a los establecimientos que lograron las metas.

En el componente Odontológico, los criterios de asignación de los recursos desde el Ministerio de Salud hacia los Servicios de Salud son claros, realizándose en función de

¹⁹ Con el fin de distinguir posibles determinantes de la asignación de recursos del componente, se especificaron modelos estadísticos multivariados, que estudian la correlación del monto asignado anualmente a cada Servicio de Salud en función de variables históricas (presupuesto del componente en períodos anteriores), socioeconómicas y poblacionales. En el modelo correspondiente al presupuesto de los Servicios de Salud para el Fondo (año 2003), la variable más robusta se refiere a la asignación de recursos al componente en el año 2000. Ver Anexo 2 del informe.

²⁰ Esto se aplica también a aquellas actividades en que se entregan recursos complementarios para aumentar la cobertura y que ya cuentan con un financiamiento (altas odontológicas infantiles) y aquellas en que se pretende apoyar e impulsar la implementación.

²¹ No se cuenta con información acerca del número de Servicios de Salud que entregan el incentivo según meta pactada y los que lo hacen según número de inscritos.

un número de altas odontológicas y prótesis por comuna previamente determinado. La asignación de metas en altas integrales y prótesis por comuna dependen del Ministerio de Salud. Normalmente, el criterio para la fijación anual de metas en aquellos casos de comunas de continuidad, obedece a una lógica inercial. Durante los últimos años, el Ministerio de Salud ha ido ampliando el componente, bajo la lógica de priorizar más la inclusión de nuevos establecimientos y comunas, lo que es razonable dada la especificidad del perfil de la población objetivo²².

Los Servicios de Salud transfieren los recursos a municipios, quienes deciden cómo se distribuyen los recursos entre los lugares de atención (según factores como población inscrita y listas de espera para atención dental, lo que parece adecuado dado el mayor conocimiento a nivel local. El proceso de asignación de un precio unitario anual al alta odontológica y a la prótesis se lleva a cabo de manera transparente y negociada entre el nivel central y los municipios. Este aspecto es positivo, por cuanto considera las características regionales de oferta y demanda en la fijación de los valores referenciales. No obstante, se entrega un monto fijo por alta que podría incentivar la selección de pacientes con menor daño dental²³.

El hecho de que la transferencia de recursos está dividida en cuotas, en función del cumplimiento de metas de altas odontológicas, se aprecia como un elemento positivo para ligar nuevos recursos a resultados.

En los componentes **IRA** y ERA, se transfieren recursos a los Servicios de Salud a través de dos mecanismos. Para el financiamiento de horas profesionales (médico y kinesiólogo), se entregan los fondos determinados para el pago de honorarios; en tanto que desde el nivel central se adquieren y asignan los medicamentos para cada sala. Sin embargo, en algunos casos, el Servicio de Salud redistribuye los fármacos según las particularidades y necesidades de cada sala. Los recursos son traspasados mensualmente vía convenio, tanto del Ministerio de Salud a los Servicios de Salud, como desde éstos a los municipios.

Los recursos para la contratación de profesionales se asignan por sala de acuerdo a los correspondientes cargos profesionales, valores que los municipios no pueden modificar ni redistribuir. Esto podría representar un problema para las comunas ya que se rigidizan su presupuesto y las posibilidades de optimizar la gestión. Asimismo, si bien algunos municipios pagan mayores salarios a los profesionales con recursos propios, en comunas de escasos recursos los salarios considerados por el nivel central para los profesionales IRA podrían superar los salarios que según las remuneraciones de planta y la carrera funcionaria, reciben otros profesionales del mismo perfil técnico-profesional de los consultorios, creándose un foco potencial de desigualdad al interior de los establecimientos.

²² La expansión del componente hacia nuevas comunas opera a través de un proceso de postulación, donde los municipios interesados se inscriben en su correspondiente Servicio de Salud. En general, no existen restricciones a la postulación de comunas en consideración de su nivel socioeconómico, los únicos requisitos son que éstas cuenten con beneficiarios potenciales y que el Servicio de Salud acredite que en ella existe personal calificado e infraestructura suficiente para la ejecución de las atenciones odontológicas.

²³ En los plazos y recursos del estudio, no fue factible verificar el daño dental de la población beneficiaria como para testear si existe selección de pacientes.

Los insumos (medicamentos, oxígeno, entre otros) son asignados desde el MINSAL en función del número de salas. El equipo evaluador considera que el criterio de compra y asignación de medicamentos desde el nivel central (basado en el costo unitario promedio por sala) no es adecuado, pues faltaría incorporar otras variables relevantes de riesgo y/o pobreza, las cuales inciden en que las salas de algunas comunas presenten un perfil de población con mayores necesidades de atención.

Los juicios anteriores son aplicables a las salas **ERA**. Un tema a mejorar en ambos componentes consiste en entregar criterios más claros sobre la ponderación de los factores epidemiológicos y socioeconómicos que determinan la implementación de salas nuevas. Es decir, el equipo evaluador no tuvo acceso a información sobre los instrumentos de análisis y los factores específicos de la realidad poblacional que se consideran a nivel central.

El componente Apoyo Diagnóstico contempla el traspaso de recursos financieros hacia los Servicios de Salud, para la compra de radiografías simples de tórax, los cuales son transferidos en tres cuotas. Los criterios de asignación de recursos son poco claros. Si bien en la investigación cualitativa (entrevistas), algunos actores han mencionado que se consideran criterios poblacionales, demográficos, epidemiológicos, entre otros, el equipo investigador no recibió información respecto de cuáles son los indicadores específicos utilizados o cómo éstos se ponderan.

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

En relación a los criterios de extensión del componente hacia nuevas comunas, éstos se refieren a abarcar el 100% de comunas con más de 30.000 habitantes y tener un SAPU por cada 50.000 habitantes en comunas con altas magnitudes poblacionales y sectores marginales²⁴. La instalación de un SAPU también depende de la voluntad de las autoridades locales. El equipo investigador carece de información a nivel de comunas que permita discernir si esto crea distorsiones de equidad, considerando la relevancia de los aportes municipales en el financiamiento del componente (ver análisis de uso de recursos y costos).

Con la finalidad de emitir un juicio - basado en análisis cuantitativo - de la pertinencia de los criterios de asignación de recursos a nivel regional (entre Servicios de Salud) en los componentes del PRAPS, se indagó si dicha distribución era consistente con respecto a un *benchmark* del sector, es decir, a los criterios de asignación del per cápita en APS, que entrega recursos según la cantidad de población inscrita en consultorios e indicadores de vulnerabilidad socioeconómica comunal (tales como pobreza y ruralidad). En todos los componentes del PRAPS, la asignación por Servicio de Salud en 2003 está correlacionada con el monto de recursos de años anteriores y/o el total de

²⁴ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial (2004). No se dispuso de información para verificar el cumplimiento de estos criterios específicos a nivel comunal ni su ponderación. Los modelos de correlación del presupuesto de los Servicios de Salud para el componente en 2003 muestran como regresor más robusto el presupuesto del año anterior, perdiendo significancia variables socioeconómicas.

población inscrita en el consultorio, y no necesariamente con variables socioeconómicas (que podrían indicar mayores necesidades de atención de salud)²⁵.

Un punto débil de la mayoría de componentes se encuentra en el cumplimiento de las **funciones y actividades de seguimiento y evaluación**. El equipo evaluador encontró dificultades en recopilar la información que según convenios, debiera ser monitoreada a nivel regional para supervisar la eficacia y eficiencia de los componentes²⁶.

En el **Fondo de Incentivo**, la supervisión debiera ser un elemento central para evaluar el cumplimiento de los compromisos asumidos y realizar la asignación de la segunda cuota, según los indicadores establecidos en el convenio. Dado que para cada línea de acción existe un encargado **distinto** en el nivel central que verifica el cumplimiento de lo comprometido para poder entregar el monto correspondiente al incentivo, no se garantiza que el monitoreo sea homogéneo. En cuanto al incentivo, no se verifica que efectivamente el monto se entregue al consultorio que cumplió y que se gaste en mejoramiento del entorno laboral.

El componente Odontológico cuenta con un sistema bastante completo de reporte de actividades; los Servicios de Salud se comprometen a enviar información de avance de forma trimestral al nivel central (aunque no necesariamente cumplen esta tarea). Además se elabora una encuesta de satisfacción a usuarios a nivel nacional. En cuanto al seguimiento de los pacientes, dado que el componente no lo considera de forma explícita, éste depende exclusivamente del municipio o consultorio donde se esté ejecutando.

En los componentes IRA y ERA, la información de los registros de consultorios y comunas - referida a los datos personales, patologías, tratamientos, y fechas de ingreso y alta - debiera agregarse mensualmente en un informe resumen de actividades. Pero dicha información no se sistematiza y al no estar incorporada en los convenios, no es exigible desde un punto de vista legal. A pesar de lo anterior, los componentes realizan

²⁵ La metodología y los resultados para cada componente se resumen en el informe (capítulo II, sección 2.3.) y se detallan en el anexo 2.

²⁶ Se solicitó a todos los Servicios de Salud información sobre variables de registro obligatorio según los convenios. Después de cinco meses de plazo, pocos Servicios reportaron alguna información en cada uno de los componentes (en los componentes Fondo de Incentivo, Odontológico, IRA, ERA, Apoyo Diagnóstico y SAPU, sólo 6, 11, 8, 11, 13 y 9 Servicios de Salud, respectivamente, de los 28 existentes en el país). En los Servicios de Salud que reportaron información se encontraron importantes vacíos y deficiencias, tales como las siguientes: (i) Algunas planillas no reportaron información de todas sus comunas, por lo que no se pudo estimar un consolidado del Servicio que fuera representativo de su nivel de producción; (ii) Muchos Servicios no reportaron datos de todos los años solicitados. Esto dificultó contrastar información de distintos años; (iii) La mayoría no completó los datos solicitados en todas las variables de cada componente. Esto imposibilitó crear variables agregadas que fueron representativas del nivel de producción nacional; (iv) Se detectaron serias inconsistencias en los datos entregados, particularmente en la referida a grupos etáreos. Estos datos diferían de los criterios de focalización de los componentes y de los resultados de la encuesta aplicada por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile; (v) Se encontraron incongruencias en los datos reportados con respecto a la información proveniente de otras fuentes del Ministerio de Salud, principalmente en lo relativo a número de Salas IRA y ERA y SAPU; (vi) Algunos datos reportados no eran “razonables”. Por ejemplo, el Servicio de Salud del Maule reportó un costo promedio por paciente de \$348.000 en el componente Odontológico, valor que excede largamente el aporte de MINSAL y las estimaciones realizadas por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile.

una evaluación nacional en diciembre de cada año, cuya profundidad y relevancia para la toma de decisiones se desconoce.

En el caso del componente Apoyo Diagnóstico, en los consultorios dicen enviar a municipios o Servicios -según dependencia- registros que incluyen información sobre el número de radiografías tomadas, justificación de la solicitud radiológica y diagnóstico. Asimismo, algunos de los convenios establecidos con los centros radiológicos permiten solicitar antecedentes sobre las órdenes emitidas desde los consultorios. El componente establece mecanismos de supervisión orientados básicamente a la rendición de cuentas en lo financiero. Estas formalidades no se cumplen en la práctica. Los encargados en el nivel central no cuentan con información respecto al cumplimiento de utilizar el dinero en radiografías de tórax, priorizando a los niños menores de un año y a los adultos mayores de 65. A nivel de Servicios de Salud tampoco se entregó al equipo evaluador la información completa solicitada sobre la producción de radiografías y otros indicadores de eficacia, eficiencia o calidad.

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

3. Temas de Eficacia

El análisis se apoyó en elaboración propia a partir de información obtenida del sector salud y de la aplicación de una encuesta a beneficiarios de los componentes diseñada por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile, en aquellos componentes que permitían identificar correctamente muestras relevantes²⁷.

3.1. Resultados a nivel de Productos

3.1.1. Desempeño del Programa en cuanto a la Producción de los Componentes

En el **Fondo de Incentivos se revisó el cumplimiento planteado para las líneas de acción en 2003**. Se planteó como meta nacional implementar la Sectorización para la población inscrita en un 50% de los consultorios generales urbanos y rurales del país con más de 10.000 inscritos o beneficiarios. El 62% de las unidades comunales que se habían comprometido, no realizó avance alguno a la fecha de corte considerada. El 33% consiguió un cumplimiento superior al 80%. Si bien las cifras indican un logro parcial, debe advertirse que sólo se obtuvo datos correspondientes a Septiembre de 2003 (período de corte para asignar el incentivo), lo cual impide emitir un juicio concluyente.

²⁷ El trabajo de terreno se realizó en 12 de las 13 Regiones del País en los meses de diciembre de 2004 y enero de 2005. Las muestras fueron obtenidas de 197 establecimientos que entregaban cuatro de los componentes del PRAPS en 60 comunas, aplicándose cinco formularios que comprenden a los siguientes grupos: (i) Beneficiarios Sala IRA (379 encuestas a la persona que llevó al niño a la sala); (ii) Beneficiarios Sala ERA (350 encuestas al paciente o persona que lo lleva al establecimiento si sus condiciones de salud le impedían contestar); (iii) Beneficiarios SAPU (369 encuestas al paciente o persona que lo lleva al establecimiento si sus condiciones de edad o salud le impedían contestar); (iv) Componente Odontológico: 338 personas con Alta Total (muestra de población beneficiaria) y 356 personas en lista de espera (muestra de grupo de control).

En la línea OIRS se propuso aplicar el modelo en 326 establecimientos de Atención Primaria, la meta se logró en un 127% respecto de lo programado, implementándose en 414 establecimientos. Por otro lado, se comprometió que un 50% de las OIRS tuviesen dependencia técnica y administrativa de la dirección de los establecimientos, y se consiguió que un 60% de los establecimientos se ubicara en esta categoría. Al finalizar el año 2003, sólo un 29% de las OIRS dependía del Servicio de Orientación Médica (SOME). En cuanto al mejoramiento de la infraestructura de las OIRS, se observó que el 61% contaba con servicio telefónico independiente y un 68% con citófono. Sólo el 28% disponía de un equipo computacional; el 21% de e-mail y el 13% de acceso a Internet. En relación a la capacitación de los funcionarios, ésta se realizó en el total de las OIRS y Servicios de Salud alcanzando a 970 funcionarios.

En cuanto al sistema de registro y gestión de listas de espera, el 90% de las unidades comunales comprometidas ha implementado un registro de lista de espera de interconsulta; sólo un 4% registra un 0% de logro. Otra meta es la implementación de un comité de gestión de lista de espera, cuyo logro es significativo pero menor a lo registrado en la existencia de registro: el 17% se ubica bajo el 50% de cumplimiento²⁸, y el 100% es alcanzado por 350 unidades comunales -Municipal y Servicio- lo que corresponde a un 83% del total.

La línea Alta Odontológica Total en niños de 6 y 12 años considera dos objetivos para acceder al incentivo: uno de cobertura, que se pondera en un 80% y uno de calidad que se pondera en un 20%. En niños de 6 años, cinco de los 29 Servicios de Salud lograron el número de altas integrales necesarias para acceder al incentivo correspondiente a esta línea de acción. Todos registraron un cumplimiento superior al 50%, y se realizaron, a nivel nacional, 112.563 altas (78% de la meta). Para los niños de 12 años, el nivel de logro es más alto que en el caso anterior. Sin embargo, se exigió un porcentaje mucho más bajo, por lo tanto el número de altas realizadas fue menor (58.235, que representan el 99% de la meta nacional).

El componente **Odontológico** para mujeres entre 1999 y 2001 muestra un alto grado de cumplimiento de metas en altas odontológicas y prótesis instaladas a diciembre. El número de altas integrales durante estos tres años asciende a 21.962 (96% de la meta nacional), mientras que el número de prótesis fue de 16.688 (y el porcentaje de cumplimiento a nivel nacional de 101%). Los datos de evaluaciones a diciembre para el período 2002-2003, donde se incorporan hombres de escasos recursos al componente, indican que se realizaron 41531 altas integrales (93% de logro) y se instalaron 34322 prótesis (105% de cumplimiento).

El componente **IRA** ha tenido una tendencia creciente en lo que respecta a su producción medida en número de salas implementadas y fármacos distribuidos. Durante el período 1999 al 2003, el número de salas IRA se ha incrementado en alrededor de un 60% - llegando a 451 salas en 2003 - y su número promedio por Servicio de Salud creció de 10 a 16 en el período 1999 al 2003²⁹.

Análogamente, el número de salas **ERA** durante el período 2001 al 2003 ha crecido en

²⁸ Nótese que una unidad comunal puede contener más de un consultorio, por lo que el cumplimiento de la meta no es dicotómico (0% o 100%).

²⁹ La tarea de elaborar un modelo que permita juzgar el número de salas IRA que se requieren en el país y la adecuación de la expansión observada excede los plazos y recursos de esta investigación.

más de 7 veces. Mientras el primer año (2001) el componente sólo se encontraba presente en la Región Metropolitana; en 2003, se cuenta con 115 salas ERA en 12 de las 13 Regiones, y en 27 de los 28 Servicios de Salud.

Para el componente **Apoyo Diagnóstico** no se cuenta con información del número de radiografías de tórax efectivamente realizadas. El número de placas proyectadas por el nivel central - en función de las cuales se entregan los recursos- aumentó en 65% de 2002 a 2003, año en que se programaron 62.862 radiografías. En similar período la cobertura geográfica crece de cuatro a doce regiones.

Entre 1999 y 2003, el número de SAPU implementados en el país creció en 38%, siendo de 84 en 2003. La cantidad de atenciones anuales para el período 2001-2003 se incrementó en 14%, alcanzando en 2003 un total de 3.408.261³⁰.

3.1.2. Beneficiarios efectivos del Programa y sus componentes

Para el componente Fondo de Incentivos, no es posible determinar un número de beneficiarios efectivos de las líneas de acción OIRS, sectorización y gestión y registro de lista de espera de interconsulta debido a que no se cuenta con esta información. Para la línea de acción odontológica el número de beneficiarios efectivos puede ser aproximado por el número de altas odontológicas totales realizadas en niños de 6 y 12 años durante el año 2003 -con corte en Septiembre-. Los resultados bordean los 112 mil beneficiarios de 6 años y 58 mil de 12 años. El componente se encuentra presente en 23 Servicios de Salud para el año 1999, sin embargo en el año siguiente se extiende a los 28 Servicios, situación que se mantiene hasta el año 2003. El número de beneficiarios institucionales locales (número de comunas con el componente) experimentó un leve descenso para el período 2001-2003 (con un momentáneo aumento en el 2002), y cubre 316 comunas del país.

Durante el período 1999-2003, el número de beneficiarios efectivos del componente Odontológico experimentó un crecimiento de 266,91% sobre su valor inicial, lo que permitió entregar atención odontológica integral a 63.493 personas (54.580 mujeres y 8.913 hombres) en todo el país³¹. El componente también se ha expandido a nivel comunal y de Servicios de Salud en similar período, cubriendo en 2003 a 27 Servicios de Salud y 223 comunas.

No es posible determinar un número de beneficiarios efectivos del componente IRA debido a que el número de pacientes no se registra. El equipo investigador tampoco dispuso de la información que se solicitó sobre número de atenciones entregadas. La encuesta realizada indica que más del 85% de los encuestados reporta que los diagnósticos de los pacientes corresponden a las patologías que, según los documentos oficiales, el componente debe atender. Se aprecia un aumento de 47% en los beneficiarios institucionales (establecimientos de APS con salas IRA) durante el período de 1999 al 2003, los cuales alcanzan a 411 en el último año analizado; y en 19% en el número de comunas a lo largo del país con salas IRA (entre los años 2000 al 2003), que en 2003 ascienden a 223.

³⁰ La tarea de elaborar un modelo que permita juzgar el número de SAPU que se requieren en el país y la adecuación de la expansión observada excede los plazos y recursos de esta investigación.

³¹ El componente establece en sus documentos oficiales que no es posible que una persona reciba un alta odontológica integral por más de una vez. No existe información cuantitativa que permita determinar si hay casos de incumplimiento.

Respecto a la caracterización de los beneficiarios efectivos de salas ERA (su número se desconoce), la encuesta indica que más del 70% presenta diagnósticos en las patologías que el componente debiera atender. El número de beneficiarios institucionales se incrementó en un 350% en cuanto a Servicios de Salud, en un 380% en cuanto a comunas, y en un 660% en términos de establecimientos de Atención Primaria con salas ERA, durante el período 2001-2003. En 2003 el componente se encuentra en 27 Servicios de Salud, 72 comunas y 114 establecimientos.

El componente Apoyo Diagnóstico no consolida en el nivel central el número de beneficiarios efectivos. Se aprecia un crecimiento de un 170% de los Servicios de Salud (beneficiarios institucionales) que cuentan con Apoyo Radiológico, y de 254% en el número de comunas. En 2003 el componente se encuentra en 27 Servicios de Salud y 138 comunas.

No es posible determinar un número de beneficiarios efectivos del componente SAPU debido a que sólo se consolida información sobre el número de atenciones entregadas. Se registra un aumento sostenido de beneficiarios institucionales para el período 1999-2003 (comunas y establecimientos), tanto en establecimientos (38%), número de comunas (25%) y Servicios de Salud (15%). En 2003, el componente tenía presencia en 23 Servicios de Salud, 65 comunas y 84 establecimientos.

Los resultados de la encuesta indican que las personas que constituyen beneficiarios efectivos de todos los componentes comparten las características de la población del consultorio - sectores pobres, de baja tasa de participación laboral y pertenecientes a los grupos A y B de FONASA.

*Análisis de Cobertura*³²

En el **Fondo de Incentivos**, la cobertura efectiva en 2003 de la línea de acción odontológica para niños de 6 y 12 años asciende a 60% y 27%, respectivamente, de la población beneficiaria potencial, que consiste en todos los niños de estas edades beneficiarios del sistema público de salud³³. A nivel institucional, el Fondo de Incentivo se encuentra en la totalidad de los Servicios desde el año 2000. El porcentaje de comunas del país cubiertas es superior al 90% para todos los años en que se cuenta con información.

En el Componente **Odontológico**, para el periodo correspondiente a 1999-2001, orientado a mujeres jefas de hogar, la cobertura acumulada al año 2001 corresponde a 23% de la población potencial. La cobertura acumulada al año 2003 asciende a 21% (de la población que satisface todos los criterios y definiendo como “baja escolaridad” tener 8 años o menos de estudios), 17% (definiendo baja escolaridad como 12 años o menos de estudios) y 14% (sin considerar criterio de escolaridad). La cobertura institucional muestra que el Componente está presente en un 96% de Servicios de Salud y 65% de comunas para el año 2003.

³² En los componentes que no registran beneficiarios efectivos se desconoce la cobertura efectiva. Cuando se pudo calcular, se obtuvo como el cociente entre los beneficiarios efectivos y la población potencial.

³³ Bajo el supuesto de que cada alta odontológica representa a una persona que no puede acceder más de una vez al servicio otorgado.

En el período 1999- 2003, la cobertura del componente IRA es creciente en todas las categorías de beneficiarios institucionales: en 2003 está presente en el 100% de los Servicios, y 65% de comunas y establecimientos. Igualmente, el componente ERA está presente en el 95% de los Servicios de Salud en 2003, mientras a nivel de comunas y de Establecimientos de Atención Primaria, la cobertura es de 21 y 18% respectivamente.

Respecto al Componente Apoyo Diagnóstico, la cobertura (en número de Servicios de Salud) aumentó de un 35,7% en 2002 a 96,4% en 2003. A nivel de comunas el incremento es más moderado, con un 40% de cobertura comunal en 2003.

Para el año 2003, la cobertura institucional de los SAPU alcanzó al 82% en Servicios de Salud, 19% en comunas y 20% en Establecimientos.

3.1.3. Grado de Focalización del Programa (según información obtenida en encuesta)

En el componente **Odontológico**, la edad promedio de los beneficiarios asciende a 44 años para el caso de los hombres y 42 para el caso de las mujeres. El 49% de la muestra reporta ser jefe de hogar, porcentaje desigualmente distribuido entre hombres y mujeres. En efecto, mientras el 87% de los hombres encuestados declara ser jefe de hogar, sólo el 37% de las mujeres reconoce serlo. Predomina la población con 12 o menos años de escolaridad (98% de la muestra). El 17% declara pertenecer a una familia que participa en 2004 en Chile Solidario a través del Programa Puente. En la situación previa a la participación en el componente (año 2002), el 70,5% del total que reportó ingreso percibiría menos de \$25000 per cápita por mes. Los valores promedio de ingreso per cápita del hogar, ascienden a \$26669 para el caso urbano y \$25795 para el caso rural³⁴. En tanto, un 55% de las personas que se declaran jefes de hogar, manifiestan poseer un trabajo remunerado en octubre de 2002.

Hacia octubre de 2002, aproximadamente un 85% de la muestra se encontraba bajo la línea de pobreza. Con el fin de concluir el grado de cumplimiento respecto al conjunto de criterios de focalización del componente, se tomaron en cuenta dos grupos: el primero de ellos incluye a beneficiarios que poseen 8 o menos años de escolaridad (educación básica completa o inferior) y el segundo incluye a beneficiarios que cuentan con menos de 12 años de estudios (educación media incompleta o inferior). Al realizar el cruce de estas variables, se encontró que el porcentaje de los beneficiarios que cumple con todos los criterios de focalización y pertenece al primer grupo según escolaridad asciende a un 20,39% del total. Al realizar la misma estimación, pero considerando al segundo grupo, la población beneficiaria que reúne todos los requisitos para ser elegible constituye el 25,93%. Si bien la comparación de las muestras de beneficiarios de todos los componentes encuestados indica que el Odontológico es claramente el más focalizado a sectores de menores recursos, esto no es suficiente para cumplir los criterios de selección de mujeres y hombres de escasos recursos determinados desde el nivel central.

Los beneficiarios de las salas IRA corresponden a la población objetivo, esto es, niños menores de 19 años. Respecto a la focalización, los beneficiarios menores de 1 año representan una proporción importante del total (31%). Análogamente, las salas ERA

³⁴ Se convirtieron los valores de la línea de pobreza urbana y rural, estimados por la encuesta CASEN 2000, a pesos de octubre de 2002. Los valores resultantes fueron: \$42.996 para el caso urbano y \$28990 para el caso rural.

atienden a adultos y adultos mayores. Los beneficiarios mayores de 65 años representan un 37% del total.

3.1.4. Calidad del Programa (información de la encuesta)

3.1.4.1. Componente Fondo de Incentivo

En el caso del **Fondo de Incentivo**, se cuenta con datos sobre satisfacción de los beneficiarios de la línea de acción OIRS. Alrededor de un 69% de los encuestados declara que en su consultorio existe una OIRS, cerca de un 20% no sabe. De los usuarios que formularon preguntas a la OIRS, alrededor de 30% no recibió respuesta, y del subconjunto que sí la obtuvo, el 90% la conoció durante el mismo día que expresó su inquietud. La calidad de la atención en la OIRS es evaluada positivamente por el 54% de beneficiarios que acudieron a la OIRS, pero el porcentaje que realiza una calificación “regular” no deja de ser importante (30%). De aquellos beneficiarios que no han utilizado las OIRS, el 10% considera que los servicios que entrega no sirven de nada.

3.1.4.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

En el **componente Odontológico**, el 77% de beneficiarios considera que es fácil o muy fácil lograr ser atendido, y el 74% evalúa positivamente el acceso físico al recinto. La calidad del trato recibido es considerada buena o muy buena por el 98%.

La mayoría muestra satisfacción respecto a las prótesis pero surgen advertencias respecto a su calidad. El 23% de aquéllos que recibieron prótesis superior y un 27% de los que recibieron prótesis inferior manifiestan no utilizar siempre la prótesis respectiva. Del total de razones entregadas por los beneficiarios para no utilizar la prótesis, cerca del 80% de ellas se asocian a una percepción de mala calidad de la prótesis o del tratamiento entregado. Sin embargo, al consultar directamente por la percepción sobre la calidad de las prótesis, se puede apreciar que un 78% y 81% (de los que recibieron prótesis superior e inferior, respectivamente) manifiestan que ésta es de buena o muy buena calidad. Respecto al seguimiento de los pacientes con posterioridad a la entrega de prótesis, el 21% de los beneficiarios que la(s) recibió(eron) señala no haber asistido a controles para ver como se sentía con ella(s), y el 26% reportó haber asistido sólo a uno. En tanto, un 68,5% de quienes no recibieron ninguna prótesis manifiesta no haber necesitado ninguna. Por último, el 82% de los beneficiarios evalúa la calidad de las tapaduras como “buena” o “muy buena”.

Los posibles cambios en conducta promovidos por componente se relacionan a las actividades educativas realizadas durante el tratamiento odontológico. El 88% de los beneficiarios manifiesta haber recibido explicaciones respecto a cómo realizar el aseo dental y el 46% que se le dio consejo sobre las consecuencias de malos hábitos alimenticios sobre la salud dental (el 75% de estos últimos, que representan 34% de los beneficiarios, habría sido orientado respecto a cómo cambiar su alimentación). Más del 95% de los que recibieron recomendaciones de cualquier tipo consideran que los consejos recibidos fueron claros o muy claros.

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

El componente **IRA** muestra una evaluación positiva en lo que se refiere a accesibilidad, tanto al lugar físico donde se encuentran las salas IRA, como a los

servicios que el componente entrega. Por ejemplo, el 83% de los encuestados va a las salas IRA directamente desde su domicilio, y el 58% caminando y por ende sin costos de transporte.

Se reitera una opinión favorable sobre la oportunidad de la atención de las salas IRA: el 60% de los encuestados que accedieron a las salas pidiendo hora previamente recibió la atención máximo después de un día de haber solicitado la hora; más del 60% de aquéllos que reportan que los pacientes fueron derivados desde otros centros de salud expresa haber recibido atención en las salas antes de una hora. Más del 85% califica la atención como “oportuna” o “muy oportuna”.

Más del 80% evalúa distintos aspectos de calidad de las salas IRA (trato del médico, kinesiólogo, medicamentos) como “buenos” o “muy buenos”. Además, se observa que un 63,37% de los encuestados que recibieron alguna prescripción de medicamentos, no debió comprarlos. Por otro lado, el 68% señala que fue el médico quien le recetó o indicó los medicamentos.

Se revela la seguridad y confianza en las salas IRA. Más del 90% de los encuestados expresa que recomendaría las salas; el 80,44% revela que los pacientes no fueron llevados a consultar a otro médico por el mismo problema; y el 76,1% expresa que estaría dispuesto a pagar por los servicios. En cada uno de los aspectos específicos (médico, kinesiólogo, medicamentos) consultados, más del 80% considera que la seguridad y confianza es “buena” o “muy buena”.

Sobre la utilidad del tratamiento recibido, el 80 % reporta que no se vio en la necesidad de llevar al paciente a algún servicio de urgencia de salud, luego de ser atendido en las salas IRA. El 73% expresa que el tratamiento que el paciente recibió en la sala le sirvió mucho para recuperarse.

El 79% señala que ha recibido información para evitar y/o manejar enfermedades respiratorias de los pacientes de las salas IRA, y el 95% de este subconjunto califica que dicha información fue “clara” o “muy clara”.

3.1.4.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

El componente **ERA** es bien evaluado por parte de los encuestados en lo que se refiere a accesibilidad, tanto al lugar físico como a los servicios. El 90% de los encuestados va a las salas directamente desde su domicilio. Respecto al medio de transporte, el 53% llega caminando, lo que se corrobora en que el 47% no gasta en transporte. La mitad de la muestra ocupa como máximo 30 minutos de su tiempo en movilizarse (total de ida y vuelta).

Existe una percepción positiva sobre la oportunidad de la atención de las salas ERA: el 30% de los que reportan haber accedido a las salas pidiendo hora previamente recibió la atención después de un día de haberla solicitado como máximo. Este porcentaje no es menor si se considera el carácter crónico de la mayoría, y por tanto, que estos pacientes debieran ser citados de manera permanente con 1 ó 2 meses de antelación. En el caso de aquéllos que reportan que los pacientes fueron derivados desde otros centros de salud, más del 60% expresa haber recibido atención en las salas antes de una hora. El 90% considera que la atención es “oportuna” o “muy oportuna”.

La satisfacción es superior al 85% en todos los aspectos de calidad evaluados – calificados como “buenos” o “muy buenos”. El 76% de los encuestados que recibieron alguna prescripción de medicamentos reporta que no debió comprarlos, y casi el 70% señala que fue el médico quien indicó o recetó medicamentos.

En términos de la seguridad y confianza en las salas ERA, más del 90% de los encuestados expresa que las recomendaría. El 86% de los pacientes³⁵ no habrían sido llevados a consultar a otro médico por el mismo problema, y el 64% dice estar dispuesto a pagar por los servicios. En cada uno de los aspectos específicos (médico, kinesiólogo, medicamentos) consultados, más del 90% considera que la seguridad y confianza es “buena” o “muy buena”.

En este punto, un tema común en los componentes ERA e IRA se refiere a la menor satisfacción de los enfermos crónicos. Esto se verificó en modelos de correlación estadística (multivariados) que señalan que en ambas salas, este grupo presenta menor probabilidad de calificar positivamente la seguridad y confianza en todos los ámbitos preguntados (médico, kinesiólogo, medicamentos), una vez controladas otras características del paciente³⁶.

La utilidad del tratamiento recibido en las salas ERA presenta una evaluación favorable. El 80 % de encuestados reporta que no se vio en la necesidad de llevar al paciente a algún servicio de urgencia de salud después de recibir atención en las salas ERA. El 53% expresa que el tratamiento que el paciente recibió en la sala le sirvió mucho para su recuperación, y el resto considera que “más o menos” o “nada”, lo que permite advertir menor satisfacción relativa a la de los beneficiarios del componente IRA. Esto indica o una mayor complejidad del perfil del paciente o una menor adecuación del modelo de atención a sus necesidades o expectativas respecto a los pacientes de salas IRA. El estudio de casos realizado en fichas clínicas por un profesional de la salud - que carece de representatividad estadística – confirma el carácter crónico de los pacientes y muestra indicios de que hay mayor heterogeneidad en la calidad del manejo clínico en las salas ERA (ver sección sobre manejo de normas técnicas) que en las salas IRA.

El 67% de los encuestados habría recibido información para evitar y/o saber manejar enfermedades respiratorias y el 94% de éstos cree que dicha información fue “clara” o “muy clara”.

³⁵ Recuérdese que esta encuesta fue contestada por el paciente o por la persona que lo acompaña a la sala si el primero no está en condiciones de salud o edad como para responder las preguntas.

³⁶ El análisis de correlación utilizado enfrenta limitaciones. La encuesta sólo registra percepciones del entrevistado y omite variables referidas al prestador y sus características técnicas (por ejemplo, capital humano) que el beneficiario no puede observar. El análisis de correlación tampoco resuelve la determinación de la dirección de causalidad entre variables, es decir, algunas variables que se usan como explicativas podrían ser endógenas y la encuesta carece de la información que se requeriría para modelar correctamente la causalidad. Asimismo, no obstante se utilizó la manera más rigurosa de modelar las respuestas de satisfacción, reflejando la variabilidad en las alternativas que enfrentó el encuestado (muy bueno, bueno, regular, malo), esta opción (modelo probit ordenado) dificulta la interpretación cuantitativa del impacto marginal en la probabilidad de calificar positivamente la seguridad y confianza (por haber cuatro efectos multiplicadores por variable independiente, para las cuatro categorías de la variable dependiente de satisfacción). A favor de la conclusión, puede decirse que se probaron diversas especificaciones en todas las preguntas referidas al tema, y el hecho de padecer una enfermedad crónica resultó estadísticamente significativo.

3.1.4.5 Componente Apoyo Diagnóstico

En cuanto al componente **Apoyo Diagnóstico**, al no existir una muestra de beneficiarios, no es posible distinguir entre aquellos encuestados que se realizaron una radiografía de tórax gracias al Apoyo Diagnóstico y aquéllos que lo hicieron a través del medio regular –ser derivado a otros centros médicos para la toma del examen. La encuesta indagó entre la población atendida en las salas ERA e IRA³⁷.

Existe una evaluación positiva de los beneficiarios con respecto al acceso al lugar en que se tomaron la radiografía. El 69% señala que dicho establecimiento se encuentra a menos de 30 minutos de su consultorio y que no tuvieron que pedir hora para realizarse el examen. Los medios de transporte más utilizados son el microbús, taxibus y colectivo, y el 29% accedió caminando, sin gastar en este rubro (la mayoría habría gastado entre 500 y 1000 pesos –ida y vuelta-.

La atención es percibida como oportuna por el 69% que califica como “fácil” o “muy fácil” conseguir una hora para la toma de radiografía. No obstante, existe un 20% que se inclina por la opción “regular”.

El 71% reporta que accedió a tomarse la radiografía dentro de las 24 horas posteriores a la consulta, los casos se concentran en el tramo de menos de dos horas. El 28%, debió esperar menos de 10 minutos para ser atendido en el centro radiológico. El hecho de que la mayoría de encuestados se tome la radiografía dentro de las 24 horas posteriores a la consulta – según lo establecido en los lineamientos del componente- debe leerse con cautela, porque se desconoce cuántas de estas personas fueron beneficiarios efectivos de la compra de radiografías. Es decir, está abierta la posibilidad de que la mayor parte de los exámenes se hayan realizado en la modalidad “sin programa” y que, por tanto, la presencia del componente no esté reduciendo significativamente los tiempos de espera.

3.1.4.6. Componente SAPU

Un aspecto crítico en la evaluación de calidad del SAPU es la importante presencia de pacientes frecuentes. Si bien la memoria de los encuestados suele ser imperfecta en los estudios de salud, el 28% de los beneficiarios concentraría más del 60% de las consultas.

El acceso físico es satisfactorio considerando que el 58% de los beneficiarios declara haber llegado caminando la última vez que se atendió. El 27% incurrió en un máximo de 10 minutos (total ida y vuelta).

El 79% de los beneficiarios encuestados cree haber recibido un trato bueno o muy bueno. El porcentaje de insatisfacción registrado (21%) es superior al registrado en beneficiarios de salas ERA (5%), IRA (9%) y Odontológico (2%). Adicionalmente, el 68% considera que la capacidad de las personas que lo atendieron para responder a sus inquietudes fue “buena” o “muy buena”.

³⁷ El equipo investigador no dispuso de información para construir un marco muestral de beneficiarios del componente Apoyo Diagnóstico, ni para distinguir cuáles de los beneficiarios de las muestras de pacientes de las salas IRA y ERA habían obtenido radiografías financiadas por el componente.

Se corrobora que el modelo de atención de choque³⁸ impide mayor énfasis en el cuidado integral del beneficiario. La mayor parte de los pacientes (aproximadamente, un 68%) da cuenta de haber recibido explicaciones acerca de su enfermedad y tratamiento, pero esto no ocurre para el caso de consejos preventivos, que sólo fueron entregados a un 46% de la muestra. La claridad de los consejos es evaluada de forma positiva por el 92% de los que recibieron consejos curativos y por el 94% en el caso de las recomendaciones preventivas.

El porcentaje que se declara satisfecho con la utilidad del tratamiento (55%) es similar al del componente ERA, lo que indica un grado no menor de disconformidad. Este resultado indica que en los componentes ERA y SAPU hay espacio para mejorar la prestación y regulación de la calidad, lo cual es consistente con el estudio de casos realizado en fichas clínicas. En el SAPU, sólo se visitaron cuatro recintos pero quedó en claro la heterogeneidad de calidad, con situaciones claramente optimizables³⁹.

Sobre la infraestructura, el aspecto mejor evaluado es la calidad de las instalaciones físicas: el 77% de los encuestados manifiesta estar de acuerdo o muy de acuerdo en que éstas se encuentran en buen estado para atender a los pacientes. El 48% plantea estar de acuerdo o muy de acuerdo con la suficiencia de instalaciones físicas. Sólo un 34% de los encuestados declara estar de acuerdo o muy de acuerdo con que el número de médicos es el adecuado para entregar una atención oportuna.

El 69% percibe su seguridad y confianza en el personal médico como buena o muy buena. No obstante, el grado de insatisfacción (calificaciones de regular o mala) es de 31% y superior al registrado en los componentes ERA (9%) e IRA (16%).

Con las limitaciones de información de la encuesta – el paciente no observa todos los atributos del prestador –, los modelos estadísticos de correlación usados para estudiar las percepciones de calidad sobre los SAPU muestran que los pacientes que más veces se atienden presentan sistemáticamente la peor percepción en varios de los aspectos de calidad consultados (capacidad del personal para resolver sus inquietudes, suficiencia de instalaciones físicas y de médicos), así como aquéllos cuya atención dura menos – esto último puede estar relacionado con la gravedad del mal y/o con la calidad del prestador -. Adicionalmente, en algunas áreas la evaluación es menos favorable en beneficiarios de los SAPU del norte del país (por ejemplo, en el trato recibido, en la capacidad del personal de resolver sus inquietudes, suficiencia de instalaciones físicas y médicos), o del sur (suficiencia de instalaciones físicas y médicos), en ambos casos respecto a aquellos ubicados en el centro (regiones quinta y metropolitana)⁴⁰.

³⁸ Como ya se mencionó, la atención de choque resuelve la urgencia inmediata del paciente sin un registro ni seguimiento riguroso de sus condiciones pasadas y futuras de salud.

³⁹ La evaluación de aspectos de calidad técnica - no necesariamente verificables en la satisfacción del usuario - forma parte de los resultados intermedios, por lo que se presenta en dicha sección.

⁴⁰ Respecto a las limitaciones del método de análisis estadístico utilizado, ver nota al pie 37.

3.2. Resultados Intermedios

3.2.1. Componente Fondo de Incentivo

Los Términos Técnicos de Referencia solicitaron evaluar: (i) el grado de disminución de las listas de espera de interconsultas; (ii) el uso del sistema de registro de las referencias efectuadas por profesionales del establecimiento; (iii) los cambios de conducta en niños de 6 y 12 años derivados de las acciones de salud bucal desarrollados a través del alta odontológica y (iv) el uso, funcionamiento y nivel de respuesta de las OIRS.

Respecto a las hipótesis de causalidad para los ítemes (i) y (ii), el equipo investigador considera que la disminución de listas de espera de interconsultas depende del plazo y rigurosidad de la aplicación del sistema de registro y gestión. En el corto plazo, se esperaría una reasignación de demanda (priorización de pacientes en la lista que no necesariamente reduce la lista o el tiempo de espera para todos los beneficiarios). En el mediano plazo, un monitoreo de la capacidad resolutive de los profesionales del establecimiento podría impactar en una mejor coordinación con los niveles secundario y terciario y en una evaluación de la capacidad de los profesionales de hacer una derivación pertinente. No se dispuso de información para emitir juicios sobre estos efectos⁴¹.

En el caso del cambio de conducta derivado de las altas odontológicas en niños de 6 y 12 años, resultaba imposible ubicar a los beneficiarios dado que existe heterogeneidad en la manera en que éstos acceden al servicio en los distintos establecimientos de atención primaria. En muchos casos, los niños eran enviados desde el colegio, por lo que no tenían ficha en el consultorio, así resultaba imposible encontrar a la madre del niño atendido.

A partir de la encuesta a beneficiarios del PRAPS, se pudo obtener indicadores sobre el uso y nivel de respuesta de las OIRS. Se encontró una evaluación favorable de aquellos que utilizaron este servicio. El 70% de los encuestados (beneficiarios del PRAPS en general) recibió algún tipo de respuesta a su inquietud. Más del 90% de las veces ésta se entregó directamente en el consultorio y el mismo día que se requirió el servicio, ya sea para hacer un reclamo, pedir información, u otro. El 84% se considera “muy satisfecho” o “satisfecho” con la respuesta recibida.

3.2.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

Entre los resultados intermedios esperados, destaca el nivel de resolutive del componente, definido como la capacidad del mismo para dar una solución determinante a los problemas de salud dental de sus beneficiarios por un lapso de tiempo mínimo⁴². La evaluación se basó en las opiniones de la encuesta a beneficiarios sobre la necesidad

41 No se contó con información acerca de las referencias efectuadas por profesionales del establecimiento al nivel secundario y terciario en el caso de la línea gestión y registro de listas de espera de interconsulta. Se pudo constatar en terreno la existencia de heterogeneidad de registros entre consultorios, e incluso la inexistencia de éstos en algunos casos.

42 De acuerdo a las opiniones de odontólogos consultados, es difícil establecer la magnitud de este espacio temporal cuando no ha sido previamente definido por el componente. Esto se debe a que el tiempo que los beneficiarios permanezcan con su dentadura sana guarda una estrecha relación con sus hábitos de alimentación e higiene, las cuales pueden ser muy variables entre distintas personas aún cuando éstas hayan recibido la misma educación por parte del componente. No obstante, sin perder de vista estas consideraciones, la mayoría de las opiniones consultadas variaron en torno a dos años como un lapso razonable.

de atenciones dentales con posterioridad al alta odontológica integral y la capacidad del componente para atender dichas demandas⁴³, y en el estudio de calidad técnica efectuado en terreno por odontólogos y coordinado desde el nivel central durante el año 2004⁴⁴.

Se espera que los beneficiarios realicen un uso efectivo de las prótesis entregadas por el componente. La evaluación se basa en las respuestas de la encuesta a beneficiarios en relación a la frecuencia de utilización de la(s) prótesis y sus determinantes.

El estudio de los cambios de conducta de los beneficiarios promovidos por las actividades educativas del componente se basa en información de la encuesta a beneficiarios (tanto grupo control como tratamiento). Todas las variables de resultado (ámbitos de higiene dental) se analizaron con distintas especificaciones de variables independientes y métodos “cuasi-experimentales” que estiman el efecto marginal de la participación del programa utilizando estimadores de corte transversal (Efecto Promedio del Programa y el Efecto Promedio del Programa sobre los Participantes), así como mediante modelos de diferencias en diferencias⁴⁵.

También se espera una mejora en el índice COPD de los beneficiarios. Ésta se evidencia en datos de producción a nivel de Servicios de Salud que indican la reducción de piezas cariadas en la población objetivo. El equipo evaluador sólo pudo realizar una aproximación general al número de piezas recuperadas por el componente⁴⁶, debido a que el único dato de COPD proporcionado por MINSAL corresponde a la descomposición del índice de los beneficiarios al momento de ingresar al componente

a) Nivel de resolutiveidad

El 42% de los beneficiarios reporta haber sentido la necesidad de nuevas atenciones tras el alta integral. Sin embargo, sólo el 41% de este subconjunto las pide en el mismo lugar de atención del componente. Sólo un 46,5% de las personas que solicitan nuevas

⁴³ Cabe recordar que los beneficiarios del componente odontológico recibieron el alta odontológica integral aproximadamente un año antes de la fecha en que fueron encuestados, por lo que la necesidad de atenciones dentales posteriores, de existir, se generó a lo largo de dicho año.

⁴⁴ Si bien, a nivel central se recopilaban los datos de evaluación enviados por un importante número de comunas de todo el país, los resultados globales de este estudio no fueron agregados ni publicados por MINSAL, por lo que el análisis de estadística descriptiva fue realizado enteramente por el equipo evaluador. Cabe señalar también que dicho estudio de calidad está basado en beneficiarios que recibieron el alta integral con dos años de anterioridad, por lo que el horizonte en el cual se pueden haber generado nuevas necesidades odontológicas es superior al que se tiene para el caso de los datos de encuesta. Para mayor detalle sobre el estudio de calidad, consultar Anexo N°13.

⁴⁵ El análisis realizado testeó el supuesto de identificación del método de *matching* (los grupos de tratamiento y control son estadísticamente similares en sus variables de resultado previas a la participación en el componente) y no logró rechazarlo. No obstante, el método de *matching* no controla por diferencias no observables entre ambos grupos, aspecto en el cual es más adecuada la estimación por diferencias en diferencias, que controla los sesgos por variables no observables. No se dispuso de datos suficientes para testear el supuesto de identificación del enfoque de diferencias en diferencias (igualdad en las sendas de evolución de los grupos de tratamiento y control), puesto que ante las dificultades de memoria de los encuestados se omitieron preguntas referidas a un período “anterior” al período pre programa. La metodología y el resumen de las estimaciones realizadas por ambos métodos se encuentran en el capítulo II (sección 3.0 y 3.3., respectivamente) y se detallan en el Anexo 6. En ambas metodologías, se utilizaron variables de control referidas a zona geográfica de residencia, escolaridad, edad, sexo, ingresos, acceso previo a tratamiento dental, entre otras.

⁴⁶ El término “recuperadas” introduce cierta ambigüedad por cuanto, al no contar con los índices COPD de salida, no es posible conocer si las piezas cariadas fueron obturadas o extraídas.

atenciones al componente las reciben, mientras que cerca de un 30% (equivalente a un 56% de quienes declaran no haber recibido) es dejado en lista de espera para atenciones futuras. El 79% del grupo de pacientes que solicitaron y recibieron nuevas atenciones fue atendido antes de 15 días. Esta información indica que existe espacio para avanzar en el seguimiento de los pacientes y en la resolutivez de la atención dental.

El vínculo entre resolutivez y calidad técnica se analizó con información de una evaluación de 322 beneficiarios del año 2002 realizada por MINSAL en 2004, en 60 comunas y 11 Servicios de Salud. La revisión de fichas clínicas y del paciente de manera directa muestra resultados en general satisfactorios y algunas áreas optimizables por el componente⁴⁷. El 44% de personas examinadas presentaba algún tipo de daño periodontal, principalmente inflamación de encías. El 81% tenía la mucosa subprotésica en estado satisfactorio. El 56% de los casos reportados carecían de caries. Sin embargo, entre los que presentaron caries, la mayor parte de éstas se encontraron en piezas no obturadas anteriormente. Esto último podría aludir a la calidad de la educación y prevención que entrega el componente y/o a la complejidad inherente a las acciones educativas orientadas a adultos de baja escolaridad.

b) Uso de prótesis

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

Al consultar sobre las razones por las cuales los beneficiarios no utilizan siempre las prótesis, se encuentran motivaciones similares para ambos tipos, siendo las dos más mencionadas: que “no la siente cómoda” (63% en el caso de prótesis superior y 53% en el de prótesis inferior) y que “le hace daño utilizarla” (36% de las respuestas en prótesis superior y 43% en prótesis inferior). El argumento “la prótesis se encuentra en mal estado” resulta ser el tercero en orden de importancia para el caso de prótesis superior (15%) y el cuarto para el caso de prótesis inferior (17%). Esto indica que la mayoría de reparos de los beneficiarios se relacionan a la calidad de la(s) prótesis.

c) Cambios en conducta de los beneficiarios

De los beneficiarios que recibieron consejos de aseo dental, el 79% señaló ponerlos en práctica siempre. Para los que recuerdan que se les entregó recomendaciones sobre su alimentación, dicho porcentaje es de 66%.

La comparación entre los beneficiarios y el grupo de control encuestados no permiten concluir un efecto positivo del componente sobre la higiene dental. Algunas estimaciones de matching en corte transversal muestran resultados estadísticamente significativos, por haber participado en el componente, pero no se encuentran impactos para estas mismas variables (probabilidad de tener un cepillo de dientes de uso personal; probabilidad de lavarse los dientes más de tres veces al día; la probabilidad de cambiar el cepillo de dientes cada 2 meses máximo, y la de mantener el mismo cepillo por 6 meses o más) en ninguna de las estimaciones de diferencias en diferencias.

⁴⁷ Dicho estudio carece de representatividad estadística por no haber aleatoriedad en el grado de respuesta de unas comunas y Servicios respecto a otros.

d) Mejoramiento del índice COPD

El mejoramiento del índice COPD⁴⁸ se estudió a partir de la información de veinte Servicios de Salud⁴⁹. Se realizó una proyección del número de piezas tratadas a nivel nacional de acuerdo al producto entre el número promedio de piezas cariadas entre los veinte Servicios de Salud que presentan información y el número total de altas odontológicas entregadas por el componente en todo el país durante 2003. En dicho año, el componente habría tratado a nivel nacional aproximadamente 140.548 piezas dentales. Los mayores valores para este indicador se registran en los Servicios de Salud cercanos a grandes zonas urbanas, como el Metropolitano Occidente (16.512), Metropolitano Sur Oriente (9747), Viña del Mar (9.216) y Concepción (9.210). Se carece de información sobre años anteriores como para evaluar la evolución de la eficacia del componente en este indicador.

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

De acuerdo a los términos de referencia y la opinión de equipo evaluador, los resultados intermedios esperados del Componente IRA se pueden clasificar en cuatro aspectos: (i) Nivel de resolutivez, el que se evalúa a través de la información obtenida de la encuesta a los beneficiarios del componente y del estudio de casos realizado por un experto de la salud; (ii) Cambios en la conducta de los beneficiarios, analizados con información obtenida de la encuesta a los beneficiarios del componente; (iii) Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas, el cual se evaluó a partir del estudio de casos realizado por un experto de la salud y el análisis de la información cualitativa y (iv) Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico y derivación del nivel primario, tema que no se aborda debido a la falta de información y bases de datos del componente.

a) Nivel de resolutivez de las salas IRA

La capacidad resolutivez de las salas **IRA** es adecuada según la encuesta, considerando que el 11% de los encuestados fue derivado para ser atendido en otro centro de salud. El 77% percibe que los pacientes se recuperaron gracias al tratamiento que recibieron.

b) Cambios en la conducta de los beneficiarios

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

c) Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas.

El análisis de la información del estudio de casos realizado por un profesional de la salud especialista en medicina familiar indica que, de acuerdo a la información

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

⁴⁹ Esta información es la única con que se cuenta a nivel central, de modo que no es posible realizar un análisis más completo, ni que incluya un mayor número de años. El número de piezas tratadas fue calculado como el promedio de piezas cariadas que presentaban los beneficiarios de cada Servicio de Salud antes de su ingreso al componente, ponderado por el número total de altas realizadas. El supuesto que subyace a este análisis es que todas las piezas cariadas de los beneficiarios efectivos del componente fueron tratadas, lo cual implica que pueden haber sido obturadas o extraídas según necesidad. El hecho de no contar con datos de COPD con posterioridad a las atenciones del componente impide diferenciar entre ambas situaciones.

registrada en la ficha clínica de los pacientes atendidos en los días⁵⁰ y las salas seleccionadas para este estudio⁵¹, el manejo clínico fue en una gran mayoría concordante con las normas técnicas de IRA del Ministerio de Salud, tanto en las indicaciones médicas, como en el manejo kinésico.

3.2.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

De acuerdo a los términos de referencia y la opinión de equipo evaluador, los resultados intermedios esperados del Componente ERA se pueden clasificar en cuatro aspectos: (i) Nivel de resolutivez, el que se evalúa a través de la información obtenida de la encuesta a los beneficiarios del componente y del estudio de casos realizado por un experto de la salud; (ii) Cambios en la conducta de los beneficiarios, analizados con información obtenida de la encuesta a los beneficiarios del componente; (iii) Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas, el cual se evaluó a partir del estudio de casos realizado por un experto de la salud y el análisis de la información cualitativa y (iv) Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico y derivación del nivel primario, tema que no se aborda debido a la falta de información y bases de datos del componente.

a) Nivel de resolutivez de las salas ERA

Las salas **ERA** son altamente resolutivas según la encuesta: sólo el 15% de los pacientes fue derivado por el componente para ser atendido en otro centro de salud. El 74% indica que solucionó el motivo de la consulta con el tratamiento recibido en las salas y que los beneficiarios se recuperaron gracias a dicho tratamiento.

b) Cambios en la conducta de los beneficiarios

El 85,41% de los encuestados que recibieron consejos señalan que los practican “siempre” o “muy seguido”.

c) Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas.

Respecto al manejo de normas técnicas ERA y protocolos, los datos del estudio de casos en fichas clínicas muestran que el manejo clínico de estos pacientes de acuerdo a las normas técnicas es variable en cada sala y fue frecuente encontrar casos con estudio incompleto y manejo inadecuado. Según la opinión del experto que realizó el estudio de casos, es posible que parte de estas deficiencias estén relacionadas con el acceso a estudio diagnóstico, lo cual fue más notorio en los consultorios fuera de la Región Metropolitana⁵².

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

⁵⁰ Un día del mes de enero y un día del mes de julio seleccionados aleatoriamente. No obstante los casos revisados fueron escasos (como corresponde en esta metodología) y los consultorios y regiones elegidos de manera no aleatoria, por lo que el estudio carece de representatividad estadística. Se visitaron 4 consultorios en las Regiones Metropolitana, IV, y VI.

⁵¹ La desagregación y el detalle de la muestra y los casos estudiados se pueden ver en el Anexo N°13

⁵² Se visitaron 4 consultorios en las Regiones Metropolitana, IV, y VI.

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

El principal resultado esperado se refiere a la capacidad de resolutivez, asociada al diagnóstico oportuno realizado con radiografías de tórax, y se evaluó con información de la encuesta y el estudio de casos en fichas clínicas.

La resolutivez del componente confirma la evaluación positiva de las salas ERA e IRA (a las cuales apoya), ya que un 90% de quienes se tomaron una radiografía declaran seguir controlándose en estos recintos luego de obtenido el diagnóstico. Al comparar el motivo por el cual le pidieron la radiografía y el diagnóstico ex post, éstos coinciden en un 62,26% de los casos (se advierte que este reporte del usuario puede ser erróneo).

El estudio de casos realizado por un profesional del área de la salud⁵³, compara los diagnósticos ex -ante y ex -post de 30 pacientes revisados, en un 50% de ellos se estimó que la solicitud de radiografía no era pertinente⁵⁴. Sin embargo, el profesional señala que no es posible determinar la causa exacta de este problema, puede deberse tanto a déficit en los registros de las fichas clínicas como a desconocimiento de los médicos tratantes.

3.2.6 Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia

Los principales resultados intermedios esperados son los siguientes: (i) Un mejoramiento en el nivel de resolutivez, el cual se analiza según las opiniones vertidas en la encuesta a beneficiarios sobre la necesidad de atenciones médicas posteriores incluyendo derivaciones a centros de emergencia de mayor complejidad; (ii) el grado de conocimiento y cumplimiento de protocolos y normas técnicas de la atención en SAPU, como indicadores de calidad, tema que se evalúa con información del estudio de casos referido a la calidad técnica y pertinencia de los tratamientos; (iii) Posibles cambios de conducta de los beneficiarios inducidos por las actividades educativas del componente, analizados con información de la encuesta.

a) Nivel de Resolutivez

En el caso de los SAPU, se registra como argumento a favor de su resolutivez el bajo porcentaje que es derivado – menor del 3% de acuerdo a catastro de MINSAL a los recintos y 8% según la memoria de los encuestados. Por otro lado, el 66% de encuestados reconoce no haber recibido otras atenciones con posterioridad a la última consulta en SAPU para resolver el mismo problema de salud. Sin embargo, dentro de ese conjunto, el 34% manifiesta haber necesitado nuevas atenciones. Por tanto, el porcentaje de personas que quedó conforme con el tratamiento entregado en SAPU y no requirió de atenciones adicionales constituye el 44% del total de la muestra. Esto sugiere cautela al evaluar la resolutivez, así como el hecho de que los SAPU atienden una mayoría de policonsultantes, dentro de los cuales debiera predominar la morbilidad general de tipo agudo o crónico.

⁵³ Para mayor detalle ver Anexo N°13: Estudio de Casos. Se visitaron todas las salas IRA y ERA de sus correspondientes estudios, en las regiones Metropolitana, IV y VI.

⁵⁴ Nótese que este estudio no es estadísticamente representativo, por lo tanto no se pueden extrapolar las conclusiones para todos los establecimientos de atención primaria que cuentan con el componente.

La mayor parte de los beneficiarios, de no haber podido atenderse en SAPU, hubiese optado por la atención pública hospitalaria. En efecto, las alternativas “servicio de urgencia de hospital público” y “hospital del SNSS” reúnen en conjunto al 66% de las preferencias, lo que permite suponer una contribución del Servicio de Atención Primaria de Urgencia en la descongestión de los establecimientos hospitalarios⁵⁵.

b) Cambios en la conducta de los beneficiarios

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

c) Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas.

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

En general, todos los pacientes son controlados en sus signos vitales, pero no siempre la información disponible en las hojas de atención permite precisar diagnósticos y manejo terapéutico con exactitud en todos los establecimientos⁵⁶, lo que revela un problema de calidad en los registros. También se observó heterogeneidad en la derivación de pacientes. En algunos recintos la totalidad de los pacientes derivados a centros de urgencia de mayor complejidad correspondieron a urgencias no-vitales o vitales, y los traslados se realizan en forma oportuna y en vehículos perfectamente habilitados para ello (salvo decisión voluntaria del mismo paciente). En otros, se detectaron varias deficiencias en el manejo y decisión de traslado a otros centros asistenciales, por cuanto parte de éstos que pudo haberse evitado.

3.3. Resultados Finales

Se estudió el impacto del PRAPS en aquellos componentes en que se dispuso de adecuadas hipótesis causales, metodología robusta e información adecuada para la evaluación.

3.3.1. Componente Odontológico

El Componente Odontológico tiene entre sus objetivos recuperar integralmente la salud bucal de sus beneficiarios. En este sentido, a nivel de resultados finales se plantean las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1: Los beneficiarios tienen mejor percepción de su salud bucal

⁵⁵ El equipo evaluador intentó plantear un modelo de datos de panel para encontrar una posible relación causal entre las consultas a nivel de SAPU y de urgencia hospitalaria en la Región Metropolitana, la escasez de datos (después de realizar las gestiones en todas las instancias relevantes del MINSAL) y su discontinuidad impidió la configuración de un modelo robusto. Por estos motivos, se desestimó dicha posibilidad. No obstante, a través de las opiniones de los mismos beneficiarios expresadas en la encuesta es posible conocer a grandes rasgos qué tipo de centros de atención médica podrían estar siendo descongestionados gracias a la existencia de establecimientos SAPU, aún cuando su impacto no pueda ser cuantificado.

⁵⁶ Esto equivale a decir que existe una alta heterogeneidad entre establecimientos en relación al tipo de información que registran sobre las pacientes y las atenciones brindadas. Lo anterior dificulta la obtención de conclusiones contundentes sobre el servicio entregado, por cuanto no queda claro si el déficit se encuentra en la calidad de la atención, en la calidad del registro, o en ambos.

Además, como ya se señaló anteriormente, diversos documentos reconocen que la recuperación de la salud bucal mejora la autoestima y por ende podrían favorecer la inserción laboral⁵⁷. Dadas estas consideraciones y, aunque la inserción laboral no es objetivo específico de este componente, se agregan las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 2: Los beneficiarios trabajan una mayor proporción de horas mensuales
- Hipótesis 3: Los beneficiarios tienen mayores salarios
- Hipótesis 4: Los beneficiarios tienen mayor estabilidad laboral

Tal como en el análisis de resultados intermedios, las variables de resultado se analizaron con distintas especificaciones de variables independientes y métodos cuasiexperimentales que estiman el efecto marginal de la participación del programa utilizando estimadores de corte transversal (Efecto Promedio del Programa y el Efecto Promedio del Programa sobre los Participantes), así como mediante modelos de diferencias en diferencias.

En resumen, los beneficiarios tienen en promedio una mejor apreciación de su salud dental. El impacto por participar en el componente indica un aumento de 23 puntos porcentuales en todas las estimaciones de *matching* usando la mejor combinación de controles (método kernel) de corte transversal (percepción en período post programa). Del método de diferencias en diferencias (y controlando por todas las variables relevantes), se obtiene que al pasar del período pre programa (2002) al post-programa (2004), la probabilidad de percibir una buena salud dental es mayor en 35 puntos porcentuales para los beneficiarios⁵⁸. No fue posible identificar que el componente haya tenido algún efecto sobre la empleabilidad y los ingresos de los beneficiarios⁵⁹.

3.3.2. Componente IRA

El componente IRA tiene entre sus objetivos el de reducir la mortalidad infantil por enfermedades respiratorias agudas. Las hipótesis testeadas estadísticamente fueron:

- Hipótesis 1: El componente IRA reduce la mortalidad por causas respiratorias en los menores de un año.
- Hipótesis 2: El componente IRA reduce la mortalidad por causas respiratorias en los menores de 15 años.

La metodología utilizó modelos de panel⁶⁰, siendo las unidades de análisis los Servicios de Salud en el período 1987- 2000. Se usaron dos variables de resultado (Y): la mortalidad por enfermedades respiratorias en los menores de un año y la mortalidad por enfermedades respiratorias en los menores de 15 años⁶¹.

⁵⁷ MINSAL, División de Gestión Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003d y 2004a)

⁵⁸ En todos los casos mencionados el impacto tuvo un nivel de significancia estadística de 1%.

⁵⁹ No se registraron efectos en variables de situación laboral después de haber realizado estimaciones por los métodos de *matching* en corte transversal y de diferencias en diferencias.

⁶⁰ Un modelo de panel es un enfoque estadístico que utiliza información de individuos (o “unidades”) a lo largo de un determinado período de tiempo.

⁶¹ Es necesario precisar que aunque la población objetivo del componente IRA son los beneficiarios FONASA, los modelos utilizados en la presente sección no diferencian las defunciones de los beneficiarios de los sistemas de salud público y privado ya que las bases de datos de defunciones no realizan dicha desagregación.

Las variables independientes usadas se refieren a la presencia del componente (número de salas IRA por cien mil habitantes, el cual se estima como el coeficiente entre el número de salas IRA y la población menor de 15 años multiplicado por cien mil) y variables de control de tipo socioeconómico: tres referidas a pobreza (incidencia, brecha de pobreza y severidad de la pobreza); dos basadas en la educación de la madre (porcentaje de mujeres mayores de edad que tienen un nivel educacional superior a la educación básica en los hogares con menores, y la escolaridad promedio de las mujeres mayores de 18 años en los hogares de menores); y la existencia de la “Campaña de Invierno” (con un fuerte componente comunicacional desde 1994)⁶².

Después de realizar diversas estimaciones para evaluar la robustez del resultado final, se obtiene que el componente tiene un impacto negativo y estadísticamente significativo sobre la mortalidad por causas respiratorias en los menores de un año: si en un Servicio de Salud de cien mil habitantes menores de 15 años se incrementa en uno el número de salas IRA, la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de un año se reduce en 5,8%⁶³. A la vez, si en un Servicio de Salud de cien mil habitantes menores de 15 años se incrementa en uno el número de salas IRA, la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de 15 años debiera disminuir en 5,0%⁶⁴.

3.3.3. Componente ERA

El objetivo general del componente ERA es reducir la mortalidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile. La hipótesis a ser testeada estadísticamente indica que las salas contribuyen a reducir la mortalidad por causas respiratorias en los mayores de 65 años (adultos mayores).

La misma metodología de panel se aplicó al componente ERA para el período 2000-2002⁶⁵. Se correlacionó la mortalidad por causas respiratorias en mayores de 65 años con variables independientes referidas a la presencia del componente (número de salas ERA) y variables de control (Gasto Público por Habitante, Atenciones Médicas en el Programa Adulto Mayor y Atenciones Médicas en el Programa Adulto Mayor en la Atención Primaria). Se obtuvo que la presencia de una sala ERA por cien mil habitantes mayores de 20 años reduce la mortalidad por enfermedades respiratorias en adultos mayores en alrededor de 8,3%⁶⁶.

⁶² Hubiera sido deseable contar con información respecto al gasto en salud (en particular a la eficiencia del gasto) en cada uno de los Servicios de Salud, variable que hace referencia a las atenciones del conjunto del sistema público de salud. Sin embargo, no se obtuvieron los datos solicitados por el equipo evaluador en la totalidad del periodo 1987 – 2000. La información recolectada por el equipo evaluador en el MINSAL tanto a nivel central como en los servicios de salud, indicaría que los criterios de instalación de salas IRA no están correlacionados con los recursos de cada uno de los Servicios de Salud, razón por la cual su omisión no alteraría la propiedad de insesgadez del coeficiente β del modelo de panel.

⁶³ Con 95% de confianza este intervalo se encuentra entre -6,5% y -5,1%.

⁶⁴ Con 95% de confianza este intervalo se encuentra entre -5,8% y -4,1%.

⁶⁵ Las salas funcionan desde 2001 pero se agregaron datos del año 2000 para capturar la situación “sin programa”.

⁶⁶ Con 95% de confianza este intervalo se encuentra entre -11,7% y -4,9%. Cabe aclarar que los modelos usados (corregidos por Mínimos Cuadrados Generalizables Factibles), el coeficiente estimado en la variable “Salas ERA por cien mil habitantes” difiere significativamente entre éstos, variando entre -0,059 y -0,157, lo cual hace pensar en la existencia de alguna variable omitida en el modelo que podría estar produciendo sesgo en el coeficiente “Salas ERA por cien mil habitantes”. Teóricamente los coeficientes estimados en los modelos de efectos fijos son una cota inferior del verdadero valor del coeficiente (en valores absolutos), mientras que los modelos de efectos aleatorios son un coeficiente superior. Dadas

4. Uso de recursos

4.1. Análisis de los recursos financieros y Economía

La evaluación del período 1999-2003 indica un compromiso creciente del Estado con el financiamiento del PRAPS, a la vez que una capacidad significativa del Programa de movilizar recursos de terceros, especialmente aportes municipales⁶⁷.

El aporte fiscal al PRAPS aumentó de MM\$ 10.700 (en pesos de 2004) a MM\$ 15.532 en dicho periodo. El componente más importante es el SAPU cuya participación del aporte fiscal del PRAPS ha fluctuado alrededor del 50%. El presupuesto para las salas IRA ha variado entre el 22% y 26% del aporte fiscal del PRAPS en el periodo evaluado. En 2003, la participación de los componentes SAPU, Sala IRA, Odontológico, Sala ERA, Fondo de Incentivo y Apoyo Diagnóstico del presupuesto total del programa ha sido de 47%, 22%, 13%, 9%, 8% y 2%, respectivamente.

Mediante métodos de costeo de la canasta de prestaciones o de los establecimientos (salas ERA, IRA) se estimó el gasto efectivo del PRAPS, el que asciende a MM\$ 15.000 en 1999 y MM\$ 25.000 en 2003⁶⁸.

A diferencia de los demás componentes, el Fondo de Incentivo ha visto disminuido su aporte fiscal desde \$1,9 a \$1,2 miles de millones entre 1999 y 2003. Esta reducción se explicaría por el cambio en las líneas de acción, ya que inicialmente estaban orientadas a áreas sanitarias, consideradas como más costosas.

El aporte fiscal al Componente Odontológico fue en el año 2003 igual a \$2 miles de millones. Durante el periodo comprendido entre 1999 y 2003, éste aumentó alrededor de 3,7 veces, principalmente por el incremento en el número de altas y prótesis fijadas como metas. El aporte municipal como proporción del gasto efectivo aumentó de 10% a 18% entre 1999 y 2003.

estas consideraciones resulta conservador presumir que el verdadero valor fluctúa entre -0.059 y -0.157, por ello se seleccionó como mejor regresión la mencionada. Cabe agregar que en los primeros años de funcionamiento del componente (período analizado en el modelo), las salas instaladas se han concentrado en la Región Metropolitana, lo cual sugeriría que a nivel nacional los criterios socioeconómicos no estarían correlacionados con la decisión de instalar una Sala ERA.

⁶⁷Conviene aclarar algunas definiciones utilizadas en los cálculos: (i) **Aporte Fiscal:** son las transferencias que se realizan desde el nivel central a los municipios y Servicios de Salud, específicamente para la ejecución de los componentes del PRAPS; (ii) **Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas:** son los aportes que realizan los administradores de establecimientos de dependencia de los Servicios de Salud para la ejecución de los componentes del PRAPS y son complementarios al Aporte Fiscal. (iii) **Otras Fuentes Estimadas (aportes de terceros, aportes de beneficiarios):** son los aportes que realizan los administradores de establecimientos municipales para la ejecución de los componentes del PRAPS y son complementarios al Aporte Fiscal. (iv) **Gasto Efectivo Estimado:** son las estimaciones realizadas en el presente estudio del gasto total de cada uno de los componentes del PRAPS.

⁶⁸ Cabe advertir que no existe información oficial sobre el gasto total (efectivo) del PRAPS, ni de los aportes realizados por los ejecutores de los componentes en los establecimientos municipales o dependientes de Servicios de Salud, complementarios a las transferencias realizadas desde el nivel central para la ejecución de cada uno de los componentes. Por esto, se estimó el gasto total de cada uno de los componentes del PRAPS, adecuándose a las restricciones de información. En el componente Odontológico, el gasto efectivo se estimó como el producto entre el número de altas realizadas y el costo asociado a cada una de ellas; en los componentes IRA y ERA, como el producto entre el número de salas y el costo promedio de cada una; en el componente SAPU, como el producto entre el número de SAPU y el costo promedio de uno de ellos (tanto SAPU cortos como SAPU largos).

El aporte fiscal al componente IRA aumentó en 43%, debido principalmente al incremento en el número de salas. Según las estimaciones elaboradas en el presente estudio, el financiamiento proveniente de los Servicios de Salud y de terceros (municipios) ha sido desde el año 2001 mayor que el aporte fiscal, por el incremento sostenido en la participación de los recursos municipales. El aporte municipal como proporción del gasto efectivo creció de 32% a 42% entre 2000 y 2003.

El aporte fiscal al componente ERA creció en 7,6 veces desde su inicio (2001) hasta 2003, siendo igual a \$1,4 miles de millones en el último año. Este aumento se debió principalmente al incremento del número de salas. Los recursos provenientes de municipios y Servicios crecieron en el periodo analizado de \$113 a \$910 millones. El aporte municipal como proporción del gasto efectivo se incrementó de 29% a 37% entre 2002 y 2003.

En el componente Apoyo Diagnóstico, desde el año 2002 al 2003, el aporte fiscal por MINSAL creció en 60%, de \$231 millones a \$368 millones, debido a la mayor cobertura del Componente (su presencia se expandió de 39 a 141 comunas).

Respecto al componente más relevante en términos presupuestarios (SAPU), el aporte fiscal creció de 5,9 a 7,2 miles de millones de pesos. El aporte municipal como proporción del gasto efectivo aumentó de 24% a 33% entre 1999 y 2003.

En el total del PRAPS, los aportes de municipios y Servicios se incrementaron en alrededor de \$4,2 miles de millones, entre 2000 y 2003, siendo más significativo el aporte municipal – dado que el Programa tiene mayor presencia en establecimientos de su jurisdicción - y también por los mayores costos que enfrentan los municipios en recursos humanos respecto a consultorios dependientes de Servicios de Salud. La participación del aporte municipal como porcentaje del gasto efectivo creció de 25% en 2000 a 32% en 2003⁶⁹.

4.2. Eficiencia

Se construyeron algunos indicadores específicos por componente para realizar comparaciones con referentes “internos” o externos (contrafactuales), dado el carácter limitado y deficiente de la información entregada por los Servicios de Salud.

En el componente Odontológico, el índice de producción que pondera las prestaciones identificadas por el monto en que éstas son valorizadas creció en 3,9 veces entre 1999 y 2003, mientras el aporte fiscal lo hizo en 3,7 veces. Esta mejoría de la eficiencia en 7% es destacable considerando que en el período analizado el componente se expandió principalmente en las comunas tipo rural pobre, rural no pobre y tipo costo fijo, las cuales en promedio tienen costos mayores que las comunas urbanas.

El costo de la canasta de prestaciones promedio del componente (que fluctúa según tipo de comunas entre 74 y 104 mil pesos por beneficiario) es inferior al valor que se

⁶⁹ Bajo el supuesto de que el gasto en los componentes Apoyo Diagnóstico y Fondo de Incentivo son aproximadamente iguales a su aporte fiscal. Si bien este supuesto es razonable, se carece de información para validarlo totalmente.

obtendría con los aranceles FONASA (98 mil pesos) en todas las comunas, con excepción de las de tipo rural pobre y costo fijo⁷⁰.

En el componente IRA, el arancel Fonasa para una infección respiratoria aguda (pago asociado a diagnóstico) es de \$260.000 por caso⁷¹, mientras que las prestaciones realizadas en las salas IRA tienen un valor por prestación que no supera los \$3.900, lo cual lleva a concluir el significativo ahorro de recursos por el tratamiento oportuno en las salas. Del mismo modo, los aranceles Fonasa para las consultas integrales de especialidades en hospitales tipo 1, 2 y 3 son de \$4.900 y \$3.800 por atención, respectivamente, precio mayor al costo estimado de las consultas médicas en Salas IRA en la mayor parte de categorías comunas y prestaciones (médica, kinésica).

Análogamente, el tratamiento de una infección respiratoria aguda y el día cama integral para enfermos geriátricos o crónicos tienen un arancel de \$260.000 (pago asociado a diagnóstico)⁷² y \$23.000, respectivamente, valores que exceden largamente el costo estimado de las atenciones de las salas ERA, que oscila entre \$1.400 y \$4.500 por prestación dependiendo del tipo de profesional que entrega el servicio y el tipo de comuna.

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

En el SAPU, el índice agregado de producción relativo a la asignación presupuestaria no se modificó entre 2001 y 2003. El rendimiento de un SAPU corto (7,5 consultas por hora médica) es mayor que el de uno largo (5,4). Asimismo, el costo potencial de las consultas médicas no excede para ningún tipo de comuna los \$1000, cantidad muy inferior en comparación con el arancel FONASA para consulta médico de atención primaria (\$3.040) y el correspondiente a la consulta en un servicio de urgencia de Hospital tipo 1 (\$8.000). Debe advertirse que, si bien los SAPU son una estrategia económica respecto a los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) y los consultorios de atención primaria, las atenciones en SAPU no son estrictamente comparables con su contrafactual en consultorios en términos de calidad, ya que esta última es parte de un sistema más completo que incorpora el concepto de atención integral (seguimiento, prevención, historia clínica, etc.).

5. Desempeño global

El PRAPS está formado por componentes heterogéneos en sus objetivos y en las unidades de medición de beneficios. Por tanto, no es factible agregarlos ni emitir

⁷⁰ La tipología de establecimientos municipales tiene dos dimensiones: ruralidad y pobreza. La pobreza está referida no a la población sino a los ingresos municipales. Las comunas tipo Costo Fijo son comunas con población menor de 3500 beneficiarios FONASA. El tipo "SERVICIO" está referido a los Establecimientos dependientes de Servicios de Salud.

⁷¹ El pago asociado a diagnóstico (PAD) determina el costo de una canasta promedio de prestaciones para el tratamiento de un paciente. Evidentemente, se trata de una atención de mayor complejidad.

⁷² Se advierte que el pago asociado a diagnóstico no es estrictamente comparable con la prestación de la sala IRA porque el primero incluye una canasta de atenciones, mientras que para las salas se calcularon costos unitarios por tipo de prestación.

comparaciones entre los impactos de los componentes. A su vez, algunas variables de resultado son cualitativas y no son directamente interpretables en unidades de “beneficio-costo”.

Los impactos marginales – estadísticamente significativos – destacables se refieren a la reducción de la mortalidad en salas IRA y ERA, así como a la percepción de mejoramiento en salud dental (componente Odontológico). Este último componente presenta los principales resultados intermedios obtenidos (mejoramiento en el índice COPD).

El gasto por sala IRA para reducir en 1% la mortalidad en menores de un año, por cada cien mil habitantes menores de 15 años, fluctúa entre 2,6 y 3,9 millones de pesos (en valores de 2004) según se trate de una misma sala operando en condiciones de menor costo (administrada por Servicio de Salud) o en el extremo de mayor costo (en comunas tipo Costo Fijo). El gasto por sala ERA para reducir en 1% la mortalidad en personas mayores de 65 años, por cada cien mil habitantes mayores de 20 años, fluctúa entre 2,2 y 3 millones de pesos (en valores de 2004) según se trate de una misma sala operando en condiciones de menor costo (comuna Urbana No Pobre) o en el extremo de mayor costo (comuna Urbana Pobre).

En el componente Odontológico, el gasto por un punto porcentual de variación en probabilidad de percibir buena o muy buena salud dental oscila, en las estimaciones estadísticamente significativas, entre 3 mil y 4 mil pesos por beneficiario (método de matching) y asciende a 2,5 mil pesos en el método de diferencias en diferencias. La mejoría en el índice COPD – en las regiones en que se dispone de información sobre el daño en los beneficiarios – viene dada por la eliminación de una caries (sea por la obturación de una pieza o la colocación de prótesis), la que se compara con el gasto agregado del componente, de modo que se requieren de 17 mil pesos por pieza tratada.

Entre las principales externalidades esperadas de las prestaciones de salud de los componentes del PRAPS⁷³, destacan aquéllas transversales a éstos y a la atención primaria de salud, como el potencial impacto en el crecimiento económico (por mejoras en el rendimiento escolar y laboral); la liberación de recursos para otras iniciativas de salud o sectores sociales por el tratamiento en el nivel primario; la difusión entre familiares y amigos de mejores prácticas de prevención de enfermedades aprendidas por los beneficiarios efectivos (que potencia la capacidad de reducir las enfermedades o atenderlas de manera oportuna y económicamente); y una creciente sensación en la población de protección y cobertura de la APS.

6. Justificación de la Continuidad

El reforzamiento que realiza el PRAPS, entendido como paliativo de la demanda insatisfecha, no tiene por qué ser una estrategia permanente y alternativa a la modalidad de gestión (descentralizada) y financiamiento (per capita) de la APS. El objetivo del PRAPS de probar nuevas tecnologías de atención para problemas de salud relevantes es más justificable, así como la continuidad del reforzamiento en iniciativas recientes que carecen de difusión uniforme en el país.

⁷³ La propuesta metodológica del Departamento de Economía ofreció enunciar los principales efectos externos del Programa según opinión del equipo evaluador, es decir, desde una perspectiva teórica. Su cuantificación excede los plazos y recursos disponibles para la investigación.

Viendo cada componente como estrategia de salud independiente del concepto de reforzamiento, las salas IRA, ERA y los SAPU están justificados por la vigencia de los problemas que abordan. En el caso de las enfermedades respiratorias, éstas siguen representando, según estadísticas oficiales (DEIS- MINSAL) de 2004, el 59% de la atención de urgencia de la RM en la población menor de 14 años, y su atención oportuna en consultorios y salas IRA y ERA es una opción costo efectiva, lo que justifica su continuidad. Para las personas mayores de 14 años, este porcentaje asciende a 13%. Respecto a los SAPU, estudios de la red de urgencia MINSAL indican que al menos el 60% de la demanda que enfrentan los SUH no es pertinente de resolverse en estos recintos por su baja complejidad y requiere reorientarse hacia el nivel primario y atenderse oportunamente, pero a menor costo.

Adicionalmente, el análisis de eficacia, eficiencia y economía realizado para los tres componentes anteriores muestra en general, resultados favorables.

El componente Apoyo Diagnóstico es relevante porque aborda problemas respiratorios. No obstante, no está debidamente justificado como una estrategia de compra específica de radiografías de tórax, respecto a la adquisición de procedimientos - exámenes o prestaciones - que requiere la APS y que favorecería el aprovechamiento de economías de escala o de ámbito. Los documentos e información oficial carecen de un diagnóstico sobre los niveles de utilización de la capacidad instalada de imagenología en hospitales que identifiquen la relevancia de comprarles radiografías adicionales. Adicionalmente, la precariedad de sus sistemas de información impide dar una respuesta concluyente sobre su continuidad en términos de eficacia⁷⁴.

En el componente Odontológico, la continuidad no está plenamente justificada desde la perspectiva de la vigencia del problema que origina el componente, pero existen argumentos a favor por sus logros en ámbitos de eficacia (satisfacción y percepción de salud dental). La atención dental es un área deficitaria en la salud de todos los chilenos, por lo que es conveniente tener mayor información para discernir si atender a un grupo específico - con los costos de transacción asociados a la existencia de un presupuesto marcado y convenios – es una alternativa preferible a asignar estos mismos recursos a ampliar de manera general la oferta de servicios dentales, o a otro segmento de la población. Si el componente avanza en insertarse en el Programa Chile Solidario, se justificaría como parte de una intervención integral en beneficio de los sectores más pobres, y faltaría contar con información que determine rigurosamente su impacto en las condiciones de vida y situación laboral de los beneficiarios en este nuevo escenario.

La continuidad del Fondo de Incentivo bajo su modalidad actual de funcionamiento es cuestionable desde diversas perspectivas. Se desconoce el diagnóstico concreto sobre el problema de eficiencia que se pretende abordar y sus eventuales causas. Esto dificulta discernir si las líneas de acción específicas de cada año son en efecto los que más impactan en el logro del propósito de mejorar la gestión, más aún si el componente financia metas que ya son parte de otros programas que se realizan independientemente

⁷⁴ El 70% de los pacientes de las salas IRA y ERA encuestados con necesidad de una radiografía habrían accedido a la toma de ésta antes de 24 horas, tal como lo establecen los lineamientos del componente, pero se desconoce cuántas de estas personas fueron beneficiarios efectivos de la compra de radiografías. Es decir, está abierta la posibilidad de que la mayor parte de los exámenes se hayan realizado en la modalidad “sin programa” y que, por tanto, la presencia del componente no esté reduciendo significativamente los tiempos de espera.

de la existencia del Fondo. El diseño falla en respaldar la estructura de áreas de acción heterogéneas y cambiantes como la mejor manera de incentivar el desempeño laboral, y en ofrecer claridad sobre las señales que se entregan al personal, lo cual perjudica el funcionamiento del “incentivo”. Adicionalmente, se carece de indicadores más duros de verificación de la eficacia, por ejemplo, del impacto de la gestión de listas de espera en la toma de decisiones y en la capacidad resolutoria del establecimiento.

7. Recomendaciones

La evaluación realizada, cuyo principal instrumento de recopilación de información se ha centrado en los ciudadanos, muestra una visión favorable de los beneficiarios del PRAPS respecto a los servicios recibidos. Donde la información lo permitió, se identificaron los resultados intermedios y finales de los componentes de mayor importancia en el presupuesto (SAPU, IRA, Odontológico, ERA). Esto indica que se trata de estrategias que generan beneficios y que las principales recomendaciones apuntan al mejoramiento del PRAPS, es decir, a identificar los aspectos susceptibles de “optimización”.

De manera general, surgen dos áreas de recomendaciones:

i) La gestión del PRAPS se potenciaría con una dirección que unifique los elementos diversos de sus componentes, permita aprovechar sinergias y obtener procesos de producción y supervisión más eficientes. Puntos concretos en que se pueden registrar ganancias se refieren a los siguientes:

- Revisar la factibilidad de reducir los costos de transacción asociados a la multiplicidad de convenios. Permitir que un solo convenio defina las condiciones de realización de varios componentes del PRAPS presenta como ventajas las de obtener economías de procesos y acercar las perspectivas de los distintos componentes en una lógica común. La adopción de esta sugerencia es factible explicitando la responsabilidad de coordinación a nivel central y regional, y procurando un manejo flexible para contener las diferencias entre componentes.
- Unificar criterios para el diseño de indicadores de verificación de logro, y mejorar la coordinación con las instancias de MINSAL responsables de consolidar las estadísticas del sector, de modo de aprovechar los recursos informáticos disponibles.
- Otorgar una lógica común a la asignación de recursos desde el nivel central. Es decir, si bien los componentes son diversos, en cada uno se esperaría que la asignación hacia los niveles regionales incorpore ex ante las diferencias de la población a cargo en su perfil epidemiológico y socioeconómico. Este tema incluye la conveniencia de verificar el cumplimiento de los criterios de asignación de recursos transferidos para la expansión de un componente (ERA, SAPU, Odontológico).
- Identificar los componentes cuya función normativa requiera mayor desarrollo a nivel central. Por ejemplo, en la adecuación de los modelos de atención a la realidad de la APS y perfil de los usuarios (enfermos crónicos, policonsultantes en SAPU).

Los resultados de la encuesta llevan a plantear esta sugerencia a los componentes SAPU, ERA e IRA.

ii) Se sugiere que el PRAPS, entendido como “reforzamiento”, priorice estrategias innovadoras que se encuentren en período de prueba, cuya presencia en el país es parcial, o que atiendan demanda insatisfecha coyuntural. Es decir, los componentes ya validados en términos de gestión y resultados sanitarios, difundidos a nivel nacional y que abordan problemas de salud de carácter permanente son susceptibles de incorporarse al modelo de gestión descentralizada y financiamiento per capita. El componente IRA satisface todas estas condiciones, en tanto el componente ERA podría requerir un período mayor de experimentación y difusión antes de trasladarse a la modalidad per capita.

A continuación se presentan las principales recomendaciones para cada componente

7.1. Fondo de Incentivo

- De continuar, se sugiere una redefinición desde su diseño, planteando un modelo de causalidad de las variables que generan el problema de gestión que se pretende abordar, y que éste sea relevante.
- Revisar la conveniencia de atacar problemas de gestión a nivel local (consultorio) respecto a temas transversales al conjunto de la APS y el sistema público de salud (flexibilidad de gestión de recursos humanos, incentivos a mayor competencia y orientación al usuario, etc.).
- Reducir la dispersión de líneas de acción que se apoyan y otorgarles mayor continuidad en el tiempo. Esto no es incompatible con plantear que el cumplimiento de lo programado se refleje en indicadores verificables en periodos acotados de tiempo.
- Definir metas de desempeño que se puedan relacionar con los recursos asignados – cuando requieran producción adicional - y permitan identificar el esfuerzo generado por el incentivo. Esto es clave cuando se proponen actividades que ya están financiadas por otros programas de salud.
- Aspectos relevantes de gestión, motivación y desempeño de los recursos humanos a nivel local, podrían mejorarse con estrategias más simples: concursos, incentivos variables vinculados a estándares de atención al cliente o al ejercicio de los directivos de establecimientos.
- Garantizar que los recursos que premian el desempeño lleguen efectivamente a las personas y/o establecimientos que alcanzaron el mayor cumplimiento de metas.
- Diseñar indicadores de verificación que, a diferencia de los actuales, impliquen mayor exigencia y sirvan para diferenciar a los establecimientos más eficaces.
- Los indicadores de logro en áreas como OIRS y gestión de lista de espera son más adecuados si dan cuenta del impacto de dichas estrategias en la toma de decisiones del consultorio.

7.2. Odontológico

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

7.3. IRA

- Avanzar en la integración de las salas IRA al modelo de gestión descentralizado de la APS. Un aspecto concreto se refiere a permitir desde el nivel central mayor coordinación entre los profesionales de las salas y el resto del consultorio, y que los primeros apoyen de manera más flexible las necesidades del establecimiento – por ejemplo, que el consultorio pueda planificar sus tareas en períodos en que se sabe que la demanda de atenciones respiratorias es menor -.
- En la misma dirección, se sugiere evaluar la factibilidad de dar continuidad a las condiciones contractuales del personal de las salas.
- Explicitar la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos, ambientales y socioeconómicos en la decisión de asignación de recursos para la implementación de nuevas salas.
- Revisar el modelo de atención de las salas y su adecuación al perfil de necesidades de los enfermos crónicos, que sin constituir la mayoría – la tecnología de las salas se orienta a patologías agudas - son un segmento no menor (ver recomendaciones ERA).

- Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal⁷⁵.

7.4. ERA

- Avanzar en la integración de las salas ERA al modelo de gestión descentralizado de la APS. Un aspecto concreto se refiere a permitir desde el nivel central mayor coordinación entre los profesionales de las salas y el resto del consultorio, y que los primeros apoyen de manera más flexible las necesidades del establecimiento – por ejemplo, que el consultorio pueda planificar sus tareas en períodos en que se sabe que la demanda de atenciones respiratorias es menor -.
- En la misma dirección, se sugiere evaluar la factibilidad de dar continuidad a las condiciones contractuales del personal de las salas.
- Explicitar la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos, ambientales y socioeconómicos en la decisión de asignación de recursos para la implementación de nuevas salas.
- Dado que el componente replica la tecnología de las salas IRA, conviene evaluar - técnicamente y desde el usuario - el modelo de atención y su adecuación al perfil de necesidades de los enfermos crónicos, que constituyen la mayoría de sus beneficiarios y requieren un cuidado integral que maneje oportunamente sus problemas y las “comorbilidades” que son tratadas en otros programas del consultorio orientados a este sector. Esta recomendación se relaciona con la primera (mayor integración al equipo del consultorio).
- Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal.

7.5. Apoyo Diagnóstico

- De continuar, se recomienda redefinirlo desde su objetivo – y el diagnóstico del problema – hasta los sistemas de información que permitan validar su eficacia.
- Respalda la pertinencia de esta estrategia de compra específica de radiografías de tórax. Es deseable financiar un diagnóstico oportuno de enfermedades respiratorias, pero se desconocen las ventajas específicas de desarrollar esta iniciativa de manera

⁷⁵ Es válido preguntarse si es preferible radicar los sistemas de información en el nivel central o en los Servicios de Salud. De acuerdo al marco conceptual presentado en esta investigación, la ejecución de un marco regulatorio (definido a nivel central) puede optimizarse en el nivel regional (Servicios de Salud) que debiera poseer mayor información sobre las realidades locales. No obstante, por lo aprendido en esta investigación, los recursos informáticos del sector parecen escasos y los Servicios de Salud son heterogéneos en el grado de cumplimiento de la tarea de tuición técnica que les asigna el Estatuto de Atención Primaria, argumentos a favor de una solución más centralizada. Este comentario es aplicable a todos los componentes.

aislada respecto a la adquisición de procedimientos - exámenes o prestaciones - que requiere la APS y que favorecería el aprovechamiento de economías de escala o de ámbito⁷⁶.

- En el mismo sentido, considerar un diagnóstico actualizado sobre el nivel de utilización de la capacidad instalada de imagenología en el sistema público de salud, con el propósito de identificar si realmente el componente aportaría a mejorar la oportunidad de la atención respecto a la modalidad “sin programa”.
- Explicitar criterios de asignación de recursos y la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos.
- En sistemas de monitoreo y evaluación, construir y recopilar un conjunto crítico de indicadores que verifiquen la priorización de menores de un año y adultos mayores, así como la eficacia, calidad e impacto en reducir los tiempos de espera por radiografías.

7.6. SAPU

- Hacer compatible su carácter dual de puerta de entrada a la red de urgencia y de establecimiento que mayoritariamente atiende morbilidad general. El balance actual desfavorece el segundo objetivo, y requiere considerar ajustes en la regulación y en el **modelo de atención** para que el SAPU asegure un ingreso adecuado a la red electiva. La evidencia de la encuesta revela que los SAPU tienen “clientes frecuentes” que podrían resolver sus problemas recurrentes en el consultorio, por lo que existe un espacio para que el personal mejore su desempeño en la correcta derivación de estos beneficiarios.
- Fortalecer el papel normativo de los niveles central y regional. Una aplicación concreta se refiere a promover una mayor vinculación con el consultorio y los programas de la APS que se realizan en él. Esto permitiría un mejor seguimiento de los “policonsultantes” – muchos de los cuales podrían ser enfermos crónicos, que actualmente cuestionan la calidad y costo efectividad del SAPU, y requieren un cuidado integral como el que entrega el consultorio. Adicional al tema de posibles enfermos crónicos se encuentra el de un segmento no menor de personas que prefiere una atención de choque - aunque no sea integral – por restricciones de su jornada laboral o por la comodidad de acceso relativa al horario del consultorio.
- La perspectiva de los cambios es avanzar en adecuar la oferta de la APS al perfil de demanda para equilibrar impacto sanitario y satisfacción usuaria. La alternativa más adecuada para ajustar la oferta a la demanda y abordar la morbilidad general es sustituir el SAPU por extensión horaria del consultorio – o incorporar al recinto funcionarios que trabajen bajo esta modalidad. Si esta alternativa no está disponible, conviene tener para estos pacientes, al menos, un registro o memoria sobre sus visitas y una estrategia que los incentive a atenderse en el consultorio como mejor opción.
- Evaluar la posibilidad de restringir el horario de funcionamiento de los SAPU en la madrugada, periodo en el cual los SUH están en mejores condiciones de atender la

⁷⁶ La sola evidencia de que los exámenes comprados bajo esta modalidad tendrían menor precio es insuficiente si no es pertinente adquirirlos.

urgencia vital. En este estudio se ha identificado una menor productividad de los SAPU largos respecto a los cortos⁷⁷.

- Otra definición normativa se refiere a hacer más clara la ponderación de los criterios actuales – demográficos, socioeconómicos, etc. - para la expansión del componente.
- Este componente también requiere una mejor supervisión de su desempeño. A diferencia de otros, el diseño y recopilación de indicadores puede potenciarse aprovechando la información que ya existe en otras unidades del MINSAL – Departamento de Estadísticas, equipo de monitoreo de la red de urgencia, entre otros.

⁷⁷ El equipo evaluador no dispuso de información para cuantificar la importancia de una eventual duplicidad de horario con los consultorios adyacentes a los SAPU que cuentan con extensión horaria durante las tardes.

I. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El presente capítulo contiene una descripción del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) y sus seis componentes bajo análisis, que comprende aspectos de proyección, ejecución y gestión de los mismos. Debido a las características disímiles de los componentes, se ha optado por presentar la información bajo cada título, de manera diferenciada para cada uno de ellos.

En la sección 1 de este capítulo se realiza una exposición global del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, detallando su justificación y las políticas globales y/o sectoriales a las cuales pertenece. Además, se entrega un examen de cada componente, incluyendo su descripción y objetivos. En la sección 2 se detalla la estructura organizacional y mecanismos de coordinación de cada componente. La sección 3 expone, para cada uno de los seis componentes, las funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la unidad responsable. A lo largo de la sección 4 se hace un análisis de los beneficiarios de los componentes, que incluye poblaciones potenciales y objetivos relevantes para cada uno de ellos. La quinta parte resume las reformulaciones que han experimentado los componentes, desde su creación hasta la fecha. Finalmente, en la sección 6, se hace mención a programas que guardan alguna relación con los componentes bajo estudio.

1. Descripción global del programa

1.1. Justificación del programa

La política pública de salud debe promover la equidad y eficiencia en el financiamiento y provisión de los servicios, así como contribuir a mejorar el estado de salud y la satisfacción de la población. La dimensión de eficiencia comprende aspectos tales como distribuir correctamente los recursos escasos y producir actividades de promoción, prevención y curación al menor costo posible⁷⁸.

En el contexto chileno, los recursos del sistema público sufrieron una aguda caída en la década de los 80⁷⁹ y los gobiernos democráticos encontraron una situación de deterioro en la infraestructura, en la capacidad resolutive y en las condiciones de trabajo del personal de salud⁸⁰. Este escenario se enfrentó con un aumento significativo en el gasto público de 169% - y de 191% por beneficiario del FONASA - entre 1990 y 1999⁸¹ y mejoras en la política pública⁸².

⁷⁸ Musgrove, 1996

⁷⁹ Zuleta, 1999

⁸⁰ Jiménez de la Jara y Bossert, 1995; Oyarzo, 1994

⁸¹ Rodríguez y Tokman, 2000

⁸² Algunos estudios señalan que el conjunto de políticas desarrolladas permitió: recuperar una tendencia decreciente en la mortalidad infantil a partir de 1992, construir nuevos centros de atención, avanzar en la modernización de los establecimientos existentes, mejorar los mecanismos de asignación de recursos desde FONASA a los prestadores y la atención a la población beneficiaria. (Zuleta, 1999; Celedón y Oyarzo, 1998)

El PRAPS surge en 1990, en el marco de una definición política del Ministerio de Salud orientada a dar prioridad a la estrategia de atención primaria, considerando una dimensión de mediano plazo de carácter político-institucional y una dimensión de corto plazo de carácter técnico-programático⁸³. En sus inicios (1990-1994), el objetivo fue resolver los problemas más urgentes de acceso, capacidad resolutive y cobertura asistencial, implementándose intervenciones como gratuidad, terceros turnos, reforzamiento de farmacia y reforzamiento de recursos humanos. Iniciándose el método de asignación de recursos per-cápita, estas áreas salen del PRAPS y se incorporan a este mecanismo de pago. A partir de 1994-1995 el PRAPS adquiere el carácter de “Área de Gestión”, respondiendo a la tarea de diseñar y probar nuevas tecnologías orientadas a las iniciativas locales⁸⁴.

La definición de los componentes del programa obedece a una evaluación de la atención primaria en el país, que detectó áreas en las cuales era indispensable reforzar acciones de salud, inicialmente en materia de urgencia médica de baja complejidad, enfermedades respiratorias del niño con hospitalización abreviada y atención odontológica integral a mujeres jefas de hogar⁸⁵.

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) fueron creados en 1990 con el objeto de brindar atención médica inmediata en los horarios en que no funcionan los Consultorios Generales Urbanos (CGU) y aumentar así la cobertura, accesibilidad y capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud (APS).

El componente IRA se inició en el año 1990, y hasta la fecha se han implementado 502 salas IRA a lo largo de todo el país, siendo su base de acción los establecimientos de nivel primario del sistema público de salud. Según documentos oficiales, a inicios del componente, es decir, el año 1990, fallecieron 735 niños menores de 1 año a causa de enfermedades respiratorias agudas. A pesar de que estas cifras han disminuído significativamente (a 66 el año 2002), el problema que da origen al componente persiste. Así, según documentos oficiales, en Chile las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la primera causa de consulta por morbilidad pediátrica, tanto en los establecimientos de atención primaria como en los servicios de atención hospitalaria del país. También son la primera causa de hospitalización infantil. Esta situación es especialmente relevante en la región Metropolitana alcanzando casi un 80% en los meses de invierno (junio, julio y agosto) y sobre un 47% en el período estival. Además, este problema de salud se distribuye inequitativamente entre la población, ya que las más altas tasas de morbilidad por IRA, mortalidad por neumonías, y mortalidad infantil se concentran en los Servicios de Salud y comunas de mayor pobreza⁸⁶.

En 1995, se establece el Programa de Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en Atención Primaria (en adelante, Fondo de Incentivos). Esto en el marco del Programa de Modernización del Estado y Mejoramiento de la Gestión Pública, por lo que se definen múltiples iniciativas orientadas a la equidad, eficiencia, eficacia y

⁸³ Las principales leyes en que se enmarca el PRAPS se presentan en Anexo 1.

⁸⁴ Mardones, F. ; Romero, M. ; Silva, F. (1997)

⁸⁵ Véase Mardones, F. ; Romero, M. ; Silva, F. (1997) y MINSAL, División de Apoyo a la Gestión (1994).

⁸⁶ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003b) y Mardones, F. ; Romero, M. ; Silva, F. (1997).

descentralización en las acciones de salud⁸⁷. Entre éstas, los Compromisos de Gestión son mecanismos de acuerdo entre el Servicio de Salud y los municipios, asociados al cumplimiento de objetivos y a la evaluación de resultados.⁸⁸

El componente ERA se inició el año 2001, y hasta la fecha se han implementado 165 salas ERA a lo largo de todo el país, teniendo como base de acción los establecimientos de nivel primario del sistema público de salud⁸⁹. Según documentos oficiales del componente, las enfermedades respiratorias en Chile se mantienen entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en todas las edades. Éstas representaban en 1991 el 10,9% del total de las defunciones y en 1999, esta proporción aumentó a 14%. La tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias desde 1961 hasta 1980 experimentó una disminución importante, desde tasas superiores a 200 por 100 mil habitantes hasta niveles bajo los 70 por 100 mil en 1980. Sin embargo, en el período 1981 – 1990 esta tendencia a la baja se revierte y se transforma en un lento aumento de 2,48% anual, que se mantiene en el período 1991 – 1999 a un ritmo de 2,41% anual⁹⁰.

A inicios de esta década, la incidencia global de Neumonía se estima en 1% al año (datos de la OMS), sin embargo, en los adultos mayores de 65 años, ésta llega fácilmente a 4% de acuerdo con las estadísticas de los egresos hospitalarios. Por otro lado, gran parte de la alta mortalidad por enfermedades respiratorias - Neumonía, Asma Bronquial, y EPOC - se concentra en los 3 primeros quintiles de ingreso⁹¹.

El componente Apoyo Diagnóstico se inicia a partir del 2001, simultáneamente con el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA). Según documentos oficiales del componente, los adultos mayores presentaban problemas para acceder al nivel secundario y terciario⁹² - donde debían acudir para la toma de radiografías -, entonces se decidió resolver este problema en atención primaria sin ser derivado⁹³. De este modo, el Apoyo Diagnóstico se implementa como una estrategia complementaria a los componentes ERA e IRA, entregando recursos para la toma de radiografías de tórax oportunas en atención primaria⁹⁴.

1.2. Política global y/o sectorial a que pertenece el programa

Desde el punto de vista constitucional y legal, el PRAPS se conforma como parte del rol propio del Ministerio de Salud, en tanto le corresponde velar por la salud de la población del país y establecer las normas técnicas en las diferentes materias involucradas. El Ministerio de Salud se hace cargo del precepto constitucional que

⁸⁷ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2003d).

⁸⁸ Como parte de la reforma financiera, se implementa el sistema per-cápita para el financiamiento de la atención primaria de Salud. Con esto se entrega un mayor grado de flexibilidad a la gestión municipal. Para asegurar la mantención de la calidad y cobertura de las prestaciones surgen los Compromisos de Gestión que orientan las acciones de salud según las prioridades nacionales, regionales y comunales. Así, se busca conseguir el cumplimiento del conjunto de prestaciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación establecidos en el Plan de Salud Familiar. MINSAL, Compromisos de Gestión (1997).

⁸⁹ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003b).

⁹⁰ MINSAL; División de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003b).

⁹¹ MINSAL; División de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003b).

⁹² Esta información ha sido extraída de documentos oficiales del componente, no se cuenta con cifras que respalden esta afirmación.

⁹³ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001d)

⁹⁴ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado

asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud. (Art. 19 N° 9 de la Constitución Política del Estado)⁹⁵.

Las políticas con las cuales se vincula el PRAPS son la promoción, prevención y protección de la salud de las personas; el mejoramiento de la equidad en el acceso de la población a los sistemas de salud; la calidad de la atención y la superación de la pobreza. También son compatibles con las metas ministeriales que expresan “Producir acciones valorables para la gente en forma directa, orientar la gestión pública hacia la satisfacción del usuario, mejorar indicadores biomédicos”⁹⁶.

El PRAPS se vincula con los siguientes objetivos estratégicos del Programa de Mejoramiento de la Gestión de la Subsecretaría de Salud:

- Desarrollar la gestión del cambio institucional, de acuerdo a los atributos de la reforma, implementando la transición del sistema público al modelo reformado y la transformación institucional del MINSAL, las SEREMI, las Redes y los establecimientos.
- Aumentar la capacidad resolutoria de la atención primaria, integrado a la red asistencial, con énfasis en las acciones de prevención y promoción de la salud.
- Implementar el sistema y el Régimen de Acceso Universal con Garantías explícitas en salud, con prioridades sanitarias definidas según la situación epidemiológica y con criterios de equidad, superando brechas de tecnologías sanitarias.
- Desarrollar los recursos humanos del sector, para instalar una cultura centrada en los usuarios en un marco de participación en el proceso de reforma de la salud.

1.3. Objetivos y Descripción de los Componentes del Programa

El objetivo general del programa es contribuir a mejorar la resolutoriedad, la calidad y el acceso de los beneficiarios del sistema público de salud a la Atención Primaria de Salud (APS). Documentos oficiales plantean que desde sus inicios el PRAPS se conforma de estrategias heterogéneas y orientadas al cumplimiento de objetivos diferentes, bajo criterios generales de cobertura, eficiencia y calidad de la atención⁹⁷. Por esta razón, en adelante nos referiremos por separado a cada uno de los componentes evaluados del PRAPS.

⁹⁵ El Ministerio de Salud se rige por su ley orgánica -el Decreto Ley N° 2763 de 1979- según la cual le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones (art. 1). Además, se define a los Servicios de Salud como organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio (Título I, Capítulo II). Así también, el artículo 107 de la Constitución Política del Estado establece que “...las municipalidades son corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de la comuna”. Entre estas necesidades se encuentra establecido el tema de la salud. Esta norma se complementa con la Ley Orgánica de Municipalidades, las normativas relacionadas con el traspaso y financiamiento de Servicios de Salud a las municipalidades y el Estatuto de Atención Primaria.

⁹⁶ Mardones, F. ; Romero, M. ; Silva, F. (1997).

⁹⁷ MINSAL, División Apoyo a la Gestión- División Programas de Salud (1994).

1.3.1 Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

1.3.1.1. Objetivos del Componente

Objetivo General

Según los documentos oficiales, el componente está orientado a fortalecer el logro de metas asociadas fundamentalmente a objetivos de mejoramiento de gestión, estimulando financieramente a los equipos de salud del nivel primario de atención a que, mediante el desarrollo de determinadas estrategias y/o actividades relacionadas con la eficiencia, eficacia, calidad técnica y gestión, alcancen las metas propuestas⁹⁸.

Según conversación con expertos⁹⁹, desde sus inicios el Fondo ha estado orientado no sólo a mejorar la gestión en los establecimientos de atención primaria, sino también a la consecución de objetivos sanitarios según las prioridades nacionales establecidas a nivel central.

Objetivos Específicos

El componente tiene cuatro líneas de acción que generalmente difieren de un año a otro. En los últimos años se observa una mayor continuidad planteando objetivos específicos incrementales, que dejan de ser incentivados cuando alcanzan un grado de desarrollo que se considera adecuado a nivel nacional.

A continuación se presentan los objetivos específicos formulados para el año 2003¹⁰⁰.

- a) Incrementar el número de establecimientos de atención primaria, con implementación de sectorización de población¹⁰¹.
- b) Mejorar la calidad de la atención de los beneficiarios a través de la creación de Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias - OIRS - donde no existen, o el mejoramiento del grado de desarrollo de la OIRS donde estén implementadas.
- c) Implementar un sistema de registro y gestión de listas de espera en establecimientos del nivel primario de atención. Esta estrategia permite conocer las listas de espera, dimensionar la demanda, ordenarla según prioridades y gestionarla de manera adecuada en red.
- d) Incrementar o mantener la cobertura de Niños de 6 y 12 años con alta odontológica total, que incorpora el concepto de Alta Educativa, Preventiva e Integral.

⁹⁸ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2004b).

⁹⁹ Para mayor detalle acerca de las entrevistas realizadas ver Volumen II, Anexo 10: Muestra de entrevistas.

¹⁰⁰ El estudio considera sólo las líneas de acción 2003. Dado que esta evaluación comenzó en Mayo del 2004, resulta imposible considerar este año para el análisis.

¹⁰¹ Para mayor información ver sección 1.4.1.1, a).

1.3.1.2. Descripción del Componente¹⁰²

1.3.1.2.1 Proceso de Producción del Componente

Los objetivos específicos a cumplir se operacionalizan a través de convenios entre los municipios y los Servicios de Salud, donde se establece el peso porcentual que tendrá el cumplimiento de cada una de las líneas de acción, los montos a repartir para la implementación de cada una de ellas y los indicadores definidos para monitorear el cumplimiento de lo pactado.

Las líneas de acción de este componente están orientadas a la consecución de objetivos diversos, por lo tanto presentan grandes diferencias en sus procesos de producción. A continuación se detallan las estrategias de implementación de cada una de ellas.

a) Sectorización

Sectorización es la subdivisión de un área, de acuerdo a ciertos criterios¹⁰³, para obtener unidades territoriales más pequeñas que presenten características semejantes, lo que facilita su conocimiento y una relación más cercana entre el equipo de salud y la población que allí habita¹⁰⁴. El objetivo final de la sectorización es facilitar la inclusión de todo tipo de servicios sanitarios, educativos y sociales en su área de referencia¹⁰⁵.

Sectorizar, entonces, es el proceso mediante el cual se determinan los límites de las unidades o sectores en los cuales se subdivide el territorio, se identifica la población que habita en cada uno de ellos y se obtiene una descripción física de los elementos que los conforman con la correspondiente referencia para su localización. Esto incluye además los pasos administrativos internos y externos necesarios para implementar el trabajo sectorial¹⁰⁶.

Caracterización de actividades¹⁰⁷

*Preparación interna*¹⁰⁸

- Fijar los objetivos del grupo para la sectorización.
- Fijar calendario de trabajo, estableciendo plazos tentativos (carta gantt).
- Definir criterios.
- Disponer de mapa.

¹⁰² La información entregada corresponde al año 2003. Dado que esta evaluación comenzó en Mayo del 2004, resulta imposible considerar este año para el análisis.

¹⁰³ La Sectorización territorial-demográfica es la más utilizada en atención primaria por sus innumerables ventajas, especialmente por su mayor estabilidad en el tiempo. En este caso, los principales criterios son la contigüidad geográfica y las características de la población; sobre esta doble ordenación se definen los sectores.

¹⁰⁴ MINSAL, División Rectoría y Regulación - División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003).

¹⁰⁵ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

¹⁰⁶ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

¹⁰⁷ No existe claridad respecto a la responsabilidad de cada uno de los actores -Servicios de Salud, municipios y establecimientos de atención primaria- respecto a la realización de estas actividades.

¹⁰⁸ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2002).

- Disponer de información demográfica, geográfica, etc. sobre el territorio del establecimiento.
- Realizar delimitaciones sectoriales tentativas.
- Proponer sectorización a prueba.
- Separar el archivo de fichas por sector.
- Separar los diversos tarjeteros por sector.
- Definir los equipos de sector con participación del personal.
- Realizar un taller de orientación a los equipos sectoriales y al resto del personal sobre el trabajo sectorial.
- Realizar las acomodaciones estructurales que sean necesarias.
- Implementar un sistema de señalética adecuada a la sectorización.
- Definir el sistema de registro y de tabulación de la información.
- Definir los horarios de atención .
- Preparar con todo el personal el día del cambio de modelo.
- Preparar la Oficina de Información Reclamos y Sugerencias – OIRS - para orientar adecuadamente al público.
- Realizar reuniones de evaluación y ajuste del proceso de sectorización para corregir eventuales errores y aprobar la sectorización definitiva.

Preparación externa¹⁰⁹

- Hacer participar al Consejo de Desarrollo y a las Organizaciones Comunitarias en el proceso de sectorización:
 - Recoger sus sugerencias para una adecuada y respetuosa sectorización.
 - Obtener su colaboración en la etapa de prueba.
 - Diseñar en conjunto la estrategia de información a la población.
 - Elaborar el material de difusión.
- Participar en reuniones con la comunidad.
- Preparar en conjunto el día del cambio.
- Planear reuniones de evaluación y ajuste del proceso de sectorización para corregir eventuales errores y obtener su aprobación.

b) Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias

En aras de mejorar las condiciones de acceso y oportunidad en la atención, como también los niveles de información a la población para una mayor eficiencia en el uso de los recursos de salud y comunitarios, se requiere contar con sistemas de información y orientación a los usuarios y mecanismos claros y expeditos para acoger sus inquietudes y sugerencias¹¹⁰.

En el marco del Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) del gobierno, el Ministerio de Salud adquirió el compromiso de implementar las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias en los establecimientos de Atención Primaria de Salud. Por ello, uno de los Compromisos de Gestión a implementar el año 2003 respecto a las OIRS es mejorar la cobertura y la calidad de éstas¹¹¹.

¹⁰⁹ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2002).

¹¹⁰ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003).

¹¹¹ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

Se busca incrementar o mantener en cada Servicio de Salud - según su diagnóstico en 2002 - el número de establecimientos comprometidos con OIRS e incrementar o mantener el grado de desarrollo comprometido, además de mejorar los productos/servicios que proporcionan a los usuarios.

Caracterización de actividades¹¹²

- Conocer y aplicar el Manual de Orientación en todas las OIRS de los establecimientos de Atención Primaria.
- Capacitar al personal de los establecimientos en las funciones que debe cumplir el personal a cargo de las oficinas y el de atención directa.
- Monitorear el tipo de información que se entrega: sobre el propio establecimiento, otros establecimientos de la red pública, de la red privada, informando sobre los trámites a seguir; llenar formularios, entrega de material informativo y educativo.
- Implementar un sistema de recepción y respuesta a los reclamos y sugerencias.
- Monitorear el estado de avance del proceso de implementación y de avance de las OIRS, considerando los requerimientos establecidos en la matriz de ámbitos e indicadores según grado de desarrollo.

c) Sistema de registro y gestión de listas de espera

Según documentos oficiales, esta línea busca promover la instalación de un modelo de gestión integrado entre los distintos niveles de atención y componentes de las redes locales, que permita conocer las listas de espera¹¹³ con el objeto de fortalecer y desarrollar las capacidades de gestión del sistema público, para resolver las necesidades de los usuarios con mayor oportunidad y eficacia. Esta estrategia permite dimensionar la demanda, ordenarla según prioridades y gestionarla de manera adecuada en la red asistencial¹¹⁴.

Más específicamente, se busca mejorar la gestión directiva de establecimientos de atención primaria del país; mejorar la coordinación de la red asistencial local; lograr una mejor utilización de los recursos de especialidades disponibles en la red local; disminuir los tiempos de espera en especialidades y procedimientos.

La lista de espera es producto de la necesidad de derivar a los pacientes al nivel secundario o terciario, para una interconsulta de especialidad, un procedimiento diagnóstico o una intervención quirúrgica, actividades que por su complejidad no es posible realizar en los establecimientos de atención primaria.

Sistema de registro de lista de espera

Caracterización de las actividades

- Implementar un sistema de registro de todas las referencias efectuadas por profesionales del establecimiento al nivel secundario y terciario - excepto

¹¹² No existe claridad respecto a la responsabilidad de cada uno de los actores -Servicios de Salud, municipios y establecimientos de atención primaria- respecto a la realización de estas actividades.

¹¹³ La lista de espera es una nómina de pacientes que demandan atención por indicación del médico u otro profesional de la salud.

¹¹⁴ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

referencias al Servicio de Urgencias -, y de las citaciones obtenidas, de forma manual o informatizada.

- El registro debe contener por lo menos: Identificación del paciente; nombre del establecimiento de origen; nombre del profesional que deriva; primera y segunda fecha de citación del nivel secundario o terciario¹¹⁵; especialidad – procedimientos diagnósticos – intervención quirúrgica y el motivo de rechazo desde el nivel secundario o terciario, cuando sea el caso.

Personal Responsable

El sistema de registro de listas de espera recolectadas en el nivel Primario de Atención es responsabilidad de la Sección de Orientación Médico Estadística – SOME - de cada establecimiento, que realiza el envío de las bases de datos a los Departamentos o Unidades de Estadísticas de cada Dirección de Servicio para su procesamiento¹¹⁶.

La existencia del sistema de registro tiene una ponderación de 20% de la meta de implementar un sistema de registro y gestión de listas de espera en establecimientos del nivel primario de atención.

Gestión de lista de espera

Caracterización de las actividades

Se espera que los establecimientos del nivel primario de atención cumplan al menos con:

- Existencia en el establecimiento de una entidad o comité responsable de la gestión de listas de espera.
- El comité debe, a partir del sistema de registro implementado, efectuar el análisis de dicho registro y elaborar informes trimestrales.

El análisis debe realizarse por grupo etáreo y sexo, además de incorporar el tiempo promedio de espera para especialidades y procedimientos, y la generación de interconsultas por profesional que deriva, de modo que a nivel del establecimiento se pueda cuantificar cuáles profesionales son los que derivan más y por qué causas. Es probable que allí se detecten fallas en la capacitación y/o capacidad resolutoria de los profesionales, las que deberán ser abordadas en el comité para su resolución.¹¹⁷

Personal Responsable

Idealmente el comité debe estar integrado por la Dirección del establecimiento y un grupo de profesionales representativos de los profesionales que derivan: médicos (jefes de programa), matronas, odontólogos.

¹¹⁵ Se establece una primera y segunda fecha de citación, dado que en ocasiones se cita a los pacientes para una segunda oportunidad si la primera citación se anula por razones de ausencia del prestador.

¹¹⁶ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

¹¹⁷ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

Si bien los informes son un insumo para la Dirección del Servicio de Salud, son la Dirección del Establecimiento y el Comité de gestión de listas de espera que se conforme los principales usuarios del informe generado, dado que permitirá identificar las especialidades que generan mayor demanda, las que tienen los mayores tiempos de espera y las que no citan a los pacientes en espera. De esta manera, el establecimiento puede mejorar la gestión, definiendo priorización de la demanda que genera al nivel secundario - según riesgo biomédico - capacitando a sus profesionales, identificando la pertinencia de la derivación, efectuando una mejor gestión con los hospitales de la red para la resolución oportuna de la lista de espera, orientar con más elementos de análisis la compra de servicios de especialidades del nivel primario, etc.¹¹⁸

La existencia del sistema de gestión de lista de espera tiene una ponderación de 80% de la meta de implementar un sistema de registro y gestión de listas de espera en establecimientos del nivel primario de atención.

d) Alta odontológica total en niños de 6 y 12 años

Para dar respuesta al daño de salud bucal de la población, se requiere aplicar enfoques basados en diagnósticos epidemiológicos, priorizados sobre grupos de riesgo, con medidas costo-efectivas y de alto impacto, reforzando el trabajo multidisciplinario e intersectorial. Es por ello, que se considera pertinente incentivar la atención odontológica integral¹¹⁹ en grupos de edad priorizados, como son los niños de 6 y 12 años, edades que coinciden con hitos odontológicos avalados por evidencia científica, diagnósticos epidemiológicos, normas odontológicas y la Política de Salud Bucal del Ministerio de Salud.¹²⁰

Se espera que los niños de 6 y 12 años reciban, según necesidad individual, los siguientes servicios: acciones educativas, acciones preventivas según factores de riesgo y/o acciones recuperativas según daño. Como resultado de estas intervenciones se obtienen altas educativas, preventivas y/o alta integral según corresponda, la suma de éstas constituye el alta total.

Caracterización de las actividades¹²¹

El proceso se resume en las siguientes actividades:

- Realizar coordinaciones con el equipo de Salud de los Establecimientos para que realicen derivaciones oportunas al Odontólogo, de los niños de 6 y 12 años que concurran al Establecimiento.
- Realizar coordinaciones con los Departamentos de Educación Municipal y con los Directores de las Escuelas Municipalizadas y Particulares Subvencionadas, para la identificación de los niños beneficiarios e inscritos de 6 y 12 años pertenecientes a sus escuelas, y coordinar su asistencia a los establecimientos de salud.

¹¹⁸ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

¹¹⁹ Las acciones necesarias para entregar un Alta Odontológica Integral se presentan en el Anexo 1.

¹²⁰ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

¹²¹ No existe claridad respecto a la responsabilidad de cada uno de los actores -Servicios de Salud, municipios y establecimientos de atención primaria- respecto a la realización de estas actividades.

- Todos los programas promocionales y preventivos que se realicen en población estudiantil deberán coordinarse y desarrollarse en conjunto con las instituciones relacionadas, tales como INTEGRA, JUNAEB y otros¹²².
- Realizar campañas de difusión de este beneficio en la comunidad para asegurar la asistencia de los niños priorizados.

1.3.1.2.2 Criterios de Focalización y Selección de Beneficiarios

a) Líneas de acción:

- Sectorización.
- Sistema de registro y gestión de listas de espera.
- Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias.

Estas líneas están orientadas a la totalidad de la población del sistema público de salud, por lo que no existe un criterio de focalización explícito.

En Sectorización y OIRS no existe selección de beneficiarios. En el primer caso toda la población inscrita o beneficiaria de un establecimiento de atención primaria sectorizado accede automáticamente a sus beneficios. En el segundo caso, el beneficiario concurre a la OIRS de manera espontánea, donde puede solicitar información, realizar reclamos, sugerencias y redactar felicitaciones.

En el sistema de registro y gestión de lista de espera, el comité selecciona los beneficiarios para ocupar los cupos entregados desde el nivel secundario priorizando la demanda según riesgo biomédico.

b) Línea de acción:

- Alta odontológica total en niños de 6 y 12 años.

Esta línea está orientada a entregar una atención integral a niños de 6 y 12 años inscritos o beneficiarios del sistema público de salud¹²³. Dentro de este grupo no existe un criterio de focalización definido, sino que se persigue conseguir la cobertura planteada a nivel nacional con el único requisito que el paciente tenga las características que lo hacen ser elegible - 6 y 12 años -.

La priorización de los beneficiarios no es definida en el nivel central, es decisión de cada establecimiento de atención primaria. Por este motivo el paciente puede acceder de manera espontánea, derivado desde su establecimiento educacional, captado por el personal médico en el consultorio, o cualquier otro mecanismo que el nivel local determine apropiado¹²⁴.

¹²² Según entrevistas con informantes calificados a nivel central, la estrategia utilizada para llegar a los niños se decide a nivel local. Por lo tanto, la coordinación con las instituciones relacionadas será efectiva sólo en ciertos casos. No existe una coordinación formal a nivel Ministerial.

¹²³ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c)

¹²⁴ Se desconocen los criterios para el orden de atención en los establecimientos de atención primaria. Según la investigación cualitativa la definición de dichos criterios depende de cada establecimiento.

1.3.1.2.3 Criterios de Asignación y Distribución de los Recursos

No existe claridad respecto en base a qué criterios se define el presupuesto global del Fondo de Incentivos. En lo que se refiere a su distribución, el 85% del fondo se asigna a establecimientos de atención primaria dependientes de municipios y el 15% se asigna a establecimientos de atención primaria dependientes de Servicios de Salud¹²⁵.

La primera cuota de estos fondos, denominada de apoyo a la gestión o pre-incentivo, se orienta al objetivo de contribuir a crear las condiciones en el nivel local para el cumplimiento de las metas definidas. La segunda cuota, o incentivo propiamente tal, se determina de acuerdo al cumplimiento alcanzado en cada una de las metas.

La asignación del pre-incentivo por Servicio de Salud depende de los siguientes criterios, con sus respectivas ponderaciones¹²⁶:

- Población inscrita validada año 2003 en establecimientos Municipales y/o asignada a establecimientos dependientes de Servicios - 70% -.
- Número de establecimientos de atención primaria, Consultorio General Urbano (CGU), Consultorio General Rural (CGR) y Consultorios Adosados - 20% -.
- Número de comunas en la jurisdicción del Servicio - 10% -.

Estos mismos criterios, con excepción del último, deberán ser empleados por los Servicios de Salud para la distribución del fondo de pre-incentivo a las comunas de su dependencia, lo que se deberá reflejar en los convenios respectivos.

La cuota de pre-incentivo asignada a cada comuna o establecimiento dependiente del Servicio, deberá ser distribuida para apoyar Sectorización (30%); Crear o mejorar OIRS (15%); Implementar un sistema de registro y gestión de listas de espera (30%) y alta odontológica total en niños de 6 y 12 años (25%)¹²⁷. Esta primera cuota debe ser utilizada para la implementación de las metas, sin embargo, no existe relación entre el costo de éstas y los montos enviados¹²⁸. No se pretende financiar totalmente las líneas de acción, más bien se busca impulsar y apoyar su implementación.

La segunda cuota, que corresponde al 70% del total de recursos del fondo, será asignada contra cumplimiento de metas.

1.3.1.2.4. Mecanismos de Transferencia de Recursos y Modalidades de Pago

El Fondo de Incentivo es parte de los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto asignados a la atención primaria. Éste opera, como se ha mencionado, en dos etapas anuales de asignación. Dicho financiamiento tiene como propósito garantizar la

¹²⁵ MINSAL, División Gestión Red de Servicios, Departamento de Atención Primaria (2004). Estos porcentajes están contruados sobre la relación de número de establecimientos de dependencia municipal y de Servicios de Salud. De los 569 establecimientos de atención primaria considerados (hospitales tipo 4, consultorios y centros de salud familiar), un 74% son de dependencia municipal, un 24% de dependencia de Servicio y un 2% ONG.

¹²⁶ Se desconocen las bases para definir los porcentajes de cada criterio.

¹²⁷ Resultan poco claras las bases para determinar los porcentajes de cada línea de acción.

¹²⁸ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado.

disponibilidad de los recursos para solventar, en parte, los gastos asociados a este componente.

El mecanismo de transferencia de recursos se establece en convenios entre los Servicios de Salud, sus establecimientos dependientes y los municipios. La primera cuota, correspondiente a la distribución del 30% del total de los fondos del componente, se transfiere una vez que éstos se han tramitado.

La segunda cuota, correspondiente al Incentivo, está asociada al cumplimiento de metas. En el mes de Septiembre de cada año, en base a los indicadores establecidos en los compromisos, se evalúa el grado de avance de las metas y se procede a entregar el 70% restante a las comunas que han cumplido la totalidad de los objetivos, el porcentaje entregado está en relación directa con el porcentaje de cumplimiento. Este monto, denominado Incentivo, debe ser utilizado para mejorar el entorno laboral de los funcionarios y así premiar el esfuerzo del personal por conseguir las metas.

La asignación de recursos de la segunda cuota es efectuada por el Servicio de Salud respectivo, por comuna y/o establecimiento, según corresponda, en función de las evaluaciones de las metas comprometidas. El resultado de la evaluación y la asignación de recursos debe ser informado al Departamento de Atención Primaria del MINSAL para realizar la transferencia de la segunda cuota al Servicio de Salud¹²⁹. Los Servicios de Salud deben efectuar la evaluación del componente con corte al 30 de Septiembre.

1.3.1.2.5 Mecanismos de Recuperación de Costos o Aportes de Terceros

El Componente no posee ningún mecanismo de recuperación de costos.

En relación al aporte de terceros, en entrevistas se ha mencionado que algunos establecimientos reciben aportes municipales, sin embargo el monto de estos aportes depende totalmente de la capacidad financiera y el interés del municipio, por lo que estas cantidades pueden ser muy variables entre municipios y en el mismo municipio a lo largo del tiempo¹³⁰.

1.3.2 Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

1.3.2.1. Objetivos del Componente

Como se explicará con detenimiento en los siguientes puntos del presente capítulo, el componente Odontológico experimentó un giro en el año 2002, por lo que es preciso reconocer los objetivos antes y después de esa fecha.

a) Objetivos del Componente Odontológico para Mujeres Jefas de Hogar (1995-2001)

- Recuperar integralmente la salud bucal de las mujeres jefas de hogar de escasos recursos reconocidas por SERNAM en los diferentes municipios del país.

¹²⁹ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

¹³⁰ No se cuenta con cifras acerca del aporte municipal a este componente.

- Enfatizar las acciones educativas de promoción y prevención en salud bucal en este grupo, con el propósito de mejorar su situación de salud y calidad de vida individual y familiar¹³¹.

b) Objetivos del Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos (2002-2003)

- Recuperar integralmente la salud bucal de las mujeres y hombres de escasos recursos, jefes de hogar o trabajadores temporeros¹³².
- Enfatizar acciones educativas de promoción y prevención en salud bucal para contribuir a mejorar su situación en salud y calidad de vida individual y familiar¹³³.

Además de estos objetivos específicos, citados en diversos documentos explicativos del componente, se reconoce como una de sus características generales que, a través de la recuperación de la salud bucal, mujeres y hombres de escasos recursos mejoran su autoestima y por ende favorecen su inserción laboral¹³⁴.

1.3.2.2. Descripción del Componente

1.3.2.2.1. Proceso de Producción del Componente

a) Caracterización de las Atenciones del Componente

De acuerdo al Documento de Instrumentos de Evaluación de Calidad: “Productos, Criterios y Estándares: Planes de Monitoreo”, se define que el producto esperado de este componente es: “Mujer y Hombre de escasos recursos rehabilitada/o integralmente en su salud oral”¹³⁵.

Para poder cumplir con este producto, se definen estándares de calidad.¹³⁶ Asimismo, un “tratamiento técnicamente adecuado” debe incluir el alta integral primaria y la rehabilitación protésica según necesidad del paciente.

¹³¹ MINSAL, División Programas de Salud, Departamento de Atención Primaria (1995).

¹³² Cabe señalar que en los documentos explicativos del componente, este objetivo aparece enunciado como “...jefes de hogar y trabajadores temporeros”, sin embargo, el equipo investigador determinó variar ligeramente el objetivo para no inducir al lector a confusión respecto a que ser trabajador temporero sea un requisito indispensable para ser beneficiario del Componente Odontológico. Para un mayor detalle sobre la focalización del componente, consultar sección 1.3.2.2.3.

¹³³ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003d).

¹³⁴ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003d y 2004a). En efecto, el componente Odontológico surge como una línea complementaria del Programa de Habilitación Laboral para Mujeres de Escasos Recursos del SERNAM, cuyo propósito era que las mujeres jefas de hogar pudieran incorporarse al mercado laboral en igualdad de oportunidades.

¹³⁵ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2004a).

¹³⁶ Entre éstos: derivación adecuada; buen trato; atención oportuna; anamnesis completa; aplicación de medidas de bioseguridad, según norma; examen físico oral completo; diagnóstico y pronóstico completo; plan de tratamiento coherente con el diagnóstico y pronóstico; consentimiento informado, de manera formal y por escrito; tratamiento técnicamente adecuado; educación pertinente; citación a control oportuna; registros completos en ficha clínica y carnet de control, con letra clara, legible y nombre completo del odontólogo a cargo. Encuesta de opinión a usuarios (MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2004a)).

El Alta Integral Primaria es el resultado de una atención programada que permite diagnosticar, recuperar, detener y controlar las principales patologías bucales. Para el detalle de la caracterización de actividades del componente, ver Anexo 1.

La rehabilitación protésica es la confección e instalación de una o dos prótesis removible parcial o total, de acrílico y sus respectivos controles. El componente establece que se podrá realizar según necesidad y cuando el caso lo amerite, la confección de prótesis metálicas.

b) Caracterización del personal a cargo de las atenciones

Las atenciones del Componente Odontológico son llevadas a cabo por un odontólogo y normalmente un auxiliar dental. El componente no requiere que los profesionales que realizan las atenciones sean funcionarios del sector público de salud, sino que queda a criterio de la Municipalidad la posibilidad de optar entre prestadores institucionales o prestadores particulares que hayan sido acreditados por los Servicios de Salud.

El único requerimiento es que de realizarse las atenciones por medio de prestadores institucionales, éstas se realicen fuera del horario habitual de atención del consultorio¹³⁷.

1.3.2.2.2 Calendarización de la Producción

La producción anual del Componente Odontológico está condicionada al cumplimiento de metas. Cada año, el nivel central fija un número determinado de altas odontológicas integrales y de prótesis a realizar por cada comuna y establecimiento que participa en el programa.¹³⁸

Si bien los prestadores deben organizarse de manera de poder cumplir durante el año con dichas metas, las atenciones del componente no siguen una calendarización estricta y observable en todos los establecimientos.

De acuerdo a documentos del Ministerio de Salud, la primera remesa del componente, correspondiente al mes de marzo, se traspa una vez que entra en vigencia la resolución exenta que aprueba el convenio¹³⁹, por tanto el mes de inicio de las atenciones guarda estrecha relación con la fecha en que se tramita la firma de los convenios cada año.¹⁴⁰

Una vez iniciado el período operativo del componente, el número de meses que tarde la producción anual dependerá directamente de la gestión que se realice a nivel municipal, respecto a la elección de beneficiarios y a la prioridad que los prestadores den a estas atenciones.

¹³⁷ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2003a)

¹³⁸ Tanto el número de altas odontológicas como de prótesis, fijados como meta a nivel central, varían entre diferentes comunas. Para mayor detalle sobre el proceso de determinación de estas metas, consultar la sección 1.3.2.2.4

¹³⁹ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2003a)

¹⁴⁰ Según entrevistas, algunos municipios por contar con mayores recursos son capaces de iniciar las atenciones del componente sin que se haya recibido aún la primera remesa.

Si, por alguno de estos dos factores, ocurriesen retrasos importantes en la operación del componente, el Ministerio de Salud da como último plazo para el cumplimiento de metas, el mes de marzo del año subsiguiente. Transcurrido dicho período de prórroga, de no haberse dado por concluida la ejecución del componente, el nivel central procede a cancelar el envío de los recursos de continuidad para el año en curso.¹⁴¹

1.3.2.2.3. Criterios de Focalización y Selección de Beneficiarios

Tal como fue señalado en el punto 1.3.2.1, el giro experimentado por el Componente Odontológico en el año 2002, hace necesario reconocer los objetivos antes y después de dicha fecha.

a) Componente Odontológico para Mujeres Jefas de Hogar (1995-2001)

De acuerdo a los documentos explicativos del componente, los requisitos para poder acceder a las atenciones odontológicas eran los siguientes:

- Ser Jefa de Hogar.
- Tener menores a cargo.
- Tener hasta 55 años de edad.
- Tener escasos recursos (medido a través de ficha CAS)¹⁴².

b) Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos (2002-2003)

De acuerdo a lo expuesto en los documentos más recientes del componente, los actuales requisitos para poder acceder a las atenciones odontológicas son:

- Tener entre 18 y 55 años de edad.
- Ser jefa o jefe de hogar.
- Contar con escaso nivel de escolaridad.
- Encontrarse bajo la línea de la pobreza¹⁴³.

En la práctica, la responsabilidad directa sobre la correcta focalización de los beneficiarios del programa recae sobre las municipalidades, quienes deben realizar la difusión del componente a la población potencial y llevar a cabo una selección entre todas aquellas personas que cumplan con los requisitos pre-establecidos.

Por otra parte, cabe señalar que los mismos documentos explicativos del componente explicitan, dentro de sus actividades y características generales, que la presentación de proyectos nuevos o de continuidad requiere de un trabajo intersectorial que involucra la coordinación entre Chile Solidario, SERNAM, Servicios de Salud, Oficinas de Colocación Municipal, Departamentos de Salud Municipal y el MINSAL.

De acuerdo a lo anterior, a nivel municipal, los beneficiarios del componente suelen ser elegidos a partir de las listas de familias adscritas a Chile Solidario, de las nóminas de

¹⁴¹ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado

¹⁴² MINSAL, División Programas de Salud, Departamento de Atención Primaria (1995)

¹⁴³ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2004a)

cesantes en las Oficinas Municipales de Información Laboral (OMIL) y de registros de mujeres de escasos recursos en las Oficinas Municipales de la Mujer¹⁴⁴.

Una vez constituida la lista de pacientes escogidos para la atención odontológica, el orden en que se éstos serán atendidos queda a criterio de cada municipio en coordinación con el (los) establecimiento(s) de atención, debido a que los documentos explicativos del componente no especifican ninguna clase de criterios de priorización de beneficiarios al interior de las listas de seleccionados ya construidas.

Cabe señalar además que en algunos municipios se ha señalado que cuando no se obtiene el número suficiente de beneficiarios efectivos por las vías ya descritas, se derivan pacientes de escasos recursos desde la atención odontológica normal en consultorios¹⁴⁵. Por tanto, sería correcto afirmar que parte de la focalización corre por cuenta de los mismos odontólogos que se desempeñan en el componente.

1.3.2.2.4. Criterios de Asignación y Distribución de los Recursos

La asignación y distribución anual de recursos a nivel comunal y de establecimientos tiene estrecha relación con la asignación de metas en altas integrales y prótesis que el Ministerio de Salud establece cada año.

Normalmente, el criterio para la fijación anual de metas en aquellos casos de comunas de continuidad obedece a una lógica inercial, por lo que para un mismo establecimiento se espera que la tasa de crecimiento del número de altas odontológicas y prótesis año a año no sea significativa. En efecto, durante los últimos años, el Ministerio de Salud ha ido ampliando el componente, bajo la lógica de priorizar más la inclusión de nuevos establecimientos y comunas, que la ampliación del número de metas en comunas y establecimientos ya existentes¹⁴⁶.

La expansión del componente hacia nuevas comunas opera a través de un proceso de postulación, donde los municipios interesados se inscriben en su correspondiente Servicio de Salud. En general, no existen restricciones a la postulación de comunas en consideración de su nivel socioeconómico, los únicos requisitos son que éstas cuenten con beneficiarios potenciales y que el Servicio de Salud acredite que en ella existe personal calificado e infraestructura suficiente para la ejecución de las atenciones odontológicas¹⁴⁷. Si la comuna califica de acuerdo a este procedimiento, ingresa a una lista de espera por recursos¹⁴⁸. Una vez que los recursos quedan disponibles, el

¹⁴⁴Fuente: MINSAL, entrevista con informante calificado. Además, según lo mencionado por entrevistados, la entidad municipal que suele coordinar la elección de beneficiarios potenciales provenientes de distintas fuentes y su posterior ubicación es la Dirección de Desarrollo Comunal (DIDECO), en coordinación con las Subdirecciones Médicas de Salud de las municipalidades o de las Corporaciones Municipales de Salud, según sea el caso.

¹⁴⁵ Fuente: Municipalidades y consultorios. Entrevistas con informantes calificados

¹⁴⁶ Fuente: Servicios de salud y municipalidades. Entrevistas con informantes calificados

¹⁴⁷ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado

¹⁴⁸ Estos recursos pueden ser frescos, o pueden provenir de otra comuna que haya dejado el componente.

Ministerio de Salud analiza el grado de necesidad de la comuna¹⁴⁹ y, en función a éste y a los recursos disponibles, fija las metas en altas y prótesis.

En relación a los montos que se asignan a cada establecimiento, como ya se mencionó, estos se definen en función de las metas en altas odontológicas y prótesis comprometidas, pudiendo variar de acuerdo a características económico-geográficas particulares de cada región¹⁵⁰. Además cada año se ajustan de acuerdo a la variación del IPC¹⁵¹.

1.3.2.2.5. Mecanismos de Transferencia de Recursos y Modalidades de Pago

Los recursos que se mencionan en el punto anterior son traspasados de forma mensual, normalmente de marzo a diciembre, desde el Ministerio de Salud hacia los Servicios de Salud. Posteriormente, estos últimos deben transferir mensualmente estos recursos a las municipalidades que cuentan con el componente.

El mecanismo de traspaso de recursos desde los Servicios de Salud hacia las Municipalidades queda estipulado en un convenio que ambos firman. En éste se especifica el monto total a traspasar durante el año, las metas en altas odontológicas integrales y las metas de prótesis para cada establecimiento.

Cabe señalar que existe un vínculo entre la información generada en la ejecución del componente y sus mecanismos de transferencia de recursos. En efecto, el diseño del componente establece que su continuidad en una comuna está sujeta al cumplimiento de las metas programadas y al envío de la información solicitada a través de los convenios¹⁵². El Ministerio de Salud se reserva el derecho de interrumpir el envío de fondos a aquellas comunas que no respondan con este requerimiento y a resignar dichos fondos entre otras localidades¹⁵³.

En relación a los mecanismos de pago a los ejecutores directos, la característica principal de este componente es que la remuneración al trabajo de dentistas y auxiliares dentales se compromete en función de las altas integrales alcanzadas y no en función de las horas de permanencia contratadas¹⁵⁴. Sin embargo, dado que las municipalidades poseen autonomía respecto a cómo organizar la producción, aún dentro de este esquema se pueden apreciar situaciones bastante disímiles en la práctica¹⁵⁵. En cualquier caso,

¹⁴⁹ De acuerdo a la opinión de informantes calificados en MINSAL, el grado de necesidad de la comuna es evaluado considerando variables como: población beneficiaria del sistema público de salud, grado de pobreza y accesibilidad de la comunidad a atenciones dentales.

¹⁵⁰ Por ejemplo, de acuerdo a un informante calificado en MINSAL, factores importantes a considerar son las diferencias en costo de mano de obra y de precio de insumos entre regiones, las cuales son especialmente importantes en regiones extremas.

¹⁵¹ Fuente: MINSAL, Entrevista con informante calificado.

¹⁵² Para un mayor detalle sobre esta información, consultar sección 3.2

¹⁵³ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado.

¹⁵⁴ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003d)

¹⁵⁵ Por ejemplo, algunos municipios han optado por traspasar el valor completo del alta integral al odontólogo, de modo que él distribuya esos recursos entre el pago al auxiliar dental, compra de insumos, adquisición de prótesis y su salario, de acuerdo a sus propios criterios de elegibilidad. En cambio, otros municipios han preferido fijar un valor determinado de remuneración a los odontólogos y auxiliares dentales por cada alta integral que realicen y a la vez establecer convenios comunes con laboratoristas para aprovechar las ventajas de negociar un mayor volumen de prótesis entre varios establecimientos. Una práctica habitual es convenir por adelantado un precio y una cantidad de prótesis que no sólo incluya

siguiendo la lógica de asalariar producción en vez de horas empleadas, la modalidad de remuneración predominante en este componente es el pago a honorarios.

Respecto a los insumos que se utilizan en la ejecución de las altas odontológicas del componente, para el caso de la modalidad de atención institucional, se han observado casos en los cuales estos materiales se mantienen totalmente apartados de los materiales de uso normal del consultorio y otros casos en que no existe una distinción clara entre los insumos del componente y el resto de insumos¹⁵⁶.

1.3.2.2.6 Mecanismos de Recuperación de Costos o Aportes de Terceros

En términos generales, el Componente Odontológico no posee ningún mecanismo de recuperación de costos.

Sin embargo, es preciso notar que algunas municipalidades realizan aportes indirectos a la ejecución del componente a través de la dotación de infraestructura y/o insumos para la atención odontológica. Además, el estudio cualitativo permitió observar que, en ciertos casos, contribuciones semejantes son costeadas por los odontólogos que se desempeñan en el componente.

1.3.3 Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

1.3.3.1. Objetivos del Componente

Objetivo General¹⁵⁷

Entregar una resolución integral de las enfermedades respiratorias del niño en los establecimientos de atención primaria, y su oportuna derivación a especialistas en los casos que lo requiera. Esto implica, fortalecer la capacidad del sistema público de salud para enfrentar la situación de morbilidad (enfermedad) y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en los niños, generadas principalmente por agentes virales y agravadas por factores climáticos y de contaminación ambiental.

Objetivos Específicos¹⁵⁸

- Disminuir la mortalidad y morbilidad infantil por infecciones respiratorias agudas.
- Aumentar la capacidad resolutoria del nivel primario para la atención de las IRA, especialmente síndrome bronquial obstructivo y neumonía.
- Mejorar la accesibilidad a la atención de salud infantil.

las del Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos, sino que además las de otros programas que posea el municipio. En otros casos, no se establece a priori una cantidad, pero sí un precio unitario por prótesis. (Fuente: Municipalidades. Entrevistas con informantes calificados.)

¹⁵⁶ Fuente: Municipalidades. Entrevistas con informantes calificados.

¹⁵⁷ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003b) y Mardones, F. ; Romero, M. ; Silva, F. (1997).

¹⁵⁸ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003b) y Mardones, F. ; Romero, M. ; Silva, F. (1997).

1.3.3.2. Descripción del Componente

1.3.3.2.1 Proceso de Producción

La producción que entrega el componente consiste en atenciones en salas IRA a pacientes menores de 20 años, orientadas a la resolución ambulatoria de infecciones respiratorias agudas en la población infantil, por parte de profesionales médicos y kinesiólogos de acuerdo a las Normas Técnicas.

Las acciones de salud que entrega el componente IRA se realizan en establecimientos de atención primaria, bajo administración municipal y de Servicios de Salud, y consideran atenciones médicas y kinésicas, incluyendo tratamiento farmacológico, controles de pacientes sanos y enfermos crónicos, y atención en salas de hospitalización abreviada; además de la derivación oportuna al nivel secundario y terciario de salud, cuando el cuadro clínico lo amerite. Estas acciones de salud se pueden clasificar en dos categorías: consultas del médico Comunal IRA y atenciones del kinesiólogo IRA. Sin embargo, dentro de cada categoría se realizan diversos tipos de prestaciones como controles, evaluaciones, ejercicios respiratorios, inhalaciones, nebulizaciones, oxigenaciones, entre otras. No es trivial identificar qué tipo de prestaciones realiza cada profesional, debido a que el componente IRA tiene una lógica de trabajo en equipo, que obedece a un esquema multidisciplinario de atención de salud. El componente también produce actividades de educación individual, grupal y comunitaria; así como actividades de capacitación y supervisión permanente al personal de los Servicios de Salud y los profesionales de las salas.

Respecto del mecanismo a través del cual se entregan los servicios, el niño es recibido en las dependencias que han sido asignadas al componente, donde se realizan el diagnóstico, el tratamiento y la observación. La gravedad del paciente se evalúa mediante la aplicación de un puntaje clínico y se trata de acuerdo a un árbol de decisiones normado¹⁵⁹.

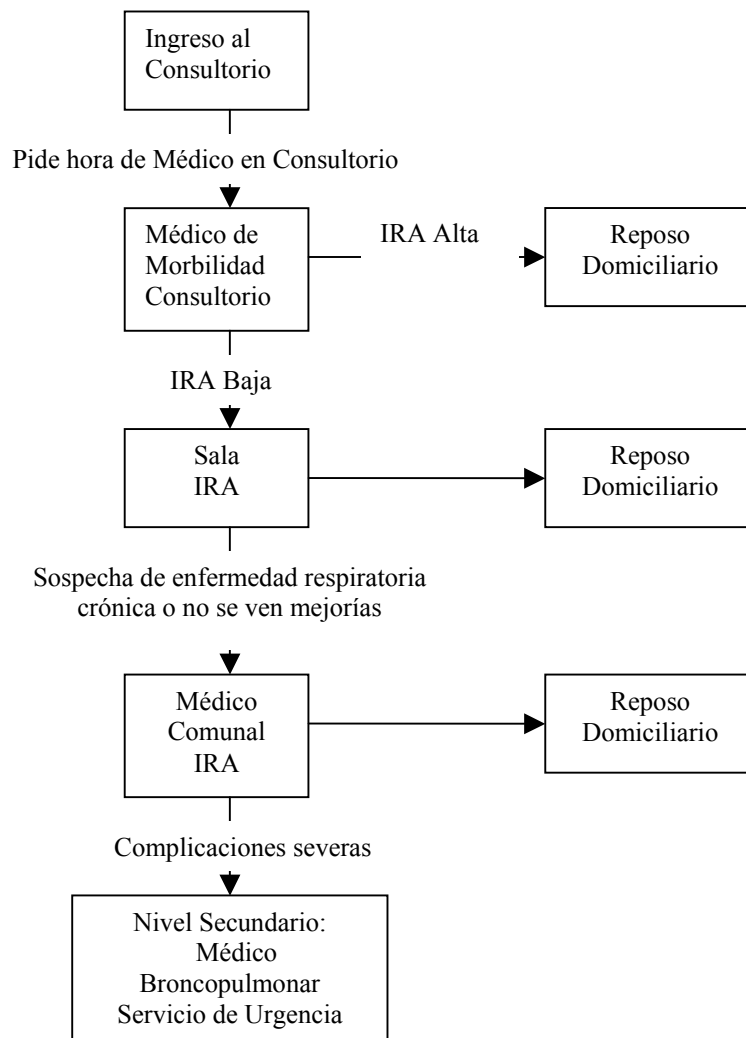
Para la realización de las prestaciones, el componente considera la apertura, instalación y la colocación en cada sala IRA, por una sola vez, de equipamiento de diagnóstico médico¹⁶⁰. Se otorga también un aporte, una vez al año, en medicamentos que incluye inhaladores de Salbutamol y de Budesonida o Beclometasona. Ambas compras se hacen centralizadamente y son colocadas por la CENABAST en los establecimientos. Además, se entregan recursos humanos capacitados, los cuales consisten en:

- 33 horas semanales de kinesiólogo.
- 22 horas semanales de médico por cada 2 ó 3 salas IRA.

De esta forma, el componente incorpora recursos humanos capacitados para el manejo clínico y terapéutico de pacientes, medicamentos especializados y equipamiento inicial en cada sala IRA. Con respecto a las responsabilidades de los profesionales del equipo de las salas IRA, éstas se resumen en Anexo 1.

¹⁵⁹ Mardones, F. ; Romero, M. ; Silva, F. (1997).

¹⁶⁰ Este consiste en: 1 bomba compresora, 1 balón de oxígeno, 1 válvula reguladora con flujómetro compensado, 1 humidificador, 84 sondas Nelaton, 36 nariceras, 1 camilla, 1 cuna, 1 escabel, 1 flujómetro de Mini – Wright.



Desde el punto de vista de los beneficiarios, el proceso productivo del Componente IRA se puede resumir en el diagrama adjunto.

Cabe agregar que una IRA alta es una infección de las vías respiratorias altas (faringe, laringe, etc.), mientras una IRA baja afecta las vías respiratorias bajas (bronquios, pulmones, etc.).

1.3.3.2.2 Calendarización de la Producción

La producción de servicios en las salas IRA se lleva a cabo de manera continua durante todo el año. Los recursos son transferidos mensualmente de enero a diciembre, en los casos de las salas IRA que son de continuidad, es decir, que vienen funcionando anteriormente, y de marzo a diciembre, en los casos de las salas IRA que son de expansión, es decir, aquellas que entran en funcionamiento durante el año en curso.

1.3.3.2.3 Criterios de Focalización y Selección de Beneficiarios¹⁶¹

El componente IRA está dirigido a la población menor de 20 años que es beneficiaria del Sistema Público de Salud. Sin embargo, entrega servicios y prestaciones que no

¹⁶¹ Toda la información de este punto fue extraída de entrevistas con los jefes del componente en el MINSAL, y con personal que trabaja en las salas IRA.

están orientadas a todos los casos de infecciones respiratorias. Las salas IRA atienden a pacientes que padecen de enfermedades respiratorias crónicas, y a los pacientes agudos que necesitan ejercicios kinésicos o alguna de las prestaciones que aquí se entregan para superar el cuadro respiratorio que los aqueja¹⁶². En este sentido, todos aquellos niños y jóvenes que pertenezcan al Sistema Público de Salud pueden ser beneficiarios del componente IRA, siempre que se considere necesario; ya que las salas IRA entregan una atención sin rechazos.

Por otro lado, el componente IRA está focalizado hacia niños menores de 1 año. Esta focalización se traduce, en la práctica, en una priorización en la atención de este grupo etáreo al momento de ser derivado a las salas IRA, o al concurrir a ellas de manera espontánea.

1.3.3.2.4 Criterios de Asignación y Distribución de los Recursos

El componente IRA financia una dotación fija de insumos, la cual es la misma para cada sala¹⁶³.

El equipamiento médico y los fármacos son comprados centralizadamente por el MINSAL a través de la CENABAST, y distribuidos por ésta a cada establecimiento de atención primaria con sala IRA. Los recursos correspondientes a las remuneraciones del equipo de las salas también son iguales para todas y son traspasados desde el MINSAL hacia los Servicios de Salud, y desde éstos a las municipalidades. Los montos de los recursos transferidos, dependen del número de salas IRA con que cuenten; tanto el Servicio de Salud como la comuna. Por otro lado, los montos de fármacos se asignan por Servicio de Salud de acuerdo a una cantidad fija por sala. A su vez, éstos los distribuyen a cada comuna y sala IRA según la población inscrita validada y las necesidades locales¹⁶⁴.

Los criterios utilizados en la asignación de los recursos de expansión, es decir, en la asignación de salas nuevas, no se encuentran explicitados en ningún documento oficial al que haya tenido acceso el equipo evaluador. Cabe señalar que los encargados del componente IRA a nivel central expresaron que la decisión respecto de dónde se instalan las salas nuevas se toma considerando criterios epidemiológicos, demográficos y socioeconómicos. Sin embargo, la manera como éstos son recogidos por la unidad central, los instrumentos que utilizan y la ponderación que tiene cada uno de los criterios mencionados se desconoce.

Es importante destacar que, según la investigación del equipo evaluador, las decisiones de asignación y distribución de recursos del componente IRA se realizan sobre la base de información cualitativa, ya que prácticamente no se cuenta con bases de datos ni indicadores cuantitativos de actividad de la totalidad de las salas.

¹⁶² Esto sucede, generalmente, cuando se está ante la presencia de enfermedades agudas de las vías respiratorias bajas o de pacientes que por su corta edad u otras condiciones son más vulnerables ante enfermedades respiratorias.

¹⁶³ La dotación de insumos de una sala IRA se encuentra especificada en el punto 1.3.3.2.1 Proceso de Producción.

¹⁶⁴ Las necesidades locales no son definidas en base a ningún tipo de información cuantitativa, sino más bien corresponde a la percepción subjetiva de los encargados en los Servicios de Salud correspondientes.

1.3.3.2.5. Mecanismos de Transferencia de Recursos y Modalidades de Pago

Los recursos del componente IRA son traspasados de forma mensual, de enero a diciembre, desde el Ministerio de Salud hacia los Servicios de Salud, quienes, a su vez, deben asignar mensualmente estos recursos a las municipalidades que se encuentran dentro de su territorio. Las transferencias hacia los municipios se hacen luego que el Alcalde de la comuna firma un convenio, que tiene una vigencia de un año, con el Director del Servicio de Salud respectivo.

Con respecto a los mecanismos de pago al equipo de profesionales de las salas IRA, en las entrevistas se han conocido tres tipos de modalidades:

- Boletas de honorarios.
- Contrato a plazo fijo por 1 año.
- Contrato indefinido formando parte de la planta de la municipalidad.

1.3.3.2.6 Mecanismos de Recuperación de Costos o Aportes de Terceros

El Componente no posee ningún mecanismo de recuperación de costos.

En relación al aporte de terceros, en entrevistas se ha mencionado que algunos establecimientos reciben aportes municipales, sin embargo el monto de estos aportes depende totalmente de la capacidad financiera y el interés del municipio, por lo que estas cantidades pueden ser muy variables entre municipios y en el mismo municipio a lo largo del tiempo¹⁶⁵.

1.3.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

1.3.4.1 Objetivos del Componente

Objetivo General¹⁶⁶

Reducir la mortalidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile, para mejorar su calidad de vida.

Objetivos Específicos

- Dotar a los Centros de Salud con Salas de Apoyo Respiratorio del Adulto (SARA)¹⁶⁷ para diagnosticar, tratar y rehabilitar, de acuerdo a las normas, a pacientes con enfermedades agudas y crónicas, particularmente en la atención primaria.
- Mejorar la capacidad resolutoria del nivel primario de atención, con el fin de aumentar el nivel de satisfacción de la población usuaria de los Servicios de Salud.
- Promover y desarrollar a mediano plazo acciones específicas para disminuir la prevalencia del Tabaquismo en la población.

¹⁶⁵ La estimación del aporte municipal a este componente se encuentra en el capítulo II, sección 4 de uso de recursos.

¹⁶⁶ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001e).

¹⁶⁷ Sala SARA es el nombre inicial de la sala ERA. Por lo tanto, ambos términos son equivalentes.

1.3.4.2 Descripción del Componente

1.3.4.2.1. Proceso de Producción

La Producción que entrega el componente consiste en atenciones a pacientes adultos y adultos mayores que presentan Neumonía adquirida en la comunidad, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Asma Bronquial utilizando criterios diagnósticos y terapéuticos establecidos en Normas Técnicas de atención que fueron elaboradas el año 2000 por técnicos del Ministerio de Salud con la participación de la Sociedad de Enfermedades Respiratorias, donde se establece la derivación a especialistas en los casos que sea necesario¹⁶⁸.

Las acciones de salud que entrega el componente ERA se realizan en establecimientos de atención primaria, bajo administración municipal y de los Servicios de Salud, y se pueden clasificar en tres categorías: consultas del médico comunal ERA, atenciones del kinesiólogo ERA y atenciones de la enfermera ERA. Sin embargo, dentro de cada categoría se realizan diversos tipos de prestaciones como controles, evaluaciones, ejercicios respiratorios, inhalaciones, nebulizaciones, oxigenaciones, entre otras. No es trivial identificar qué tipo de prestaciones realiza cada profesional, debido a que el componente ERA tiene una lógica de trabajo en equipo, que obedece a un esquema multidisciplinario de atención de salud.

Para la realización de las prestaciones, el componente considera la apertura, instalación y la colocación en cada sala ERA, por una sola vez, de equipamiento de diagnóstico médico¹⁶⁹.

Se otorga también un aporte en medicamentos, una vez al año, que incluye inhaladores de Salbutamol y de Budesonida. Ambas compras se hacen centralizadamente y son colocadas por la CENABAST en los establecimientos. Además, se entregan recursos humanos capacitados, los cuales consisten en:

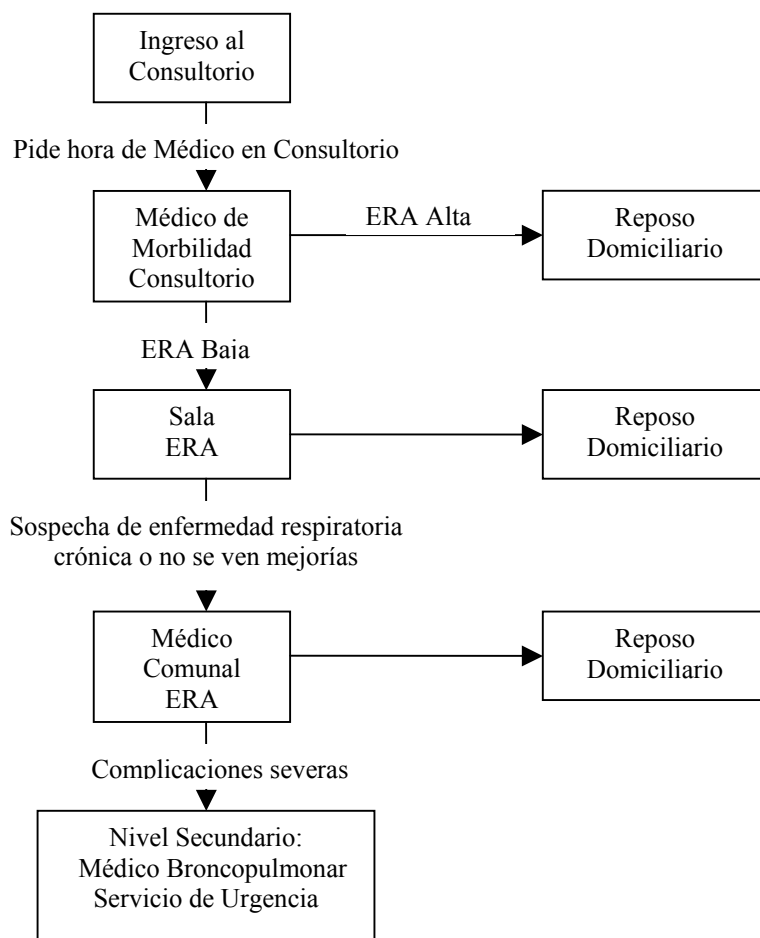
- 33 horas semanales de enfermera.
- 33 horas semanales de kinesiólogo.
- 22 horas semanales de médico por cada 2 ó 3 salas ERA.

De esta forma, el componente incorpora recursos humanos capacitados para el manejo clínico y terapéutico de pacientes adultos, medicamentos especializados y equipamiento inicial en cada sala ERA.

Desde el punto de vista de los beneficiarios, el proceso productivo del Componente ERA se puede resumir en el siguiente diagrama:

¹⁶⁸ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003b)

¹⁶⁹ Este consiste en: 1 bomba compresora, 1 balón de oxígeno, 1 válvula reguladora con flujómetro compensado, 1 humidificador, 84 sondas Nelaton, 36 nariceras, 1 camilla, 1 sillón de descanso, 1 escabel, 1 flujómetro de Mini – Wright.



- ERA Alta es una enfermedad de las vías respiratorias altas (faringe, laringe, etc)
- ERA Baja es una enfermedad de las vías respiratorias bajas (bronquios, pulmones, etc)

1.3.4.2.2 Calendarización de la Producción

La producción de servicios en las salas ERA se lleva a cabo de manera continua durante todo el año. Los recursos son transferidos mensualmente de enero a diciembre en los casos de las salas ERA que son de continuidad, es decir, que vienen funcionando con anterioridad, y de marzo a diciembre en los casos de las salas ERA que son de expansión, es decir, aquellas que entran en funcionamiento durante el año en curso.

1.3.4.2.3. Criterios de Focalización y Selección de Beneficiarios¹⁷⁰

Según lo expresado por los encargados a nivel central, el componente ERA está dirigido a la población mayor de 20 años que es beneficiaria del Sistema Público de Salud. Sin embargo, entrega servicios y prestaciones que no están dirigidos a todos los casos de enfermedades respiratorias. Las salas ERA atienden, en su mayoría, a pacientes que padecen enfermedades respiratorias crónicas, y a los pacientes agudos que necesitan ejercicios kinésicos o algunas de las prestaciones que aquí se entregan para superar el cuadro respiratorio que los aqueja.¹⁷¹ En este sentido, todas aquellas personas que pertenezcan al Sistema Público de Salud pueden ser beneficiarios del componente ERA, siempre que se considere necesario; ya que las salas ERA entregan una atención sin rechazos.

Por otro lado, el componente ERA está focalizado hacia adultos mayores. Esta focalización se traduce, en la práctica, en una priorización en la atención a este grupo etéreo al momento de ser derivado a las salas ERA, o al concurrir a ellas espontáneamente.

1.3.4.2.4. Criterios de Asignación y Distribución de los Recursos

Con respecto a los criterios de asignación de las salas de expansión, no se ha tenido acceso a documentos oficiales que describan estos criterios. Sin embargo, en entrevistas se ha mencionado que, una vez que se sabe cuántas salas más se implementarán al año siguiente, los Servicios de Salud “compiten” entre ellos los nuevos cupos de expansión del componente. De esta manera, los Servicios de Salud deben demostrar con estadísticas, tanto epidemiológicas como poblacionales, que requieren salas nuevas.

Por otro lado, el componente ERA financia una dotación fija de insumos, la cual es la misma para cada sala¹⁷². El equipamiento médico y los fármacos son comprados centralizadamente por el MINSAL a través de CENABAST, y distribuidos por ésta a cada establecimiento de atención primaria con sala ERA. Los recursos correspondientes a las remuneraciones del equipo de las salas son iguales para todas y son traspasados desde el MINSAL hacia los Servicios de Salud, y desde éstos hacia las municipalidades. Los montos de los recursos transferidos dependen del número de salas ERA con que cuenten tanto el Servicio de Salud como la comuna. Por otro lado, los montos de fármacos se asignan por Servicio de Salud de acuerdo a una cantidad fija por sala. Sin embargo, éstos se distribuyen a cada comuna y sala ERA según la población inscrita validada y las necesidades locales¹⁷³.

De la misma manera como ocurre para el componente IRA, los criterios utilizados en la asignación de los recursos de expansión, es decir, en la asignación de salas nuevas, no

¹⁷⁰ Toda la información de este punto fue extraída de entrevistas con los jefes del componente en el MINSAL y con personal que trabaja en las salas ERA.

¹⁷¹ Esto sucede, generalmente, cuando se está ante la presencia de pacientes adultos mayores y/o que padecen, además, otras enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o cualquier otra que los haga más vulnerables ante enfermedades respiratorias.

¹⁷² La dotación de insumos de una sala ERA se encuentra especificada en el punto 1.3.4.2.1. Proceso de Producción.

¹⁷³ Las necesidades locales no son definidas en base a ningún tipo de información cuantitativa, sino más bien corresponde a la percepción subjetiva de los encargados en los Servicios de Salud correspondientes.

se encuentran explicitados en ningún documento oficial al que haya tenido acceso el equipo evaluador. Cabe señalar que los encargados del componente ERA a nivel central expresaron que la decisión respecto de dónde se intalan las salas nuevas se toma considerando criterios epidemiológicos, demográficos y socioeconómicos. Sin embargo, la manera como éstos son recogidos por la unidad central, los instrumentos que utilizan y la ponderación que tiene cada uno de los criterios mencionados se desconoce.

Aquí también es importante destacar que, según la investigación del equipo evaluador, las decisiones de asignación y distribución de recursos del componente ERA se realizan sobre la base de información cualitativa, ya que prácticamente no se cuenta con bases de datos ni indicadores cuantitativos de actividad de la totalidad de las salas.

1.3.4.2.5. Mecanismos de Transferencia de Recursos y Modalidades de Pago

Los recursos del componente ERA son traspasados de forma mensual, de enero a diciembre, desde el Ministerio de Salud hacia los Servicios de Salud, quienes, a su vez, deben asignar mensualmente estos recursos a las municipalidades que se encuentran dentro de su territorio. Las transferencias hacia los municipios se hacen luego que el Alcalde de la comuna firma un convenio, que tiene una vigencia de un año, con el director del Servicio de Salud respectivo.

Con respecto a los mecanismos de pago al equipo de profesionales de las salas ERA, se han podido observar tres tipos de modalidades:

- Boletas de honorarios.
- Contrato a plazo fijo por 1 año.
- Contrato indefinido formando parte de la planta de la municipalidad.

1.3.4.2.6 Mecanismos de Recuperación de Costos o Aportes de Terceros

El Componente no posee ningún mecanismo de recuperación de costos.

En relación al aporte de terceros, en entrevistas se ha mencionado que algunos establecimientos reciben aportes municipales, sin embargo, el monto de estos aportes depende totalmente de la capacidad financiera y el interés del municipio, por lo que estas cantidades pueden ser muy variables entre municipios y en el mismo municipio a lo largo del tiempo¹⁷⁴.

¹⁷⁴ La estimación del aporte municipal a este componente se encuentra en el capítulo II, sección 4 de uso de recursos.

1.3.5 Componente Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de los Problemas Respiratorios en Niños y Adultos

1.3.5.1 Objetivos del Componente

Objetivo General¹⁷⁵

Contribuir al aumento de la resolutividad en el nivel primario de atención, mediante la incorporación de la radiografía simple de tórax, herramienta que facilita el diagnóstico, el tratamiento ambulatorio y la oportuna derivación de los pacientes con enfermedades respiratorias.

Objetivos Específicos¹⁷⁶

- Incorporar progresivamente el acceso a nivel comunal de radiografías de tórax, para apoyar el diagnóstico de enfermedades respiratorias en niños y adultos.
- Disminuir la derivación al nivel secundario correspondiente exclusivamente a la toma de radiografía, logrando el primer diagnóstico en la atención primaria.
- Contar con acceso a este examen dentro de las 24 horas posteriores a la consulta, informado por radiología.

1.3.5.2 Descripción del Componente

1.3.5.2.1. Proceso de Producción del Componente

El componente Apoyo Diagnóstico está destinado a financiar radiografías simples de tórax. Para ello se le traspasan recursos a cada Servicio de Salud, quienes pueden escoger entre dos modalidades para la entrega del servicio¹⁷⁷:

- En los hospitales y/o centros comunales que cuenten con la infraestructura y equipamiento adecuado, en un horario distinto al normal.
- La compra directa de servicios a clínicas o centros privados.

La elección entre una de estas alternativas recae en el nivel local, con el requisito de que el establecimiento escogido para entregar la prestación esté debidamente acreditado por el Servicio de Salud.

1.3.5.2.2. Calendarización de la Producción

Existen versiones encontradas respecto a este punto. Según el nivel central el componente financia radiografías de tórax durante todo el año, sin embargo a medida que nos acercamos a los niveles locales nos encontramos con dos escenarios: aquellos

¹⁷⁵ Los objetivos, general y específicos, corresponden a los planteados para el año 2001. No se cuenta con información para años posteriores.

¹⁷⁶ Los objetivos, general y específicos, corresponden a los planteados para el año 2001. No se cuenta con información para años posteriores.

¹⁷⁷ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001d)

que señalan que efectivamente poseen financiamiento anual y los que dicen que el componente sólo entrega recursos durante el período de campaña de invierno.¹⁷⁸

1.3.5.2.3. Criterios de Focalización y Selección de Beneficiarios

El componente está dirigido a toda la población beneficiaria del Sistema Público de Salud, focalizando en los grupos más vulnerables, los menores de un año y los mayores de 65¹⁷⁹. Esta focalización se traduce, en la práctica, en una priorización de estos grupos etéreos al momento de enviarlos a tomarse una radiografía de tórax según la modalidad de este componente¹⁸⁰.

En el nivel local se observa que el paciente puede ser enviado a tomarse una radiografía desde una sala ERA / IRA, o por el médico de morbilidad general.

1.3.5.2.4. Criterios de Asignación y Distribución de los Recursos

Los recursos se transfieren a través de convenios entre el municipio y Servicio de Salud respectivo¹⁸¹, en los cuales se establece el valor referencial del examen, que corresponde al fijado en arancel FONASA, el número de radiografías proyectadas para el año en adultos y niños y el monto total a traspasar.

Al finalizar la vigencia del convenio, el municipio debe retornar los recursos correspondientes a aquellas radiografías proyectadas y no realizadas, si este fuera el caso.

El criterio actual para distribuir recursos entre los Servicios de Salud no es el mismo utilizado en los inicios del componente.

Según los antecedentes para el año 2001¹⁸², el criterio para decidir qué comuna contaría con el componente de Apoyo Diagnóstico era:

¹⁷⁸ Esta situación se debe, según informantes calificados de MINSAL, a la demora de los Servicios de Salud en entregar los convenios firmados al nivel central, lo que retrasa el traspaso de recursos y por ende la implementación del componente. Otra posible justificación es que durante el período de Campaña de Invierno se entrega un refuerzo consistente en recursos adicionales para la toma de radiografías de tórax, lo que podría llevar a confusiones en el nivel local cuando se les pregunta acerca de este componente.

¹⁷⁹ Fuente: MINSAL, entrevista con informante calificado.

¹⁸⁰ La forma tradicional de enviar al paciente a tomarse radiografía de tórax al nivel secundario no deja de existir. Dado que el número de radiografías entregadas por el componente son acotadas, ambos mecanismos funcionan simultáneamente. Por esto se prioriza a los grupos más vulnerables que requieren de un diagnóstico oportuno, que es entregado en 24 horas si se financia mediante el componente.

¹⁸¹ Esto ha significado un problema para el caso de los Servicios de Salud que administran establecimientos de atención primaria. Dado que los recursos del componente se transferían por ítem 25 (transferencias corrientes), los servicios no podían participar de éste. Actualmente se ha conseguido traspasar los fondos a través de los ítem 21 (personal) y 22 (bienes y servicios), para que las comunas con establecimientos APS no municipalizados cuenten con el Apoyo Diagnóstico.

Además, cuando los servicios no tenían la posibilidad de comprar exámenes al sector privado, ya sea por el costo elevado de la radiografía o por lejanía del prestador, se veían en la necesidad de adquirir el servicio en los hospitales administrados por el mismo Servicio de Salud, lo cual no es posible porque constituye una triangulación de recursos.

¹⁸² MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001d)

- Privilegiar a aquellas comunas que contaran con el componente ERA.

Actualmente se desconocen los criterios utilizados en la designación del componente entre comunas, éstos no se encuentran explicitados en ningún documento oficial al que haya tenido acceso el equipo evaluador.

En cuanto al criterio para la distribución de fondos, éste era:

- Según la población beneficiaria y el número de establecimientos de cada comuna.

Según documentos actuales, la distribución se realiza considerando el criterio de riesgo por población inscrita¹⁸³. Éste consiste en estimar el porcentaje de personas que podrían presentar una neumonía y luego aplicar dicho porcentaje a la población inscrita. De este modo, se proyecta el número de radiografías de tórax requeridas por cada Servicio.

1.3.5.2.5. Mecanismos de Transferencia de Recursos y Modalidades de Pago

El mecanismo de transferencia de recursos también ha experimentado cambios. En los inicios, éstos se entregaban en una sola cuota una vez firmado el convenio y la resolución exenta que lo aprueba¹⁸⁴. Con esta modalidad, ocurría que llegado el momento de la evaluación existían Servicios que no habían utilizado los dineros entregados y que, por lo tanto, no realizaban las radiografías de tórax según lo establecido por el componente. Por este motivo se decidió cambiar el sistema de financiamiento.

Actualmente, los recursos se envían a los Servicios en tres cuotas de 33% cada una. La primera cuota se entrega una vez firmado el convenio. La segunda cuota estará sujeta a una rendición por parte de la Municipalidad, del total uso de los recursos destinados al apoyo radiológico de la primera cuota, esta rendición deberá ser aprobada por el Servicio. La tercera cuota, de igual modo, está sujeta al cumplimiento de la meta señalada en el convenio¹⁸⁵.

1.3.5.2.6 Mecanismos de Recuperación de Costos o Aportes de Terceros

El Componente no posee ningún mecanismo de recuperación de costos. En relación al aporte de terceros, los entrevistados sostienen que son inexistentes.

¹⁸³ MINSAL, División Rectoría y Regulación, Departamento de Salud de las Personas (2004)

¹⁸⁴ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001d)

¹⁸⁵ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2003e)

1.3.6 Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia

1.3.6.1 Objetivos del Componente

En primer lugar es importante señalar que desde la creación del Componente SAPU y en la medida que éste ha ido aumentando su cobertura a través del tiempo, sus objetivos han experimentado sucesivos cambios y reformulaciones. Sin embargo, la exposición de propósitos que aquí se presenta, corresponde a los objetivos vigentes al año 2004¹⁸⁶.

Los documentos descriptivos del componente, reconocen que éste tiene como **objetivo general** facilitar el acceso oportuno y equitativo de los usuarios del nivel primario de salud a la atención que otorga la red de urgencia del sistema público de salud, entregando una respuesta adecuada en este tipo de atención y mejorando las condiciones de acceso a otros niveles de la Red de Urgencia en casos críticos¹⁸⁷.

De igual forma, los **objetivos específicos** del componente a la fecha son:

- Mejorar accesibilidad y resolutivez de la atención de urgencia, otorgando atención médica inmediata a la demanda de la población adscrita al consultorio, en horario no hábil.
- Contribuir a otorgar una sensación de mayor protección y seguridad a la población, especialmente de sectores de pobreza y marginalidad, frente a eventos de salud que se perciben como urgentes.
- Contribuir a disminuir la presión por demanda de urgencia en las unidades de emergencia hospitalaria, descongestionando éstas para absorber las urgencias de mayor complejidad.
- Aumentar la satisfacción usuaria frente a la atención de urgencia del sistema, al disminuir los tiempos de espera y traslados innecesarios.
- Otorgar primeros auxilios, aplicar tratamientos y realizar procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar, o evitar el agravamiento de pacientes críticos en situaciones de urgencia inmediata.
- Derivar y trasladar oportunamente en condiciones de seguridad aquellos casos que por su complejidad o recursos requeridos deben ser atendidos en otros establecimientos de mayor complejidad de la red¹⁸⁸.

1.3.6.2 Descripción del Componente

1.3.6.2.1. Proceso de Producción del Componente

a) Caracterización de los Recintos SAPU

La producción de los servicios de este componente se realiza en los 116 recintos SAPU a lo largo de todo el país.¹⁸⁹

¹⁸⁶ Los objetivos del componente en su fecha de inicio (año 1990) se encuentran descritos en el Anexo I.

¹⁸⁷ MINSAL, División de Red Asistencial, Departamento Modelos de Atención (2004)

¹⁸⁸ MINSAL, División de Red Asistencial, Departamento Modelos de Atención (2004)

¹⁸⁹ Fuente: Base recintos SAPU 2004. División de Gestión de Red Asistencial. MINSAL.

Un recinto SAPU se puede definir como una instancia de atención ubicada en Consultorios Generales Urbanos de atención primaria¹⁹⁰ o en locales anexos pero dependientes técnica y administrativamente de ellos, encargado de entregar prestaciones de urgencia médica en forma oportuna y adecuada en horario no hábil¹⁹¹.

Según la ubicación respecto al consultorio de origen, se presentan SAPU de distintas características¹⁹².

Tanto la producción como el financiamiento de los recintos SAPU están ligados estrechamente a la duración de su jornada de atención. Al respecto, se distinguen cuatro grupos de horarios:

- Grupo I - 67 horas semanales: grupo que más se aleja del diseño original de horario de atención. No realiza atención nocturna y sólo atienden parte de la jornada los fines de semana¹⁹³.
- Grupo II - 123 horas semanales: es el horario definido en el diseño original del SAPU, abarcando el tiempo en que no funciona el consultorio, es decir desde las 17.00 a las 8.00 horas, de lunes a viernes, y 24 horas los fines de semana y festivos¹⁹⁴.
- Grupo III - de 124 a 168 horas semanales: corresponden a SAPU que funcionen con médicos de llamada o permanentes, financiados en su horario diurno por el municipio. Excede el horario del modelo SAPU ministerial y, por tanto, recibe el mismo financiamiento que el Grupo II.
- Grupo IV- SAPU de Verano: constituyen un caso especial respecto a los tres grupos anteriores. Estos son instalados excepcionalmente durante la época estival en balnearios con alta afluencia de público, obedeciendo a una lógica de demanda.

De acuerdo a la información proporcionada por el Ministerio de Salud, a principios de 2004, del total de establecimientos SAPU del país, un 30,41% corresponde al Grupo I, un 68,42% corresponde al Grupo II y un 1,17% corresponde al Grupo IV¹⁹⁵.

b) Caracterización del personal SAPU

En relación a la dotación de personal a cargo de la producción en los recintos SAPU, el Ministerio de Salud establece la siguiente plantilla mínima de recursos humanos:

- Un médico.
- Un técnico paramédico.
- Un auxiliar administrativo.

¹⁹⁰ Cabe enfatizar este punto debido a que, de acuerdo a la visión de informantes calificados de MINSAL, los Servicios de Atención Primaria de Urgencia fueron concebidos como una estrategia fundamentalmente urbana.

¹⁹¹ MINSAL, División de Red Asistencial, Departamento Modelos de Atención (2004)

¹⁹² Es posible encontrar SAPU: Con edificio propio adosado al consultorio de origen; Con edificio propio adosado al consultorio de origen pero que comparte dependencias con el consultorio en horario diurno; Con edificio propio no adosado al consultorio; Sin edificación propia, utilizando dependencias exclusivas del consultorio; Sin edificación propia, utilizando dependencias exclusivas del consultorio con quien comparte dependencias en horario diurno; Sin edificación propia, utilizando dependencias del consultorio.

¹⁹³ Éste es el tipo de SAPU conocido como “SAPU corto”

¹⁹⁴ Corresponde al tipo de SAPU conocido como “SAPU largo”

¹⁹⁵ Dado que, como se señaló, el Grupo III recibe el mismo financiamiento que el Grupo II, no es posible encontrar a nivel central un documento consolidado que informe sobre qué proporción de lo que se considera Grupo II es en la práctica Grupo III.

- Un auxiliar de servicio.
- Un chofer¹⁹⁶.

Cabe señalar que, según las entrevistas, los recintos SAPU suelen superar esta planta, incorporando médicos adicionales y enfermeras según necesidad, y muchas veces reemplazando al recurso auxiliar de servicio por un técnico paramédico adicional. La decisión del tamaño de planta y de contratación de funcionarios para desempeñarse en los recintos SAPU recae directamente sobre las Municipalidades, por cuanto estos trabajadores, para todos los efectos, se ciñen al Estatuto de Atención Primaria¹⁹⁷.

En relación a los aspectos de gestión y administración interna de los recintos SAPU, éstos están normalmente a cargo de los Directores de Consultorio, quienes hacen a la vez de Directores de SAPU. De ellos depende la coordinación con la Municipalidad en algunas decisiones sobre la ejecución de los recursos del componente y de otros recursos de origen municipal, la dotación de insumos y suministros médicos a los recintos¹⁹⁸ y la entrega de antecedentes a los Servicios de Salud.¹⁹⁹ La labor de éstos suele estar complementada con la de los llamados “Coordinadores de SAPU”, cargo que por regla general suele ser ocupado por una enfermera.

La caracterización de la consulta en SAPU se presenta en Anexo 1.

1.3.6.2.2. Calendarización de la Producción

La producción de servicios en los recintos SAPU se lleva a cabo de manera continua durante todo el año, por lo que no obedece a ningún esquema de calendarización.

1.3.6.2.3. Criterios de Focalización y Selección de Beneficiarios

El componente no posee ninguna estrategia de focalización ni selección de beneficiarios, puesto que por tratarse de un servicio de urgencia debe atender a toda persona sin distinción previsional, económica o territorial. Esto se traduce en que la atención en SAPU no genera rechazos²⁰⁰.

¹⁹⁶ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2003c)

¹⁹⁷ La excepción a esta regla serían los Servicios de Salud Metropolitano Central y Aysén, que por no tener municipalizada la atención primaria, son los empleadores directos de los funcionarios que se desempeñan en SAPU. Por consiguiente, los trabajadores de estos Servicios, son contratados bajo la Ley Médica o la Ley N°16.884.

¹⁹⁸ El grado de influencia que posean los directores de consultorio y SAPU sobre el destino de algunos recursos (como contratación de personal, compra de equipamiento y otros) y dotación de insumos médicos, depende exclusivamente de la importancia que entregue el municipio a una coordinación integrada y toma de decisiones conjunta con los niveles de ejecución locales. En las entrevistas realizadas a nivel de consultorios, se encontraron tanto actores que manifestaron que su opinión era consultada, como otros que percibían que no les cabía ningún espacio de opinión respecto a estos puntos.

¹⁹⁹ Los antecedentes sobre la actividad en SAPU que es enviada a los Servicios de Salud corresponden a la información solicitada en los Registros Estadísticos Mensuales (REM) y a la información solicitada vía encuestas a los establecimientos SAPU. Para un mayor detalle, consultar sección 3.6.1

²⁰⁰ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001f)

1.3.6.2.4. Criterios de Asignación y Distribución de los Recursos

La asignación y distribución de recursos a establecimientos SAPU de continuidad responde a una lógica inercial. Es decir, cada año se vuelven a asignar recursos a los establecimientos que se encontraban operando hasta el año anterior.

En relación a la asignación y distribución de los recursos, cuando se trata de establecimientos nuevos, el Ministerio de Salud ha señalado algunos criterios para establecer prioridades.

De acuerdo a los documentos más recientes del Ministerio de Salud, los actuales objetivos respecto a cobertura SAPU son: cubrir el 100% de comunas con más de 30.000 habitantes sin atención primaria de urgencia y contar con un recinto SAPU por cada 50.000 habitantes en comunas con altas magnitudes poblacionales y sectores marginales²⁰¹.

1.3.6.2.5. Mecanismos de Transferencia de Recursos y Modalidades de Pago

Los recursos del componente SAPU son asignados a nivel de establecimiento de acuerdo al horario de funcionamiento de los recintos. La División de Red Asistencial del Ministerio de Salud asigna un monto anual determinado a los SAPU que atienden 67 horas semanales y otro a los que funcionan 123 horas por semana. También se asigna una cantidad prefijada a los recintos SAPU de verano²⁰². Estas cantidades son indexadas cada año²⁰³.

Los recursos mencionados son traspasados de forma mensual, de enero a diciembre, desde el Ministerio de Salud hacia los Servicios de Salud, quienes a su vez los deben asignar mensualmente a las municipalidades que se encuentran dentro de su territorio. Los Servicios de Salud no poseen atribuciones para hacer otro uso de los recursos, ni para modificar los montos traspasados, puesto que éstos están dirigidos hacia establecimientos determinados y plenamente reconocibles²⁰⁴.

En relación a los mecanismos de pago a los ejecutores directos que realizan las atenciones en SAPU, se ha observado una alta tendencia al pago a honorarios, debido a que los mismos trabajadores que se encuentran empleados en horario habitual de consultorio suelen realizar horas extraordinarias en los SAPU²⁰⁵.

1.3.6.2.6 Mecanismos de Recuperación de Costos o Aportes de Terceros

El componente SAPU en general no cuenta con mecanismos de recuperación de costos que puedan ser cuantificables.

²⁰¹ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial (2004)

²⁰² Fuente: Bases de datos MINSAL

²⁰³ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado

²⁰⁴ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2002)

²⁰⁵ La contratación de chofer normalmente suele ser la única excepción a esta característica.

En relación al aporte de terceros, gran parte de los establecimientos recibe aportes municipales de forma directa o indirecta, sin embargo el monto de estos aportes depende totalmente de la capacidad financiera y el interés del municipio, por lo que estas cantidades pueden ser muy variables entre municipios y en el mismo municipio a lo largo del tiempo.

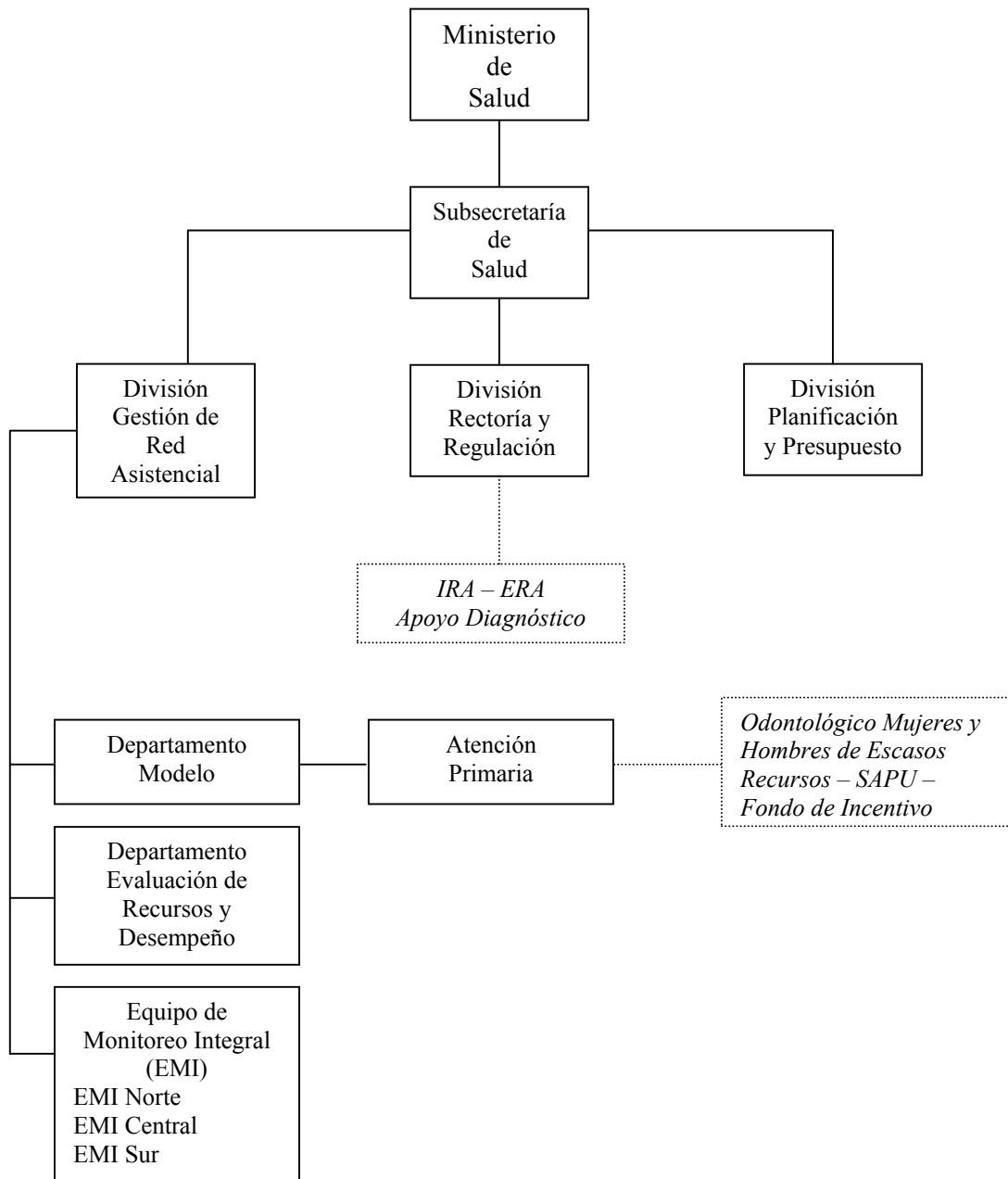
Por otra parte, los establecimientos SAPU tienen una pequeña capacidad de generar ingresos por su cuenta, puesto a que las personas no cubiertas por el sistema público de salud debieran hacer copagos por la atención recibida en SAPU²⁰⁶. No obstante, los ingresos por concepto de esta clase de pacientes no pueden ser reutilizados directamente en el mismo SAPU debido a que, desde el momento en que se generan, pasan a constituir fondos municipales.

²⁰⁶ Se considera que la capacidad de generar ingresos por esta vía es pequeña dado que, según la información obtenida de la encuesta a beneficiarios, sólo un 7% de los atendidos no se encuentra afiliado al sistema público de salud y podría, por tanto, efectuar un copago por las atenciones. Además, a través del estudio cualitativo fue posible observar que en algunos recintos se acostumbra atender de forma gratuita incluso a pacientes que no son beneficiarios del Sistema Público de Salud en el caso de que éstos reporten no tener dinero para cancelar el valor de la consulta. Esta situación se da principalmente debido a que el personal a cargo de la atención en SAPU está conciente de que no debe efectuar rechazos.

2. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación

a) Ministerio de Salud

A continuación se presenta un organigrama de la unidad central construido a partir de la información obtenida en este nivel, incorporando cada componente en la división correspondiente.



Como se aprecia en el diagrama, para los componentes Fondo de Incentivos, Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos y SAPU, el organismo encargado a nivel de MINSAL es la División de Gestión de Red Asistencial (para el primero corresponde al Departamento de Atención Primaria). Los componentes IRA, ERA y Apoyo Diagnóstico se encuentran bajo la responsabilidad de la Unidad de

Enfermedades Respiratorias y los Jefes del Programa a nivel central. Para los seis componentes, los organismos encargados tienen entre sus responsabilidades:

- Creación de normas técnicas y/o manuales administrativos que rigen la ejecución de los componentes a nivel local.
- Confección de los convenios tipo que subscriben los Servicios de Salud y las Municipalidades que poseen los componentes cada año.
- Planeamiento de la ampliación anual de cobertura de los componentes de acuerdo a los criterios y objetivos de cada uno de ellos.
- Traspaso de los recursos del Componente a los Servicios de Salud.

El detalle de las funciones y atribuciones a nivel central para cada componente, se presentan en el Anexo 1.

b) Servicios de Salud

El Estatuto de Atención Primaria establece que los directores de los Servicios de Salud podrán estimular, promover y celebrar convenios con las respectivas municipalidades, para traspasar personal en comisiones de servicio u otros recursos, apoyar la gestión y administración de salud y promover el establecimiento de sistemas locales de salud basados en la participación social, la intersectorialidad y el desarrollo local (art. 57). De este modo se operacionalizan los componentes del PRAPS²⁰⁷, estableciéndose como una modalidad complementaria a las acciones de salud regulares.

A nivel de Servicios de Salud, el organismo a cargo de los componentes Fondo de Incentivos y SAPU es la División de Atención Primaria (DAP)²⁰⁸. En el componente Odontológico, la coordinación está a cargo de la División de Programas de las Personas (DPP). Para los componentes IRA y ERA, el Director del Servicio de Salud delega en el Departamento de Programas de las Personas la responsabilidad del control global del componente. Aquí hay un jefe de Programa y un “Equipo Técnico de Enfermedades Respiratorias”, los cuales cuentan con la asesoría del Departamento de Epidemiología del Servicio. El componente Apoyo Diagnóstico queda bajo la responsabilidad de los encargados de las salas IRA y ERA a nivel de Servicio de Salud.

A este nivel, se reconocen entre las funciones en torno al Programa:

- Suscribir anualmente los convenios con las Municipalidades que poseen los componentes.
- Transferir mensualmente a las Municipalidades las cuotas correspondientes a los componentes en representación del Ministerio de Salud.
- Requerir a las Municipalidades de los datos e informes relativos a la ejecución de los componentes con los detalles y especificaciones estipuladas para cada caso.

El detalle de las funciones y atribuciones a nivel de Servicios de Salud para cada componente se presentan en el Anexo 1.

²⁰⁷ Los componentes evaluados del PRAPS se describen en la sección 1.3.

²⁰⁸ Cabe señalar que este organismo puede recibir diferentes denominaciones, dependiendo del Servicio de Salud.

c) Municipalidades

A nivel municipal, la responsabilidad de los componentes recae sobre las direcciones de salud municipal o las corporaciones municipales de salud, según sea el caso. El componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos, debido a su estrategia de focalización, requiere además de una acción coordinada entre estas entidades y la División de Desarrollo Comunal DIDECO²⁰⁹.

De forma general, los organismos encargados de los seis componentes tienen entre sus responsabilidades las siguientes:

- Suscribir anualmente los convenios de cada componente con el Servicio de Salud respectivo.
- Realizar la contratación del personal que trabaja en los componentes.
- Asumir los mayores costos que involucre la ejecución de los componentes.
- Proporcionar al Servicio de Salud respectivo los datos e informes relativos a la ejecución del Componente con los detalles y especificaciones estipuladas por cada componente.

El detalle de las funciones y atribuciones a nivel de Municipalidades para cada componente se presentan en el Anexo 1.

d) Establecimientos de Atención Primaria

Los establecimientos de atención primaria son los encargados de la ejecución de los servicios que entrega cada componente de acuerdo a sus normas técnicas y/o manuales administrativos.

El detalle de las funciones y atribuciones a nivel de establecimientos de atención primaria para cada componente se presentan en el Anexo 1.

²⁰⁹ En particular, las oficinas municipales de la mujer y las oficinas municipales de intermediación laboral (OMIL)

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

Esta sección está enfocada en la información de los componentes acerca de cómo debiera, de acuerdo a lo establecido en los convenios, registrarse y sistematizarse la información para el monitoreo de cada componente. El análisis de su cumplimiento se presenta en el capítulo II.

3.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

3.1.1. Instrumentos de Monitoreo y Evaluación²¹⁰

a) Sectorización

El monitoreo de cumplimiento de esta meta se basa en la verificación de los siguientes parámetros:

Primer Trimestre

- Taller de orientación sobre la sectorización como herramienta de gestión para todo el personal realizado
- Programa anual de trabajo elaborado

Segundo Trimestre:

- Mapas por sector disponible
- Archivo de fichas y tarjeteros separados por sector

Tercer Trimestre:

- Equipos de salud por sector y responsables de las unidades de apoyo suprasectoriales designados.

Cuarto Trimestre:

- Estrategia de información a la población incluyendo la elaboración del material de difusión diseñado con el Consejo de Desarrollo y organizaciones comunitarias.

Se espera en la evaluación del componente en el mes de Septiembre que se hayan cumplido todas las acciones de sectorización estipuladas hasta el tercer trimestre del año. Además se establece como indicador el porcentaje de CGU o CGR - no Centros de Salud Familiar (CESFAM) - sectorizados.

b) Oficinas de Información Reclamos y Sugerencias

Los establecimientos del nivel primario de atención y los Servicios de Salud deben mantener actualizados los registros de la planilla que recoge los datos de las OIRS de los establecimientos de las comunas, al igual que de establecimientos dependientes del Servicio de Salud. Para ello, se debe aplicar una pauta de evaluación y matriz a Marzo, con el fin de homogenizar los datos.

²¹⁰ La información que se presenta en este punto corresponde a lo establecido en los convenios, independiente de lo que sucede en la práctica.

Los indicadores establecidos para monitorear esta línea de acción son²¹¹:

- Porcentaje de consultorios comprometidos con OIRS funcionando.
- Porcentaje de hospitales tipo 4 (HT4) comprometidos con OIRS funcionando.
- Porcentaje de consultorios comprometidos con OIRS en grado x²¹².
- Porcentaje de HT4 comprometidos con OIRS en grado x.

Finalmente la evaluación se realiza en el mes de Septiembre, debiendo estar la información antes del 15 de octubre en el nivel central, donde se evalúa el incremento en el grado de desarrollo de las OIRS según la línea basal del diagnóstico 2002 para los establecimientos (unidades) que se hayan comprometido²¹³.

c) Sistema de registro y gestión de listas de espera

Se establecen los siguientes indicadores que deben ser reportados a la unidad central:

- Porcentaje de establecimientos de APS con sistema de registro implementado por Servicio.
- Porcentaje de establecimientos de APS con sistema de gestión de listas de espera implementado por Servicio.

Además, el Servicio de Salud debe monitorear la existencia de un registro de lista de espera y la conformación de un comité encargado de gestionar dicha lista a través de los informes elaborados trimestralmente.

El documento que emana del comité de gestión de lista de espera con el análisis solicitado²¹⁴ debe ser remitido a la Dirección del Servicio de Salud respectivo a través del jefe del Departamento de Atención Primaria (DAP). Este informe sirve de insumo para la gestión del Consejo Coordinador de Red que se establece en cada Servicio de Salud²¹⁵.

La validación del cumplimiento del compromiso de existencia de un sistema de gestión de listas de espera para optar al incentivo, es la presencia del informe del establecimiento en el DAP o su símil del Servicio de Salud respectivo.

e) Alta odontológica total en niños de 6 y 12 años

Los indicadores mediante los cuales el Servicio de Salud evaluará el cumplimiento de lo pactado, se dividen en tres grupos²¹⁶:

Indicadores de cumplimiento de meta

- Porcentaje de niños de 6 años inscritos o beneficiarios con alta odontológica realizada sobre la programada

²¹¹ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

²¹² Las OIRS de acuerdo a su nivel de desarrollo se clasifican en tres grados. Pertenecer al grado 1, 2 o 3 depende de indicadores como: infraestructura; dependencia; recurso humano que atiende la OIRS; tiempo de atención; existencia de registros; gestión de respuestas; entre otros.

²¹³ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

²¹⁴ Los elementos que contiene el análisis de la lista de espera son mencionados en Anexo 1.

²¹⁵ Los informes trimestrales son recibidos en las siguientes fechas: Primer trimestre: 10 de Abril; Segundo trimestre: 10 de Julio; Tercer trimestre: 10 de Octubre; Cuarto trimestre: 10 de Enero.

²¹⁶ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c).

- Porcentaje de niños de 12 años inscritos o beneficiarios con alta odontológica realizada sobre la programada

Indicadores de cobertura

- Porcentaje de niños de 6 años inscritos o beneficiarios con alta odontológica total
- Porcentaje de niños de 12 años inscritos o beneficiarios con alta odontológica total

La cobertura programada para el año 2003 es de un 70% en niños de 6 años y un 25 % en niños de 12 años. Este indicador debe ser construido localmente con datos de inscritos en el caso de los Entidades Municipales y con beneficiarios cuando corresponda a Entidades del Servicio.

Indicadores de calidad

- Porcentaje de sellantes aplicados en el año 2002 parcialmente retenidos sobre el total de sellantes auditados en la muestra
- Porcentaje de sellantes aplicados en el año 2002 totalmente retenidos sobre el total de sellantes auditados en la muestra

El indicador de cumplimiento de meta se pondera en 80% del incentivo de altas totales de 6 y 12 años. Se considera alcanzado si se logra, a Septiembre del 2003, el 90% de la meta comprometida, según estándares establecidos.

El cumplimiento del indicador de calidad, se pondera en 20%²¹⁷. Se considera alcanzado cuando el 80% o más de los sellantes aplicados en el año 2002, están retenidos en boca total y/o parcialmente.

Según lo establecido en documentos oficiales del componente, las actividades serán monitoreadas a través de las Altas Odontológicas Totales del Resumen Estadístico Mensual 09, Sección F, correspondiente a Ingresos y Egresos del nivel primario²¹⁸.

3.1.2. Bases de datos del Componente

El componente cuenta con bases de datos en las que es posible encontrar la siguiente información:

Tabla 3.1

Información	2001	2002	2003
Monto traspasado por convenio a cada establecimiento	X	X	X
Porcentaje de cumplimiento de metas	X	X	X
Número de altas odontológicas			X

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

3.1.3 Evaluaciones anteriores

No existen evaluaciones del componente Fondo de Incentivo.

²¹⁷ Existe claridad respecto a las ponderaciones de los indicadores de cumplimiento de meta (80%) y de calidad (20%), sin embargo se observa que los indicadores de cobertura no estarían siendo considerados para recibir el monto del incentivo.

²¹⁸ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c)

3.1.4. Vinculación con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG)

Para describir la vinculación entre los instrumentos y bases de datos para el monitoreo y evaluación del componente con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG) de la entidad ejecutora, se revisaron las definiciones estratégicas y los indicadores de desempeño de la Subsecretaría de Salud del MINSAL, comprometidos para el año presupuestario 2004. En el SIG de la Subsecretaría destaca el Producto Estratégico de Rectoría y Regulación Sanitaria, que alude principalmente a acciones de salud colectivas sobre las personas y el medio ambiente, o a atenciones de salud de apropiación individual de alto impacto colectivo, como el combate a enfermedades transmisibles. Desde esta perspectiva, las definiciones estratégicas del SIG y sus indicadores de desempeño carecen de relación con los componentes del PRAPS evaluados en esta investigación.

El segundo Producto Estratégico del SIG es la instalación y desarrollo del Sistema de atención de salud en redes, que se relaciona con el Fondo de Incentivos, en particular, con las líneas de acción que orientan la gestión del consultorio al modelo de salud familiar y a una mejor coordinación con los establecimientos de mayor complejidad de la red pública. Para este producto estratégico, el SIG define indicadores de desempeño (eficacia) análogos a los del Fondo de Incentivo, en los siguientes aspectos:

- Porcentaje de establecimientos que cuentan con un sistema de gestión de listas de espera.
- Porcentaje de establecimientos de APS con OIRS funcionando.
- Porcentaje de consultorios de APS con más de 10.000 inscritos con población sectorizada.

3.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

3.2.1. Instrumentos de Monitoreo y Evaluación²¹⁹

El principal instrumento de monitoreo y evaluación del Componente Odontológico lo constituyen las metas de altas odontológicas y prótesis que son asignadas cada año a nivel central.²²⁰

A través de los convenios que establecen los Servicios de Salud con las municipalidades, éstas se comprometen al cumplimiento del número anual de altas odontológicas y de prótesis establecido a nivel central. Los Servicios de Salud son los encargados de realizar un monitoreo del grado de avance en el cumplimiento de estas metas a través de una evaluación trimestral de proceso, con fechas de corte al 30 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre. Para la entrega de estas evaluaciones, el MINSAL fija un plazo máximo de 5 días después de transcurrida la fecha de corte correspondiente. Los indicadores que se pide reportar, son los siguientes:

- Porcentaje de mujeres y hombres con alta integral sobre el total de mujeres y hombres programados.

²¹⁹ La información que se presenta en este punto corresponde a lo establecido en los convenios, independiente de lo que sucede en la práctica.

²²⁰ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003d)

- Porcentaje de prótesis dentales instaladas en mujeres y hombres sobre el total de prótesis programadas.
- Grado de satisfacción de los usuarios del componente, medido a través de encuesta de opinión.²²¹
- Costo promedio alcanzado por mujer y hombre rehabilitado.²²²

Cabe señalar que durante los últimos años, se ha ampliado la información que se les pide reportar a los Servicios de Salud, haciéndoles llegar una planilla a ser completada con datos sobre los beneficiarios del componente.²²³

Otra iniciativa de monitoreo y evaluación promovida a nivel central es la elaboración de la Encuesta de Opinión a Beneficiarios, que el Ministerio de Salud emite, distribuye, recibe e interpreta desde el año 2003. Dicha encuesta básicamente apunta a determinar el grado de satisfacción experimentado por los beneficiarios del componente en función de variables como: dificultad de acceder a las citas, trato recibido por el equipo de atención, conformidad con el horario de las atenciones y educación recibida.²²⁴

3.2.2. Bases de datos del Componente

El componente Odontológico cuenta con bases de datos en las que es posible encontrar la siguiente información:

Tabla 3.2

Información	1999	2000	2001	2002	2003
Lista de comunas que poseen el componente	X	X	X	X	X
Monto traspasado por convenio a cada establecimiento	X	X	X	X	X
Meta anual de altas integrales por comuna	X	X	X	X	X
Meta anual de prótesis por comuna	X	X	X	X	X
Número anual de altas integrales realizadas por comuna	X	X	X	X	X
Número anual de prótesis instaladas por comuna	X	X	X	X	X
Número anual de altas integrales en mujeres				X	X
Número anual de altas integrales en hombres				X	X
Número anual de altas integrales con una prótesis					X
Número anual de altas integrales con dos prótesis					X
Número anual de beneficiarios de Chile Solidario					X

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

3.2.3. Evaluaciones anteriores del Componente

De acuerdo a la información con que se cuenta, la única evaluación de la que se tiene conocimiento corresponde a un estudio denominado: **“Programa de Habilitación Laboral para Mujeres de Escasos Recursos, Preferentemente Jefas de Hogar”**²²⁵.

²²¹ Sobre la misma, se entrará en detalle en el capítulo II, sección 3.1.4.

²²² MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003d)

²²³ Fuente: Servicios de Salud. Entrevistas con informantes calificados. Para mayor detalle sobre el tipo de información que se solicita a los Servicios de Salud, consultar tabla 3.2

²²⁴ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2003b)

²²⁵ MIDEPLAN (1998)

A lo largo de dicho documento se analizan diversos aspectos del mencionado programa, incluyendo al componente Odontológico.²²⁶

Si bien el estudio profundiza más bien en aspectos de gestión y coordinación municipal para la elegibilidad y seguimiento de las mujeres beneficiarias del programa como un todo, también contiene algunas conclusiones respecto al funcionamiento del componente Odontológico en particular. Por ejemplo: se muestra con algunos datos que el componente estaba focalizado exclusivamente en mujeres jefas de hogar, que disponía de un registro de beneficiarias, que contaba con un sistema de seguimiento de metas y que realizaba coordinaciones a nivel municipal.

3.2.4. Vinculación con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG)

Los instrumentos y bases de datos para el monitoreo y evaluación del componente carecen de vinculación con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG) de la Subsecretaría de Salud.

3.3 Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

3.3.1 Instrumentos de Monitoreo y Evaluación²²⁷

El Servicio de Salud debiera realizar el monitoreo y evaluación de acuerdo a indicadores definidos por el componente en los convenios respectivos, donde el municipio se compromete a enviar mensualmente al Servicio de Salud la información del avance de los indicadores detallados a continuación:

- Número de consultas totales desglosadas en grupos etéreos
- Número de consultas respiratorias desglosadas en grupos etéreos
- Número de consultas por enfermedades respiratorias altas desglosadas en grupos etéreos
- Número de consultas por enfermedades respiratorias bajas desglosadas en grupos etéreos
- Número de consultas por Obstrucción Bronquial desglosadas en grupos etéreos
- Número de consultas por Neumonía desglosadas en grupos etéreos
- Número de consultas por otras enfermedades respiratorias desglosadas en grupos etéreos
- Porcentaje de cumplimiento de lo programado v/s lo realizado en relación a educación grupal por grupos prioritarios, desglosado por grupo²²⁸

Por otro lado, según los documentos oficiales, la información obtenida a partir de los registros diarios de los profesionales que forman parte del equipo de las salas IRA, se envía mensualmente a través del Servicio de Salud correspondiente al Ministerio de

²²⁶ Como ya se ha adelantado en las secciones anteriores y, se explicará con mayor detalle en la sección 5 del presente capítulo, hacia 1998 el componente Odontológico se insertaba como una línea de acción del Programa de Habilitación Laboral para Mujeres de Escasos Recursos.

²²⁷ La información que se presenta en este punto corresponde a lo establecido en los convenios, independiente de lo que sucede en la práctica.

²²⁸ MINSAL (2001b)

Salud. El componente realiza, además, una evaluación general en diciembre de cada año, en la cual se reúnen los representantes del componente IRA de todos los Servicios de Salud del país, con los encargados a nivel central (MINSAL). Según algunos entrevistados, en estas reuniones los encargados de cada Servicio de Salud exponen en un período de tiempo determinado, la evolución del componente en su Servicio.

Además, el componente IRA cuenta con establecimientos de monitoreo denominados Centros Centinela de vigilancia respiratoria, los cuales hasta la fecha llegan a 16, repartidos entre las regiones Metropolitana, V y VIII. Los propios centros envían diariamente su información directamente al Minsal²²⁹.

3.3.2 Bases de Datos del Componente

Para el componente IRA, se cuenta con información completa y agregada, respecto de los recursos traspasados por convenios según Servicios de Salud, comunas, y establecimientos de atención primaria; para los años 2001 al 2003. También existe información de la evaluación nacional del año 2003 para la Región Metropolitana y de los años 2001 y 2002 a nivel nacional, además de información parcial de las estadísticas kinésicas para los años 1999 y 2000.

Cabe señalar, que el componente IRA no cuenta con bases de datos de beneficiarios efectivos así como tampoco de número de atenciones de las salas IRA a nivel de comunas, Servicios de Salud, etc.

3.3.3 Evaluaciones anteriores

Respecto a la existencia de evaluaciones anteriores de este componente, se han logrado identificar tres:

La primera se denomina “**Evaluación Social del Programa de Obstrucción Bronquial e Infecciones Respiratorias Agudas en los Niños (IRA)**”²³⁰. En ésta se aplica una metodología de evaluación ex – post del componente, para la cual, se seleccionaron 2 establecimientos (CGU) del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS). Dicha metodología consiste en analizar el itinerario que deben seguir los usuarios del Sistema de Salud público afectados de una infección respiratoria aguda, para solucionar su problema, a través de una situación “sin componente” versus una “con componente”.

Principal resultado: Al aplicar una evaluación socioeconómica de proyectos a la ejecución del Programa IRA en dos consultorios: La Feria y Julio Acuña Pinzón, ambos pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Sur, se obtuvo un valor capitalizado neto positivo de \$ 126.826.929 (\$ de enero de 1995).

Los principales beneficios provienen de de la liberación de recursos en los Servicios de Broncopulmonía y Kinesiología, y del aumento de consumo de prestaciones de kinesiología en los Consultorios Generales Urbanos (CGU). La incorporación de la

²²⁹ El equipo evaluador no tuvo acceso al detalle y la desagregación de la información que es reportada por los centros centinela.

²³⁰ Escalier, S. ; Gallardo, M^a B. ; Naudón , S. ; Navarro, F. ; Villegas, M. ; Zavala, J. (1995)

oferta de estos servicios en los CGU fue capaz, en el período 1991-1994, de absorber la demanda que habría tenido el Centro de Especialidades y además, generar aumento de consumo. Los principales aspectos que cubre este estudio se presentan en Anexo 1.

La segunda se denomina “**Programa IRA: Salud e Impacto Ambiental, Región Metropolitana, 1990–1997**”²³¹. En ésta, se analiza el componente IRA y sus transferencias de recursos respecto de los impactos en las tasas de morbilidad y mortalidad, en la Región Metropolitana, durante los años 1990 – 1997.

Principal resultado: Las transferencias del programa IRA provocan una disminución en la mortalidad en niños menores de uno y cinco años, ya que mediante la valorización de las muertes evitadas se obtuvo una rentabilidad marginal de \$7,1 para el año 1996. Los principales aspectos que cubre este estudio se presentan en Anexo 1.

La tercera evaluación del componente IRA se denomina: “**Informe Final de Evaluación: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria**”²³² y corresponde a un análisis de los componentes SAPU e IRA.

Principales resultados: Dada su efectividad, el Ministerio de Salud debería institucionalizar el Programa IRA en todo el sistema de atención primaria como método de trabajo y modelo terapéutico. Para ello se requiere que las acciones de IRA deban efectuarse en todo el país e incorporarse al financiamiento per-cápita, manteniendo la función normativa, supervisora y de coordinación, en la forma en que ha sido llevada hasta la fecha.

Se debe conformar un sistema de información completo, de gestión y de indicadores técnicos del programa. En términos de la evaluación de eficiencia, debería desagregarse con mayor detalle el gasto de cada uno de los componentes de la prestación, desglosando también las estadísticas a fin de precisar con mayor exactitud el costo y el costo-beneficio y, asimismo, considerar los retornos no económicos, intangibles y externalidades que tienen gran relevancia.

Los principales aspectos que cubre este estudio se presentan en Anexo 1.

3.3.4. Vinculación con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG)

Los instrumentos y bases de datos para el monitoreo y evaluación del componente carecen de vinculación con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG) de la Subsecretaría de Salud.

3.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

3.4.1 Instrumentos de Monitoreo y Evaluación²³³

El Servicio de Salud realiza el monitoreo y evaluación de acuerdo a indicadores definidos por el componente en los convenios respectivos, donde el municipio se

²³¹ Cárcamo, F. ; Letelier, J. ; Roldán, L. (1998)

²³² Mardones, F. ; Romero, M. ; Silva, F. (1997)

²³³ La información que se presenta en este punto corresponde a lo establecido en los convenios, independiente de lo que sucede en la práctica.

compromete a enviar mensualmente al Servicio de Salud la información del avance de los indicadores detallados a continuación:

- Número de consultas totales desglosadas en grupos etáreos²³⁴
- Número de consultas respiratorias desglosadas en grupos etáreos
- Número de consultas por enfermedades respiratorias altas desglosadas en grupos etáreos
- Número de consultas por enfermedades respiratorias bajas desglosadas en grupos etáreos
- Número de consultas por E.P.O.C desglosadas en grupos etáreos
- Número de consultas por asma desglosadas en grupos etáreos
- Número de consultas por neumonía desglosadas en grupos etáreos
- Número de consultas por influenza desglosadas en grupos etáreos
- Número de consultas por otras enfermedades respiratorias desglosadas en grupos etáreos
- Porcentaje de cumplimiento de lo programado v/s lo realizado en relación a educación grupal por grupos prioritarios, desglosado por grupo
- Porcentaje de cumplimiento de los indicadores de actividades comunitarias y/o intersectoriales
- Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas v/s realizadas en autoformación del equipo
- Porcentaje del total del equipo capacitado
- Porcentaje del cumplimiento de las actividades de comunicación social, desglosado por actividad con su respectiva cobertura
- Porcentaje del cumplimiento de las horas programadas v/s las realizadas en investigación²³⁵

Por otro lado, según los documentos oficiales, la información obtenida a partir de los registros diarios de los profesionales que forman parte del equipo de las salas ERA, se envía mensualmente a través del Servicio de Salud correspondiente al Ministerio de Salud. El componente realiza, además, una evaluación general en diciembre de cada año, en la cual se reúnen los representantes del componente ERA de todos los Servicios de Salud del país, con los encargados a nivel central (MINSAL). Según algunos entrevistados, en estas reuniones los encargados de cada Servicio de Salud exponen en un período de tiempo determinado, la evolución del componente en su Servicio.

Además, el componente ERA cuenta con establecimientos de monitoreo denominados Centros Centinela de vigilancia respiratoria, los cuales hasta la fecha llegan a 16²³⁶, repartidos entre las regiones Metropolitana, V y VIII. Los propios centros envían diariamente su información directamente al Minisal²³⁷.

²³⁴ Los grupos etáreos definidos en los convenios son los siguientes: 15-44 años, 45-64 años, y 65 y más años

²³⁵ MINSAL (2001a)

²³⁶ Son 16 Centros Centinela de vigilancia respiratoria que corresponden a 16 consultorios con salas IRA y ERA, por lo tanto, son los mismos 16 Centros Centinela para los componentes IRA y ERA.

²³⁷ El equipo evaluador no tuvo acceso al detalle y la desagregación de la información que es reportada por los centros centinela.

3.4.2 Bases de Datos del Componente

Para el componente ERA, se cuenta con información completa y agregada, respecto de los recursos traspasados por convenios según Servicios de Salud, comunas, y establecimientos de atención primaria; para los años 2001 al 2003. También se cuenta con información de la Evaluación Nacional del año 2003 para la Región Metropolitana, además de información parcial de las estadísticas kinésicas para los años 2003 y 2004.

Cabe señalar, que el componente ERA no cuenta con bases de datos de beneficiarios efectivos así como tampoco de número de atenciones de las salas ERA a nivel de comunas, Servicios de Salud, etc.

3.4.3 Evaluaciones anteriores

No existen evaluaciones del componente ERA.

3.4.4. Vinculación con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG)

Los instrumentos y bases de datos para el monitoreo y evaluación del componente carecen de vinculación con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG) de la Subsecretaría de Salud.

3.5 Componente Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de los Problemas Respiratorios en los Niños y Adultos

3.5.1. Instrumentos de Monitoreo y Evaluación²³⁸

El Servicio de Salud realiza el monitoreo y evaluación de los establecimientos de atención primaria de acuerdo a los indicadores definidos por el componente, estos son²³⁹:

- Número de radiografías simples de tórax realizadas según grupo etéreo.
- Porcentaje de pacientes derivados al nivel secundario o terciario, con diagnóstico radiológico de enfermedad respiratoria.
- Tiempo promedio de espera para la realización del examen.
- Tiempo promedio de entrega del resultado del examen.
- Valor promedio de la prestación.

3.5.2. Bases de datos del Componente

Sólo se cuenta con información de los recursos traspasados por convenio según Servicios de Salud y comuna para los años 2002, 2003 y las radiografías proyectadas

²³⁸ La información que se presenta en este punto corresponde a lo establecido en los convenios, independiente de lo que sucede en la práctica.

²³⁹ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001d).

para dichos años²⁴⁰. En el nivel central, el equipo evaluador no obtuvo mayor información. A nivel de Servicios no es claro que posean bases de datos homogéneas.

3.5.3 Evaluaciones anteriores

No existen evaluaciones del componente Apoyo Diagnóstico.

3.5.4. Vinculación con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG)

Por lo explicado (ver sección 3.1.4.), los instrumentos y bases de datos para el monitoreo y evaluación del componente carecen de vinculación con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG) de la Subsecretaría de Salud.

3.6. Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia

3.6.1. Instrumentos de Monitoreo y Evaluación²⁴¹

En lo que respecta a este componente, la entrega de información se encuentra calendarizada, debido a que el número de atenciones efectuadas en SAPU por tramo etéreo forma parte de los registros estadísticos mensuales (REM) que las municipalidades deben enviar a los Servicios de Salud.²⁴² Posteriormente, a nivel de Ministerio de Salud se realizan consolidados con esta información a nivel nacional.²⁴³

Por otra parte, en los convenios que suscriben las municipalidades se establece que los Servicios de Salud pueden solicitar a éstas los datos e informes relativos a la ejecución del componente con los detalles y especificaciones que se estime en cada caso, pudiendo ejecutar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

De igual forma, el Servicio puede impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del componente.²⁴⁴

Finalmente, la División de Gestión de Red Asistencial de MINSAL ha coordinado la elaboración, envío y recepción de algunas encuestas a los establecimientos SAPU. Entre los años 1999 y 2004 se realizaron tres encuestas: una de equipamiento (2001), otra de gestión (2002) y una tercera que involucró tanto aspectos de equipamiento como de gestión (2004).²⁴⁵ Si bien las encuestas fueron enviadas a todos los establecimientos

²⁴⁰ No se obtuvo información del número de radiografías de tórax efectivamente realizadas.

²⁴¹ La información que se presenta en este punto corresponde a lo establecido en los convenios, independiente de lo que sucede en la práctica.

²⁴² La información sobre las atenciones en SAPU es reportada por los diferentes establecimientos a través del REM N°8 que corresponde al de atenciones de urgencia. Los datos sobre las consultas que se solicitan en este registro, están clasificados de acuerdo a Programas de Salud (niño, adolescente, mujer, adulto y adulto mayor), tipo de funcionario que otorgó la atención (médico, enfermera, técnico paramédico) y sexo.

²⁴³ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado.

²⁴⁴ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2002)

²⁴⁵ Los cuestionarios de dichas encuestas son enviadas a los distintos establecimientos a través de los servicios de salud, sin embargo no está estipulado qué persona debe contestar la encuesta, por lo que ésta puede ser respondida por cualquier funcionario del equipo médico de los SAPU.

SAPU del país, hubo algunos que no las respondieron o sólo las respondieron de manera parcial, por lo que la información que se desprende de ellas no se encuentra completa.²⁴⁶

Cabe señalar que el diseño de ambas encuestas no estuvo orientado a constituir un instrumento de evaluación, sino que más bien a conocer la situación base de los recintos SAPU y sus características generales. Por tanto, en éstas no es posible encontrar indicadores ni reglas claras para realizar comparaciones cualitativas ni cuantitativas entre establecimientos.²⁴⁷

3.6.2. Bases de Datos del Componente

En relación al componente SAPU, se manejan bases de datos con la siguiente información:

Tabla 3.3

Información	1999	2000	2001	2002	2003
Lista de establecimientos implementados	X	X	X	X	X
Monto traspasado por convenio a cada establecimiento	X	X	X	X	X
Número anual de atenciones por Servicio de Salud			X	X	X
Número anual de atenciones por Servicio de Salud y tramo etéreo ²⁴⁸			X		X
Número anual de atenciones por establecimiento, sexo y tramo etéreo					X
Número mensual de atenciones por Servicio de Salud			X	X	X
Número mensual de atenciones por Servicio de Salud y tramo etéreo			X		

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

Adicionalmente, como se adelantó en el punto anterior, se cuenta con los resultados de dos encuestas parciales.

La encuesta de gestión del año 2001 posee información para 60 recintos SAPU, mientras que la encuesta de equipamiento del año 2002 contiene datos para 73 establecimientos. Algunas de las variables que contienen estas encuestas se presentan en Anexo 1.

3.6.3 Evaluaciones anteriores del Componente

Respecto a la existencia de evaluaciones anteriores de este componente, se ha logrado identificar tres:

La primera de ellas, llamada **“Evaluación Económica y Social: Programa de Servicios de Atención Primaria de Urgencia”**²⁴⁹ busca medir el impacto sobre el bienestar de la población que ha generado el Componente y los recursos que se han destinado a ello. Para ello, utilizan una pequeña muestra de 4 SAPU de distintos Servicios de Salud en la Región Metropolitana, seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios: contar con un período de operación previa a la evaluación de al menos 3 meses, cumplir con los requisitos básicos de planta física, poseer al menos la

²⁴⁶ Esta afirmación fue reportada por un informante calificado de MINSAL y corroborada a través de los mismos cuestionarios por el equipo evaluador.

²⁴⁷ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado.

²⁴⁸ Los tramos etéreos a los que se refiere el presente cuadro son: niño, adolescente, adulto y adulto mayor.

²⁴⁹ MINSAL, División Programas de Salud, Departamento de Atención Primaria (1993)

dotación de personal mínima, tener ambulancia y otorgar los servicios y prestaciones definidas por el Componente.

El estudio calcula la disposición a pagar de los pacientes de SAPU tomando como referencia los valores FONASA en el arancel Libre Elección (nivel I) de 1992 para consultas y procedimientos médicos. Se estima que este cálculo constituye una cota mínima de la valoración de los consumidores, puesto que los valores obtenidos no consideran que la disposición a pagar por urgencia suele ser mayor, ni las externalidades.

La evaluación social a 10 años arroja un VAN altamente positivo y una TIR cercana al 340%, de lo cual se desprende que el Componente es altamente rentable. Además, el estudio muestra que si las disposiciones a pagar de las personas por la atención en SAPU fueran sustancialmente menores a las del arancel FONASA, se seguiría observando una rentabilidad elevada. Por tanto, los autores concluyen que es conveniente en términos sociales seguir materializando las acciones del Componente.

La segunda de ellas, denominada **“Evaluación Social del Programa de Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)”**²⁵⁰ propone una metodología para evaluar socialmente el Componente, con el fin de determinar si es provechoso para la sociedad continuar con su estrategia inicial de ejecución. La metodología de evaluación fue aplicada en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, cuya red asistencial contaba en ese momento con: 3 servicios de urgencia hospitalaria, 15 consultorios generales urbanos y 5 SAPU.

De acuerdo al estudio, los beneficios directos atribuibles al Componente consistirían en:

- Ahorro de costos en el traslado de personas con una verdadera urgencia primaria que se hubieran atendido en el servicio de urgencia hospitalaria
- Recuperación de las capacidades físicas, mentales y vidas de las personas que las hubieran perdido por no haber sido atendidas oportunamente en los servicios de urgencia hospitalaria
- Menor costo y tiempo de recuperación de las capacidades productivas de los pacientes que con SAPU reciben una atención más oportuna
- Ahorro en los costos de estabilización y atención de los pacientes con urgencia verdadera
- Ahorro en los costos de tratamiento y rehabilitación de pacientes estabilizados oportunamente en los SAPU

El equipo de trabajo determinó que los beneficios del Componente son mayores en aquel horario en que no funcionan los consultorios generales urbanos y, en que además, existe congestión en los Servicios de Urgencia Hospitalaria, es decir entre las cinco de la tarde y las doce de la noche los días hábiles y entre las ocho de la mañana y doce de la noche los sábados, domingos y festivos. Debido a que las atenciones que entregan los SAPU en el horario de doce de la noche a ocho de la mañana son estimadas en torno a un 6% del total, los autores proponen analizar la conveniencia de mantener funcionando los SAPU en dicho horario.

²⁵⁰ Aedo, L.; Aqueveque, M.; Cuevas, S.; Gala, E.; Omonte, M.; Poblete, R.; Rickenberg, H; Rodríguez, A. (1994)

La tercera y más reciente evaluación del Componente SAPU se denomina: **“Informe Final de Evaluación: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria”**²⁵¹ y corresponde a un análisis de los componentes SAPU e IRA.

A lo largo de este estudio, se hace una completa caracterización del componente que incluye: justificación que da origen al proyecto, sus objetivos, descripción de los bienes y servicios que se producen, horarios de funcionamiento de los recintos SAPU, requerimientos de planta física, requerimientos de personal, organismos involucrados en la gestión y ejecución del Componente e identificación de beneficiarios, entre otros puntos.

Los hallazgos más importantes en esta evaluación son:

- En relación al cumplimiento de objetivos de Componente, el documento señala que durante el período 1994-1996, junto con un crecimiento sostenido de las atenciones en SAPU, las atenciones en servicios de urgencia hospitalaria disminuyeron en promedio un 5% anual.²⁵²
- Se estima que el aporte municipal al Componente asciende aproximadamente a un 10% de su costo de operación total.
- Se muestra que en horario de funcionamiento que va desde las 17.00 a las 24.00 hrs. se realiza el 93.8% de las atenciones y que en el período comprendido entre las 24.00 y las 8.00 hrs. sólo se realiza el 6.2% de estas. Por tanto, se plantea que en teoría el funcionamiento nocturno no sería rentable. Aun así el panel evaluador considera que debe tomarse en cuenta que pueden existir otro tipo de retornos a la continuidad de la atención, como la sensación de resguardo y protección que se genera en las personas.
- Se plantea que no existen elementos de juicio suficientes para validar la creación de una infraestructura SAPU diferente a la del consultorio, especialmente en aquellos casos en que el horario de funcionamiento del SAPU es aquel en el que el consultorio no se encuentra funcionando.
- De acuerdo a los informes y estadísticas del Componente, los autores observan que la implementación de los SAPU no se ha cumplido de acuerdo al diseño planteado, llamando la atención el bajo porcentaje de disponibilidad de equipamiento, en especial los de bajo costo.
- El panel concluye que el Componente ha demostrado su eficacia a través del número creciente de atenciones y del tiempo de espera por atención respecto al tiempo de espera en servicios de urgencia hospitalaria
- El panel también concluye que el Componente demuestra su eficacia en el hecho de que no se produce la postergación de la atención o la no atención por autorechazo, ya que la gente en efecto acude. Esto sería especialmente válido en horario no hábil, en el que no existe otra alternativa de atención aparte de los servicios de urgencia hospitalaria.
- En relación a los aspectos de eficiencia, los autores plantean que un indicador relevante son los menores costos determinados por disminuir las esperas y los traslados a servicios de urgencia hospitalaria y los menores costos para el sistema de

²⁵¹ Mardones, F. ; Romero, M. ; Silva, F. (1997)

²⁵² Cabe señalar que si bien se plantea esta correlación, no se propone ni se estima ninguna relación causal entre estas variables.

salud de realizar acciones en el nivel primario en lugar de realizarlas en el nivel secundario o terciario.²⁵³

- Respecto a la efectividad del Componente, el estudio cree que es difícil de medir debido a la inexistencia de un sistema de monitoreo y seguimiento y a que no se registran sistemáticamente los datos de atenciones de manera desagregada por variables demográficas y de diagnóstico. Al respecto, se sugiere que el Componente empiece a llevar registros consistentes e integrados a los sistemas de información de la atención primaria.
- Finalmente, la evaluación sugiere que debido a su condición de infraestructura, la organización de los SAPU debiera traspasarse a los niveles locales, con los modelos de financiamiento regulares de la atención primaria. En ese mismo sentido, el panel considera que no debieran implementarse SAPU que escapen a la línea o “filosofía” que los sustenta. En ese sentido habría que suprimir los modelos de horario de SAPU diurno que compiten con el horario de funcionamiento normal del consultorio.

3.6.4. Vinculación con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG)

Los instrumentos y bases de datos para el monitoreo y evaluación del componente carecen de vinculación con el Sistema de Planificación y Control de Gestión Institucional (SIG) de la Subsecretaría de Salud.

²⁵³ El estudio entrega cifras que muestran que los costos unitarios por prestación en SAPU son equivalentes al 50% de los costos de atención en el servicio de urgencia hospitalaria.

4. Beneficiarios de Programa

Las estimaciones de población potencial y objetivo para cada componente se han elaborado sobre la base de la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2000. La decisión de emplear esta versión de la encuesta CASEN obedece al hecho de que para la mayoría de los componentes se cuenta con la información de comunas beneficiarias para años posteriores a 1999. Además, en relación a la versión 1998 de la misma encuesta, la versión del año 2000 se realizó en un mayor número de comunas a nivel nacional, por lo que es posible obtener un mejor acercamiento a las poblaciones a nivel local.

4.1 Caracterización y número de beneficiarios potenciales

Para el cálculo de las poblaciones potenciales en cada componente, se han utilizado las intenciones declaradas por cada componente en sus documentos descriptivos y la definición utilizada por DIPRES en su metodología de evaluación de programas. De acuerdo a esta última, la población potencial corresponde a “la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica el programa y que, por ende, pudiera ser elegible para su atención”²⁵⁴

La estimación, basada en los datos de la encuesta CASEN 2000, considera a todas las personas que podrían ser elegibles para el programa a nivel nacional, bajo el supuesto de que éste estuviera disponible en todas las regiones y comunas del país.²⁵⁵

4.1.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

La población potencial de este componente, depende de la línea de acción que se esté considerando.

a) Líneas de acción:

- Registro y gestión de listas de espera
- Oficinas de información, reclamos y sugerencias
- Sectorización

Dado que cualquier persona que asista a los consultorios que tienen implementadas estas líneas de acción puede beneficiarse de ellas, la población potencial en este caso, correspondería a toda la población beneficiaria del sistema público de salud. El componente no considera enfoque de género. El equipo evaluador no dispone de información para inferir que estrategias transversales como las mencionadas requieran diferenciar según género.

²⁵⁴ DIPRES (2001).

²⁵⁵ Dado este supuesto, se ha considerado relevante dar cuenta de las poblaciones potenciales sólo a nivel regional, ya que hacerlo a nivel comunal, requeriría listar a todas las comunas del país, algunas de las cuales no considera la encuesta CASEN.

La siguiente tabla muestra la estimación de la población potencial, obtenida de la encuesta CASEN 2000:

Tabla 4.1.1

Región	Población Potencial
I	234.174
II	215.723
III	193.028
IV	433.793
V	1.066.121
VI	573.267
VII	685.620
VIII	1.482.177
IX	653.445
X	745.789
XI	56.616
XII	75.017
RM	3.557.465
TOTAL	9.972.235

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

b) Línea de Acción:

- Alta odontológica total en niños:

La población potencial corresponde a los niños de 6 y 12 años beneficiarios del sistema público a nivel nacional²⁵⁶.

A juicio del equipo evaluador, no es pertinente la aplicación del enfoque de género, por las siguientes razones:

- El problema dental es transversal a la población.
- El principal criterio de diferenciación en la política sanitaria consiste en la priorización de la población infantil.

La siguiente tabla muestra la población potencial estimada por regiones.

²⁵⁶ MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica (2003a).

Tabla 4.1.2

Región	Población Potencial		
	Edad = 6 años	Edad =12 años	Total
I	3.164	3.373	6.537
II	4.309	4.004	8.313
III	5.015	5.674	10.689
IV	7.771	10.035	17.806
V	16.899	20.841	37.740
VI	10.813	11.696	22.509
VII	12.355	14.053	26.408
VIII	28.464	37.247	65.711
IX	12.462	14.226	26.688
X	15.393	16.045	31.438
XI	1.157	1.328	2.485
XII	1.318	1.715	3.033
RM	67.861	74.874	142.735
TOTAL	186.981	215.111	402.092

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

4.1.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

Debido a que este componente hasta el año 2001 estuvo dirigido a la atención odontológica integral de mujeres jefas de hogar, se precisa determinar, en primer lugar, la población potencial para este grupo.

a) Componente Odontológico para Mujeres Jefas de Hogar (1999-2001)

En vista de los requerimientos de focalización del componente, citados en la sección 1.3.2.2.3.a), la población potencial se ha aproximado a través de la encuesta CASEN, considerando a las personas que cumplan con las siguientes características:

- Ser Mujer.
- Ser Jefa de Hogar.
- Tener hasta 55 años.
- Ser beneficiaria del sistema público de salud.
- Encontrarse bajo la línea de la pobreza (indigente o pobre no indigente).²⁵⁷

La siguiente tabla, muestra la población potencial por región para este componente, definida a través de las características ya citadas.

²⁵⁷ La variable “tener menores a cargo” se desestimó debido a ser inespecífica y, por tanto, muy difícil de aproximar a través de la encuesta CASEN.

Tabla 4.1.3

Región	Población Potencial
I	3.347
II	2.162
III	2.398
IV	3.802
V	13.216
VI	4.699
VII	4.562
VIII	15.620
IX	6.528
X	7.504
XI	587
XII	953
RM	29.697
TOTAL	95.075

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

b) Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos (2002-2003)

En concordancia con los criterios de focalización expuestos en la sección 1.3.2.2.3 b) y debido a que el concepto “escaso nivel de escolaridad” es susceptible a múltiples interpretaciones se decidió estimar a través de la encuesta CASEN 2000 tres grupos de poblaciones potenciales, considerando a las personas que cumplen con las características que se exponen:

- | Grupo 1 | Grupo 2 | Grupo 3 |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tener más de 17 y menos de 56 años • Ser jefe o jefa de hogar • Ser beneficiario del Sistema Público de Salud • Encontrarse bajo la línea de la pobreza (indigente o pobre no indigente) • Contar con 8 o menos años de escolaridad (educación básica completa o inferior) | <ul style="list-style-type: none"> • Tener más de 17 y menos de 56 años • Ser jefe o jefa de hogar • Ser beneficiario del Sistema Público de Salud • Encontrarse bajo la línea de la pobreza (indigente o pobre no indigente) • Contar con menos de 12 años de escolaridad (educación media incompleta o inferior)²⁵⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Tener más de 17 y menos de 56 años • Ser jefe o jefa de hogar • Ser beneficiario del Sistema Público de Salud • Encontrarse bajo la línea de la pobreza (indigente o pobre no indigente) |

Adicionalmente, debido a que el componente plantea de forma explícita la ampliación de su cobertura hacia los hombres a partir del año 2002 (de forma piloto), el equipo evaluador ha creído conveniente cuantificar la población potencial tanto para hombres como para mujeres de manera separada, en concordancia con el enfoque de género.

²⁵⁸ El criterio para excluir el duodécimo año de instrucción en el grupo 2, es que de acuerdo a los niveles de educación del país, ser egresado de educación media no podría considerarse como “escaso nivel de escolaridad”

La siguiente tabla muestra los resultados de la población potencial para el **Grupo 1**, de acuerdo a región y género.

Tabla 4.1.4

Región	Población Potencial		
	Hombres	Mujeres	Total
I	2.665	1.622	4.287
II	1.214	1.298	2.512
III	2.793	1.770	4.563
IV	8.259	2.153	10.412
V	13.951	7.002	20.953
VI	12.927	2.895	15.822
VII	20.218	3.429	23.647
VIII	41.857	9.719	51.576
IX	23.615	4.173	27.788
X	20.566	5.233	25.799
XI	1.137	500	1.637
XII	539	557	1.096
R.M.	50.571	14.633	65.204
TOTAL	200.312	54.984	255.296

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

Las estimaciones de la población potencial para el **Grupo 2** se presentan a continuación:

Tabla 4.1.5

Región	Población Potencial		
	Hombres	Mujeres	Total
I	4.244	2.237	6.481
II	3.419	1.587	5.006
III	3.917	1.978	5.895
IV	11.482	2.745	14.227
V	21.977	10.580	32.557
VI	16.532	4.100	20.632
VII	25.100	3.736	28.836
VIII	56.786	12.406	69.192
IX	28.868	5.125	33.993
X	25.457	6.409	31.866
XI	1.322	566	1.888
XII	1.207	833	2.040
R.M.	81.391	23.035	104.426
TOTAL	281.702	75.337	357.039

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

Finalmente, se entregan las estimaciones de la población potencial para el **Grupo 3**:

Tabla 4.1.6

Región	Población Potencial		
	Hombres	Mujeres	Total
I	6.912	3.347	10.259
II	5.311	2.162	7.473
III	5.859	2.398	8.257
IV	14.664	3.802	18.466
V	31.468	13.216	44.684
VI	20.620	4.678	25.298
VII	29.833	4.562	34.395
VIII	70.373	15.620	85.993
IX	33.730	6.528	40.258
X	29.542	7.504	37.046
XI	1.537	587	2.124
XII	1.610	953	2.563
R.M.	105.893	29.697	135.590
TOTAL	357.352	95.054	452.406

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

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

El componente IRA, se ha diseñado para atender las infecciones respiratorias agudas en personas menores de 20 años.²⁵⁹

En el cálculo de la población potencial de este componente, se impusieron dos requisitos:

- Tener de 0 a 19 años de edad.
- Ser beneficiario del Sistema Público de Salud.

La tabla que se presenta a continuación, da cuenta de la población potencial estimada sobre la base de la encuesta CASEN 2000.

²⁵⁹ Fuente: MINSAL, División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Entrevista con informante calificado.

Tabla 4.1.7

Región	Población Potencial
I	85.494
II	81.754
III	78.934
IV	166.816
V	386.782
VI	206.228
VII	258.759
VIII	548.988
IX	255.806
X	285.570
XI	21.504
XII	24.568
R.M.	1.336.328
TOTAL	3.737.531

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

Cabe señalar que el componente IRA no contempla enfoque de género en su estrategia de atención de salud. No se dispone de evidencia sobre diferencias significativas en el perfil epidemiológico entre hombres y mujeres respecto de la morbilidad o mortalidad de enfermedades respiratorias²⁶⁰.

4.1.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

El componente ERA, contempla la atención de las enfermedades respiratorias de todas aquellas personas que posean 20 años o más.²⁶¹

Para realizar la estimación de la población potencial para este componente, se utilizaron 2 criterios:

- Tener 20 o más años de edad.
- Ser beneficiario del Sistema Público de Salud.

Dado que el componente ERA inició sus actividades el año 2001 la estimación a través de la encuesta CASEN 2000 proporciona un acercamiento apropiado a la población potencial que existía en el momento que ocurrió la puesta en marcha.

La siguiente tabla da cuenta de la estimación de la población potencial por región, a través de la encuesta CASEN 2000.

²⁶⁰ Esto habría requerido un modelo epidemiológico que aísle el efecto del género de otras variables que inciden en el riesgo de enfermar o morir, lo cual trasciende el ámbito y plazos de este estudio. A modo de referencia, según información del DEIS (2005), la tasa de mortalidad por cien mil habitantes para enfermedades respiratorias era en 1990 de 81,2 en hombres y 66 en mujeres; en 2002, estos valores se han reducido a 52,1 para hombres y 46,6 para mujeres.

²⁶¹ Fuente: MINSAL, División de Rectoría y Regulación Sanitaria. Entrevista con informante calificado.

Tabla 4.1.8

Región	Población Potencial
I	148.680
II	133.969
III	114.094
IV	266.977
V	679.339
VI	367.039
VII	426.861
VIII	933.189
IX	397.639
X	460.219
XI	35.112
XII	50.449
R.M.	2.221.137
TOTAL	6.234.704

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

Cabe señalar que el componente ERA no contempla enfoque de género en su estrategia de atención de salud. No se dispone de evidencia sobre diferencias significativas en el perfil epidemiológico entre hombres y mujeres respecto de la morbilidad o mortalidad de enfermedades respiratorias²⁶².

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

Debido a que no existen restricciones de edad o condición socioeconómica para poder calificar como beneficiario de este componente, se ha determinado que la población potencial corresponde a todos aquellos beneficiarios del sistema público de salud.

Cabe señalar que el componente no contempla enfoque de género en su estrategia, y son aplicables los comentarios realizados para los componentes IRA y ERA.

La estimación de la población potencial del componente, de acuerdo a este criterio, se adjunta a continuación.

²⁶² Esto habría requerido un modelo epidemiológico que aísle el efecto del género de otras variables que inciden en el riesgo de enfermar o morir, lo cual trasciende el ámbito y plazos de este estudio.

Tabla 4.1.9

Región	Población Potencial
I	234.174
II	215.723
III	193.028
IV	433.793
V	1.066.121
VI	573.267
VII	685.620
VIII	1.482.177
IX	653.445
X	745.789
XI	56.616
XII	75.017
RM	3.557.465
TOTAL	9.972.235

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

4.1.6. Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia

Para el caso del componente SAPU, dadas las definiciones presentes en los convenios y otros documentos explicativos, cabría considerar a la población potencial como toda la población beneficiaria de FONASA a nivel nacional²⁶³. Sin embargo, dado que la atención entregada en los establecimientos SAPU no puede generar rechazos de ningún tipo, y por tanto, potencialmente toda la población nacional podría convertirse en beneficiario de SAPU, por lo que se da cuenta de ambas situaciones en los cuadros.²⁶⁴

Cabe señalar que dado que este componente garantiza el acceso universal a sus atenciones, independientemente de las características demográficas o socioeconómicas de sus pacientes, no tiene diferenciación por sexo en su modelo de atención. Los estándares y la práctica de la atención de urgencia impiden excluir o priorizar la atención por criterios distintos a la gravedad de la situación del paciente²⁶⁵.

En las siguientes tablas, se muestra la población potencialmente elegible para ser atendida en SAPU de acuerdo a la encuesta CASEN 2000, bajo los dos casos señalados,

²⁶³ MINSAL, División de Red Asistencial, Departamento de Modelos de Atención (2004)

²⁶⁴ Para efectos de la estimación de la población potencial se consideró como población beneficiaria de FONASA a todas aquellas personas que declararon pertenecer a los grupos A, B, C o D de FONASA o bien reportaron pertenecer a FONASA aún cuando desconocen el grupo al cual pertenecen. Cabe señalar que no se consideró a quienes declararon no tener previsión aún cuando este grupo incluye a personas que debido a su condición de indigencia, pobreza o cesantía son considerados beneficiarios del Sistema Público, debido a que también entre ellas figura un número importante de trabajadores independientes que no cotiza, pero que cuenta con un ingreso suficientemente alto para costear sus atenciones médicas de manera privada.

²⁶⁵ Asimismo, la estimación de un modelo que incidencia de enfermedades que aisle el efecto de la variable género respecto de otros controles es una tarea que excede el plazo y presupuesto de esta investigación.

es decir, la población nacional FONASA (tabla 1.10a) y toda la población nacional (tabla 1.10b).²⁶⁶

Tabla 4.1.10.a

Región	Población Potencial
I	234.174
II	215.723
III	193.028
IV	433.793
V	1.066.121
VI	573.267
VII	685.620
VIII	1.482.177
IX	653.445
X	745.789
XI	56.616
XII	75.017
RM	3.557.465
TOTAL	9.972.235

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

Tabla 4.1.10.b

Región	Población Potencial
I	388.090
II	453.073
III	264.802
IV	565.912
V	1.542.145
VI	778.289
VII	900.787
VIII	1.920.810
IX	849.108
X	1.041.069
XI	87.906
XII	148.296
R.M.	6.063.466
TOTAL	15.003.753

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

²⁶⁶ Debido a que los Servicios de Atención Primaria de Urgencia han sido concebidos como una estrategia fundamentalmente urbana, podría ser pertinente excluir de la población potencial a las personas que viven en comunas rurales. Sin embargo, en la práctica no existe esta posibilidad debido a que la variable de ruralidad reportada por CASEN corresponde a una apreciación del encuestador y no a la distinción objetiva de comunas urbanas o rurales. Por tanto, se da que dentro de una misma comuna es posible encontrar personas catalogadas en zona rural y otras categorizadas en zona urbana. Debido a lo anterior, el equipo evaluador consideró que introducir esta variable en la estimación no permitiría obtener resultados satisfactorios ni representativos.

4.2 Caracterización y número de beneficiarios objetivo

En la estimación del número de beneficiarios objetivo para cada componente, se utilizó la definición considerada por DIPRES en su metodología de evaluación de programas. Esta es: “aquella población que el programa tiene considerado, planeado o programado atender en un período dado de tiempo, pudiendo corresponder a la totalidad de la población potencial o a una parte de ella”²⁶⁷.

Dado que el período que comprende la presente evaluación comienza en 1999, se creyó conveniente determinar las poblaciones objetivo a partir de dicho año, a menos que el componente haya surgido en años posteriores. Sin embargo, esto no fue posible del todo debido a que algunos componentes no cuentan con información a nivel comunal desde 1999. En estos casos, para el cálculo de la población objetivo, se procedió al utilizar el primer año en que existieran datos sobre comunas beneficiarias.

4.2.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

Tal como para el caso de la población potencial, la población objetivo de este componente, depende de la línea de acción que se analice.

a) Líneas de acción:

- Registro y gestión de listas de espera.
- Oficinas de información, reclamos y sugerencias.
- Sectorización.

De acuerdo al hecho de que cualquier persona que asiste a los consultorios donde se ejecutan estas líneas de acción puede beneficiarse de ellas, se ha considerado que la población objetivo corresponde a los beneficiarios del sistema público de salud, que pertenecen a las comunas que poseen el componente²⁶⁸.

Si bien el Fondo de Incentivo, surgió el año 1996 y posee la forma actual de financiamiento desde 2000, la población objetivo se ha calculado sobre la base de las comunas beneficiarias hacia el año 2001, que corresponde al primer año en que existe información a nivel comunal.

A continuación se presenta la tabla con la estimación de la población objetivo basada en la encuesta CASEN 2000, a nivel regional. Para una estimación de la población objetivo a nivel comunal, ver Anexo 1.

²⁶⁷ DIPRES (2001)

²⁶⁸ Entre las comunas que poseían el componente al año 2001, Huepil, Isla de Pascua, Juan Fernández y Rosario, no aparecen en el análisis de población objetivo debido a que no fueron consideradas en la encuesta CASEN 2000.

Tabla 4.2.1

Región	Población Objetivo
I	234.174
II	215.130
III	193.028
IV	433.793
V	1.047.580
VI	573.267
VII	685.620
VIII	1.476.791
IX	653.445
X	745.789
XI	52.753
XII	58.967
R.M.	3.557.465
TOTAL	9.927.802

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

b) Línea de Acción:

- Alta odontológica total en niños

En este caso, la población objetivo corresponde al número establecido de altas odontológicas que deben cumplir las comunas para optar al incentivo. Dado que esta línea de acción corresponde al año 2003, la población objetivo se muestra para las comunas que comprometieron meta en dicho año.

La siguiente tabla muestra la población objetivo a nivel de regiones. Para una estimación de la población objetivo a nivel comunal, ver Anexo 1.

Tabla 4.2.2

Región	Población Objetivo		
	Edad = 6 años	Edad =12 años	Total
I	3.634	1.060	4.694
II	4.028	1.548	5.576
III	1.578	862	2.440
IV	4.193	2.947	7.140
V	15.983	7.695	23.678
VI	8.738	3.351	12.089
VII	11.411	3.591	15.002
VIII	18.948	7.719	26.667
IX	8.933	3.206	12.139
X	10.723	5.638	16.361
XI	1.118	614	1.732
XII	1.163	468	1.631
RM	53.415	20.064	73.479
TOTAL	143.865	58.763	202.628

Fuente: Base de datos MINSAL 2003

4.2.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

Tal como se explicó en el caso de la población potencial, el cambio de giro del componente hace necesario distinguir la población objetivo antes y después de la incorporación de hombres.

a) Componente Odontológico para Mujeres Jefas de Hogar (1999-2001)

La población objetivo se ha definido de acuerdo al número de altas odontológicas que el componente fijó como meta para el año 1999.²⁶⁹

La siguiente tabla da cuenta de la población objetivo a nivel de regiones. Para una estimación de la población objetivo a nivel comunal, ver Anexo 1.²⁷⁰

Tabla 4.2.3a

Región	Población Objetivo Año 1999
I	350
II	200
III	280
IV	210
V	1.520
VI	255
VII	740
VIII	890
IX	120
X	720
XI	130
XII	0
RM	2.122
TOTAL	7.537

Fuente: Base de datos MINSAL

b) Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos (2002-2003)

En este caso, la población objetivo se ha definido como el número de altas integrales que el componente definió como meta para el año 2003²⁷¹.

²⁶⁹ Fuente: Base de Datos MINSAL

²⁷⁰ En rigor, para el caso del Componente Odontológico, tal como se señaló en el cálculo de población potencial, sería pertinente presentar la población objetivo separada por sexo debido a que efectivamente procede el enfoque de género. Sin embargo, dado que el componente establece una sólo meta de altas odontológicas independiente del sexo del beneficiario, en este caso no es posible separar entre altas asignadas a hombres y altas asignadas a mujeres.

²⁷¹ Si bien en la estimación de la población potencial del componente Odontológico, se hizo la distinción entre hombres y mujeres, esto no fue posible de realizar para la población objetivo debido a que las metas que se comprometen cada año no hacen distinción de género. Por otra parte, dado que la incorporación de hombres funcionó sólo de manera piloto durante el año 2002, se decidió dar cuenta de la población objetivo de 2003.

Las tablas que se muestran a continuación dan cuenta de la población objetivo a nivel regional²⁷². Para una estimación de la población objetivo a nivel comunal, ver Anexo 1.

Tabla 4.2.3.b

Región	Población Objetivo Año 2003
I	836
II	525
III	590
IV	1.118
V	3966
VI	706
VII	1.820
VIII	5.138
IX	1.418
X	3.054
XI	129
XII	70
RM	6.542
TOTAL	25.912

Fuente: Base de datos MINSAL

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

El componente IRA no posee un planteamiento explícito de metas, por lo que se realizó la estimación de la población objetivo a través de la encuesta CASEN 2000, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Tener entre 0 y 19 años.
- Ser beneficiario del sistema público de salud.
- Pertener a las comunas que contaban con el componente al año 2000.²⁷³

La siguiente tabla muestra la estimación regional de población objetivo para este componente. Para una estimación de la población objetivo a nivel comunal, ver Anexo.

²⁷² Fuente: Base de Datos MINSAL

²⁷³ Si bien el componente IRA surgió el año 1990, no se pudo determinar la población objetivo para el año 1999, debido a que sólo se cuenta con información de cobertura a nivel de comunas a partir del año 2000.

Tabla 4.2.4

Región	Población Objetivo
I	80.765
II	81.490
III	60.674
IV	159.383
V	300.796
VI	152.973
VII	162.094
VIII	479.913
IX	199.871
X	214.940
XI	15.848
XII	23.769
R.M.	1.216.317
TOTAL	3.148.833

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

4.2.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

Al igual que para el caso de IRA, el componente ERA no posee un planteamiento explícito de metas. La población objetivo del componente se estimó a través de la encuesta CASEN 2000 de acuerdo a los siguientes criterios:

- Ser beneficiario del sistema público de salud
- Tener 20 o menos años de edad
- Pertenecer a las comunas que contaban con el componente al año 2001²⁷⁴

A continuación se presenta la estimación de la población objetivo a nivel de comunas²⁷⁵.

²⁷⁴ El año 2001 corresponde al de inicio de este componente.

²⁷⁵ Dado que todas las comunas pertenecen a la región metropolitana, no se presenta la descomposición por regiones, a diferencia de los demás componentes.

Tabla 4.2.5

Comuna	Población Objetivo
SANTIAGO	71.844
MACUL	47.832
PEÑALOLEN	17.736
LA FLORIDA	144.345
LA PINTANA	108.434
EL BOSQUE	78.892
LO ESPEJO	34.067
ESTACION CENTRAL	50.621
LO PRADO	55.687
PUDAHUEL	67.038
CERRO NAVIA	79.246
QUILICURA	20.859
COLINA	33.893
PUENTE ALTO	143.052
SAN BERNARDO	96.656
TOTAL	1.050.202

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

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

De acuerdo a las definiciones del componente, la población objetivo corresponde a un porcentaje de los beneficiarios de la atención primaria, calculado según el criterio de riesgo definido a nivel central. Este porcentaje asciende a un 4,1%.²⁷⁶

Según lo anterior, se estimó la población objetivo a través de la encuesta CASEN 2000, como el 4.1% de la población que cumple con los siguientes criterios:

- Ser beneficiario del sistema público de salud
- Pertener a una comuna que cuente con el componente en el año 2002.²⁷⁷

A continuación, se da cuenta de la población objetivo estimada a nivel regional. Para una estimación de la población objetivo a nivel comunal, ver Anexo 1.

Tabla 4.2.6

Región	Población Objetivo
V	16.440
VIII	19.788
IX	7.790
R.M.	109.065
TOTAL	153.084

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

²⁷⁶ Fuente: MINSAL, entrevista con encargado del componente. Este porcentaje es definido por los encargados del componente en el nivel central.

²⁷⁷ Aunque este componente surgió el año 2001, sólo se cuenta con información a partir del año 2002.

4.2.6. Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia

De acuerdo a las definiciones del componente, la población objetivo de éste corresponde a la población inscrita en los consultorios a los que se encuentran adosados los recintos SAPU.²⁷⁸

Dado que en la encuesta CASEN 2000 no existe información sobre inscripción en consultorio y además que en rigor no todos los establecimientos SAPU del país se encuentran adosados a un consultorio, se decidió aproximar la población objetivo de este componente de acuerdo a los siguientes criterios:

- Ser beneficiario del sistema público de salud.
- Pertener a una comuna que cuente con el componente en el año 1999.²⁷⁹

La estimación de población objetivo a nivel regional, se encuentra en la siguiente tabla. Para una estimación de la población objetivo a nivel comunal, ver Anexo 1.

Tabla 4.2.7

Región	Población Objetivo
I	222.468
II	176.359
III	13.869
IV	213.153
V	418.560
VI	128.869
VII	179.621
VIII	401.175
IX	189.999
X	102.139
R.M.	2.244.662
TOTAL	4.290.874

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2000

²⁷⁸ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2002).

²⁷⁹ Si bien el componente proviene del año 1990, 1999 es el primer año del período de análisis de la presente evaluación.

5. Reformulaciones del Programa

5.1 Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

El componente experimentó numerosos cambios desde su creación en FONASA²⁸⁰. El primer año funcionó como marcha blanca, se firmaron Compromisos de Gestión y cada Servicio de Salud definió las metas, metodologías y estrategias a seguir por las unidades locales.

En 1996 la definición del marco político y las áreas prioritarias estuvo a cargo de FONASA, mientras que los Servicios de Salud tuvieron autonomía para fijar temas, metas e indicadores a los municipios. Por primera vez se contó con incentivos y el 90% de las municipalidades suscribieron compromisos. Existía una gran cantidad de indicadores de calidad heterogénea en su construcción y especificidad²⁸¹.

Al año siguiente fue el Ministerio de Salud el responsable de definir el marco político y las principales áreas de acción, que correspondieron a: gestión de salud de las personas, gestión local en salud y gestión administrativo-financiera. Persistía la idea de que los Servicios de Salud tuvieran autonomía en la fijación de temas, metas e indicadores a los municipios. Los fondos fueron reasignados a mitad de año, debido a cambios de prioridades del Ministerio, así el componente no contaba con dinero para repartir a los municipios comprometidos.²⁸²

En 1998 se contaba nuevamente con fondos y en busca de conseguir una mayor homogeneidad en las actividades realizadas y los indicadores reportados, las metas o líneas de acción se definieron desde el nivel central- División de Salud de las Personas y Departamento de Atención Primaria- según las prioridades sanitarias nacionales, con énfasis en la calidad de atención al usuario. En el marco de la Agenda Social²⁸³ se intentó focalizar el Fondo de Incentivos en 30% de las comunas, no se consiguió, un 93.63% de los municipios suscribieron compromisos. Este año se incorporaron los establecimientos dependientes de Servicios de Salud.²⁸⁴

El año 1999 surgió la idea de pre-incentivo e incentivo, pero continuaba existiendo un monto asegurado por región independiente del grado de cumplimiento de las metas. Un 100% de los municipios suscribieron compromisos ese año. Se reliquidaron fondos por no cumplimiento, es decir, se reasignaron -dentro de la misma región- desde aquellas comunas que no consiguieron completar las metas a aquellas que lograron la totalidad de lo comprometido, lo que produjo un sobre incentivo a estas últimas. El componente

²⁸⁰ No fue posible identificar las razones de todas las reformulaciones que experimentó el Fondo de Incentivo, dado que éstas han sido numerosas y que los encargados han cambiado a lo largo de la implementación del componente.

²⁸¹ MINSAL, Compromisos de Gestión (1997).

²⁸² Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado; MINSAL, Compromisos de Gestión (1997).

²⁸³ La Agenda Social del Gobierno, para el bienio 1998-1999, se concentró en apoyar una serie de programas sociales considerados prioritarios que confluyen en el objetivo de favorecer la superación de la pobreza y la mejoría de la calidad de vida. En el área de la salud, la prioridad se definió en tres ámbitos principales: el fortalecimiento de la atención primaria; el apoyo al adulto mayor y la mejoría en el acceso a la atención de urgencia.

Fuente: MINSAL, División de Atención Primaria (1999).

²⁸⁴ MINSAL, Compromisos de Gestión (1997).

recibió por primera vez recursos provenientes de “misceláneos” PRAPS²⁸⁵, sin embargo no fue financiado completamente por este Programa.

Finalmente, en el año 2000 se estableció la forma de financiamiento que existe actualmente con entrega de recursos sujeto a resultados, donde la segunda cuota depende del grado de cumplimiento comunal agregado y donde no existen dineros asegurados por región ni por Servicio. La definición del marco político, áreas e indicadores correspondieron a la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud. El componente se orientó básicamente a dos ámbitos: sanitario y organizacional.

Actualmente, con la promulgación de la Ley 19813 que establece incentivos económicos ligados al cumplimiento de metas sanitarias, el Fondo de Incentivo se orienta fundamentalmente a incentivar el cumplimiento de elementos de mejoramiento de gestión en establecimientos de atención primaria.²⁸⁶ Además se intenta traspasar paulatinamente mayor autonomía a los Servicios de Salud, así durante el presente año se les permitió definir una de las cuatro líneas de acción del componente de acuerdo a la evaluación del Servicio de la gestión en atención primaria y la necesidad de reforzar localmente ciertas áreas²⁸⁷.

5.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

El componente Odontológico tiene su origen el año 1995, cuando nace el “Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar”, como una línea complementaria del “Programa Nacional de Habilitación Laboral para Mujeres de Escasos Recursos” del SERNAM.

Este último programa tenía como objetivos: aumentar la capacidad económica de las mujeres jefas de hogar y de núcleo de escasos recursos, mejorar la calidad de vida de los integrantes del hogar y avanzar en la superación de la discriminación que las afecta.²⁸⁸

En este contexto, el componente Odontológico surge como una línea de acción destinada a promover la superación de uno de los principales problemas de salud que dificultan la inserción y permanencia de estas mujeres en el mercado del trabajo.

Durante el período 1995-2001 el componente Odontológico funcionó bajo la lógica de estar inserto en una estrategia mayor, la cual brindaba a las mujeres un completo paquete de servicios, como: orientación ocupacional, capacitación laboral, nivelación de estudios, acceso a prestaciones de salud en el marco del Plan de Salud Familiar, cuidado infantil y regularización de títulos de dominio. En este marco, las beneficiarias seleccionadas para atención odontológica integral provenían de los registros comunales del SERNAM²⁸⁹.

²⁸⁵ Misceláneos PRAPS eran recursos provenientes de este Programa, destinados a apoyar pequeños proyectos. Fuente: MINSAL, Entrevista con informante calificado.

²⁸⁶ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003a).

²⁸⁷ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2004).

²⁸⁸ MIDEPLAN (1998).

²⁸⁹ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado.

A partir de 2002, dada la necesidad de ampliar la cobertura del componente hacia hombres que no tenían acceso a atenciones dentales, se empieza a habilitar en algunas comunas como plan piloto la incorporación de hombres de escasos recursos o cesantes al Programa²⁹⁰.

Es así como el año 2003 se fusionan ambas estrategias en el “Programa de Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos”, a través de Resolución Exenta N° 377²⁹¹.

La mayor diferencia que se puede apreciar entre este nuevo marco de funcionamiento del componente respecto al anterior, tiene relación con la elegibilidad de beneficiarios a nivel municipal y de establecimientos, a causa de los nuevos criterios de focalización del componente. Éstos son: priorizar a las personas de entre 18 y 55 años, de escaso nivel de escolaridad, jefes y jefas de hogar y pertenecientes a una familia beneficiaria del Programa Chile Solidario²⁹².

Dada esta nueva lógica, y como ya se mencionó en la sección 1.4, los beneficiarios del componente provienen en su mayoría de las listas regionales y municipales de familias adscritas a Chile Solidario, de las nóminas de cesantes en las oficinas de colocación municipal y de registros de mujeres de escasos recursos en las Oficinas Municipales de la Mujer²⁹³.

5.3 Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

De acuerdo a la información disponible, el componente no presenta reformulación en sus objetivos centrales.

5.4. Componente Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

De igual forma que en el componente IRA, de acuerdo a la información disponible, el componente no presenta reformulación en sus objetivos centrales.

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

El componente no presenta reformulación en sus objetivos centrales, los únicos cambios observados tienen relación con la forma de traspasar los recursos hacia los Servicios de Salud²⁹⁴.

²⁹⁰ Esta ampliación de la cobertura se implementó con los fondos obtenidos del “Premio Sasakawa para la salud pública 2002”, reconocimiento internacional de la OMS a la gestión eficiente e impacto positivo reconocido por los mismos beneficiarios del componente.

²⁹¹ MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica (2003b)

²⁹² MINSAL, División Gestión de Red Asistencial, Departamento Modelos de Atención (2004)

²⁹³ Fuente: MINSAL, Entrevista con informante calificado

²⁹⁴ Para mayor detalle ver secciones 1.4.5.4. y 1.4.5.5.

5.6. Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia

El componente SAPU proviene de 1990, año en que estos centros de atención empezaron a implementarse en los Consultorios Generales Urbanos. Al inicio de su creación, los SAPU se consideraron como una prolongación de la atención médica regular del consultorio y se asociaron a la idea de dar continuidad a la demanda de la población en los horarios y días que no funciona el establecimiento²⁹⁵.

El diseño médico arquitectónico fue elaborado en Julio de 1990 por el Departamento de Recursos Físicos y el Departamento de Planificación del MINSAL. Con el tiempo, el modelo arquitectónico original se hizo insuficiente, por lo que se aumentó la superficie destinada a residencia de choferes y el resto del personal²⁹⁶.

De acuerdo a la visión de expertos, fuera del progresivo aumento de cobertura SAPU²⁹⁷, el principal cambio que ha experimentado el componente durante los últimos años se relaciona al nuevo concepto de considerar al SAPU como parte de la red de urgencia, reemplazando la tendencia inicial de ser entendido como una prolongación horaria del consultorio²⁹⁸.

Esta reorientación del servicio entregado en SAPU, que constituye un cambio actualmente en curso, se explicita a través de su incorporación en el Subproyecto N°10 "Mejoramiento de la Capacidad de Respuesta de la Red de Urgencia al Usuario", correspondiente a las iniciativas presentadas en el proyecto de implementación Auge a partir del año 2004.

En concordancia con este concepto, en la actualidad se ha considerado dar prioridad al aumento de la capacidad resolutive en el manejo del infarto agudo del miocardio en condiciones de oportunidad y seguridad, previo al traslado a centros de mayor complejidad. Para ello se ha planteado el aumento del costo de funcionamiento que implicaría la asignación de un cargo de enfermera a la dotación de equipo inicial²⁹⁹.

Finalmente, cabe señalar que los cambios introducidos al componente en los últimos años han determinado el replanteamiento de sus objetivos centrales. Es así como los documentos actualizados reconocen como nuevo propósito de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia el facilitar el acceso oportuno y equitativo de los usuarios a la atención que otorga la red de urgencia/emergencia del sistema público de salud. Además establece que éstos deberán contribuir al desarrollo del modelo de salud integral con enfoque en salud familiar, resolviendo la demanda de emergencia/urgencia, acorde a su nivel de resolutive, en un establecimiento más cercano al usuario y que puede enfocar su problemática desde una perspectiva de atención integral³⁰⁰.

²⁹⁵ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial, Departamento Modelos de Atención (2004)

²⁹⁶ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001f)

²⁹⁷ Desde su inicio, este componente que comenzó con 10 centros de atención en diversas comunas o localidades, ha ido incorporando gradualmente nuevos establecimientos, contándose a abril del presente año con 116 SAPU distribuidos desde la primera a la décima región. MINSAL, División Gestión de Red Asistencial (2004)

²⁹⁸ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado.

²⁹⁹ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial (2004)

³⁰⁰ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial (2005) "Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia 2005". Mimeo

6. Programas Relacionados

6.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

De acuerdo a las opiniones vertidas por los entrevistados, el componente se relaciona con la Ley 19.813, del año 2002, en cuanto esta última establece para el personal regido por el Estatuto de Atención Primaria, una asignación de desarrollo y estímulo colectivo. Dicha asignación está asociada al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de la Atención Primaria de Salud.

La asignación contiene un componente base y otro variable, el primero corresponde al 5,3% sobre el sueldo base más la asignación de atención primaria de salud municipal, correspondiente a su nivel y categoría. El componente variable es de 5,3% - sobre la misma base de cálculo - para todos aquellos funcionarios que se desempeñen en las entidades administradoras y que cumplan el 90% o más de las metas fijadas para el año anterior, y de 2,65% para aquellos que cumplan entre el 75% - 90% de las metas fijadas. La asignación se entrega en cuatro cuotas.

En el material descriptivo del Fondo de Incentivo para el año 2003 se señala al respecto: “El elemento central del Programa fue la existencia de un sistema de incentivos destinado a estimular el cumplimiento de metas comprometidas por cada prestador local, asociadas a objetivos sanitarios del país. Con la promulgación de la Ley 19.813, que establece incentivos económicos ligados al cumplimiento de metas sanitarias, este Programa se destinará fundamentalmente a incentivar el cumplimiento de elementos de mejoramiento de gestión en establecimientos de atención primaria”.

En relación a las líneas de acción del componente, podría observarse una relación entre el Alta Odontológica Integral en niños de 6 y 12 años que entrega el componente y el Programa de Salud Bucal de JUNAEB.

La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAEB, dependiente del Ministerio de Educación implementa un Programa de Salud Bucal orientado a niños entre 6 y 12 años, un subconjunto de estos niños están siendo priorizados también en el componente alta odontológica total del Fondo de Incentivo. Para mayor información, ver Anexo 1.

6.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

De acuerdo a lo investigado y al juicio de informantes calificados, no existe ningún otro programa o componente que se relacione al Componente Odontológico en función de la población que cubre. En efecto, algunos actores reconocen que los pacientes que exhiben estas características de edad difícilmente podrían acceder a atenciones dentales en ausencia de este componente³⁰¹.

³⁰¹ De acuerdo a la visión de los funcionarios entrevistados, desde el nivel central hasta las municipalidades y consultorios, el grupo etáreo elegible para las atenciones del componente odontológico es uno de los que experimenta mayores dificultades de acceso a la atención dental corriente en el nivel primario, debido a que en general se busca dar prioridad al tratamiento de niños y ancianos.

En relación a los productos que entrega el componente, podría observarse una relación con el Programa de Atención Odontológica del Adulto Mayor, el cual está enfocado a la rehabilitación odontológica de personas entre 65 a 74 años.

Dado que tanto este programa como el componente Odontológico contemplan la instalación de prótesis en sus beneficiarios, las municipalidades pueden obtener beneficios en la negociación conjunta de convenios con laboratoristas para la manufactura de las prótesis de ambos programas³⁰².

6.3 Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

El componente IRA está relacionado con el componente de Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de Problemas Respiratorios en Niños y Adultos, puesto que su objetivo es ayudar, con radiografías simples de tórax, a obtener un diagnóstico oportuno de las enfermedades respiratorias de niños y adultos. Por lo tanto, el componente Apoyo Diagnóstico incluye dentro de su población potencial, a la población beneficiaria del componente IRA, cooperando así al cumplimiento de objetivos y mejor funcionamiento de este componente.

La Campaña de Invierno está también relacionada, ya que entrega un refuerzo de recursos que se traduce en horas adicionales de recursos humanos y fármacos para hacer frente de mejor manera a las épocas *peak* del invierno.

6.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

El componente ERA está relacionado con el componente de Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de Problemas Respiratorios en Niños y Adultos, puesto que su objetivo es ayudar, con radiografías simples de tórax, a obtener un diagnóstico oportuno de las enfermedades respiratorias de niños y adultos. Por lo tanto, el componente Apoyo Diagnóstico incluye dentro de su población potencial, a la población beneficiaria del componente ERA, cooperando así al cumplimiento de objetivos y mejor funcionamiento de este componente.

Por otro lado, si bien no es un programa propiamente tal, el componente está relacionado con el Sistema de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) que estaría orientado, según los encargados del componente ERA a nivel central, a privilegiar la hospitalización de adultos mayores con neumonía debido a que éstos eran regularmente discriminados negativamente al momento de hospitalizarse. Además, la Campaña de Invierno está también relacionada, ya que entrega un refuerzo de recursos que se traduce en horas adicionales de recursos humanos y fármacos para hacer frente de mejor manera a las épocas *peak* del invierno.

³⁰² Fuente: Municipalidades. Entrevistas con informantes calificados.

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

El componente Apoyo Diagnóstico está relacionado con el componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto - ERA - y el componente Infecciones Respiratorias Agudas del Niño - IRA -, por cuanto viene a complementar las acciones de estos componentes para conseguir una resolución integral de las enfermedades respiratorias en los establecimientos de atención primaria y su oportuna derivación a especialistas en los casos que lo requiera.

El Apoyo Diagnóstico está relacionado, además, con la Campaña de Invierno, ya que entrega un refuerzo de recursos que se traduce en horas adicionales de recursos humanos, radiografías de tórax, entre otros, para enfrentar de mejor manera las épocas *peak* del invierno.

6.6. Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia

Hacia el año 2000, las autoridades del Ministerio de Salud observaron la persistencia del problema de accesibilidad a la atención primaria, por lo cual decidieron la implementación del Programa de Mejoramiento de la Atención en el Nivel Primario de Salud, al cual se le ha dado continuidad durante los siguientes cuatro años.

Una de los componentes del Programa de Mejoramiento son las extensiones horarias médicas y odontológicas en establecimientos urbanos y rurales, que operan prolongando la jornada de atención en 3 o 4 horas diarias, en horario vespertino y los días sábado en la mañana. A través de esta estrategia se ha conseguido mantener los establecimientos abiertos durante 12 horas diarias en vez de las 8 horas habituales. Asimismo, la extensión horaria ha permitido el acceso a la atención de población trabajadora, imposibilitada de acudir en horario habitual de trabajo³⁰³.

Como resultado de la coexistencia del componente SAPU y las extensiones horarias, se observa que existe un lapso aproximado de tres horas (17.00 a 20.00 hrs.) durante las cuales tanto el consultorio como el SAPU se encuentran en funcionamiento³⁰⁴. Por tanto, es posible afirmar que ambas estrategias confluyen parcialmente en relación a su horario y población objetivo³⁰⁵.

Por otra parte, el componente SAPU también está relacionado a la Campaña de Invierno, por cuanto, durante aproximadamente tres meses al año, ésta financia la contratación de un kinesiólogo para la implementación de Sala IRA.³⁰⁶

³⁰³ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003b)

³⁰⁴ Cabe señalar que ésto ocurre sólo en aquellos establecimientos que cuentan con ambas estrategias, lo cual no corresponde a la realidad de todos los recintos SAPU del país. Debido al hecho de algunos SAPU no se encuentran adosados a consultorios generales y que el concepto “estar adosado” introduce cierta ambigüedad por cuanto puede existir una distancia física considerable o no entre ambos tipos de establecimiento, no fue posible para el equipo evaluador construir un indicador del porcentaje de recintos en los cuales se da dicha situación a nivel nacional.

³⁰⁵ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado.

³⁰⁶ Cabe enfatizar que el funcionamiento de las salas IRA habilitadas en SAPU no se relacionan financieramente al Componente IRA, por cuanto los fondos de la Campaña de Invierno no guardan ninguna relación con los fondos asignados por concepto de PRAPS

II. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

En general, el PRAPS carece de una estrategia y una dirección que coordine a sus componentes, los que han ido surgiendo en distintos momentos del tiempo según la importancia otorgada por las autoridades del sector a los problemas específicos que cada uno de ellos aborda. Esta característica del diseño del PRAPS implicó para esta investigación poner mayor énfasis en el análisis por separado de cada componente que en los aspectos transversales, tanto en los temas de diseño y gestión como en la evaluación de resultados y uso de recursos.

Este capítulo se basa en el análisis de información cuantitativa – de instituciones del sector y de encuestas a beneficiarios – y cualitativa. Cabe aclarar que en temas de diseño y gestión en los que se carece de una métrica para la evaluación, se recurre a conceptos de la metodología del marco lógico y de descentralización del sector salud existentes en la literatura. La información obtenida de entrevistas a informantes calificados que se enuncia en el capítulo sirve para apoyar algunos juicios, pero no sustituye las opiniones del equipo evaluador.

1. Diseño del Programa

1.1. Diseño del Programa y sus Componentes

El equipo investigador no obtuvo de la entidad responsable documentos que planteen matrices concretas con la estructura de marco lógico para el PRAPS en su conjunto o para sus componentes. No obstante, en el capítulo I se presentó, sobre la base de textos oficiales y entrevistas con autoridades de la entidad ejecutora, una reconstrucción de los principales elementos subyacentes en la lógica de los componentes del PRAPS³⁰⁷.

Según documentos oficiales, el Programa en su conjunto se creó estableciendo criterios orientadores generales (cobertura, eficiencia y calidad de la atención), a partir de los cuales se agregaron bajo la denominación de PRAPS componentes diferentes entre sí³⁰⁸. En la práctica, se trata de estrategias de intervención diversas que permiten satisfacer brechas de demanda en áreas críticas desde una perspectiva sanitaria y/o probar tecnologías innovadoras de atención.

A continuación se realizan comentarios puntuales sobre los componentes bajo estudio, basados en la información disponible. Este análisis se refiere a dos aspectos centrales. En primer lugar, si está bien identificado el problema que aborda el Programa. En segundo lugar, se revisó la adecuación del diseño en función del problema que se pretende solucionar, evaluando la pertinencia del modelo de causalidad. Esto último, a su vez, se analizó siguiendo la metodología del marco lógico, evaluando las definiciones existentes en el Programa y en sus componentes sobre la estructura de objetivos generales, específicos y actividades. La consistencia “vertical”, por tanto, alude a la secuencia que parte del objetivo más general de un Programa y llega hasta las actividades específicas, mientras la consistencia en la dimensión horizontal determina si

³⁰⁷ Adicionalmente, el equipo investigador realizó una aproximación de adaptar la estructura de los componentes a una matriz de marco lógico más formal, según las fuentes consultadas (documentos y entrevistas en el nivel central) y basado en las definiciones de DIPRES, disponible en Anexo 12.

³⁰⁸ Como ejemplos se pueden mencionar los SAPU, IRA, el componente psicosocial y los terceros turnos.

se han diseñado los mecanismos e instrumentos (indicadores, bases de datos) para verificar el logro para cada nivel de objetivos o actividades³⁰⁹.

La mayoría de los componentes del PRAPS están diseñados para dar cuenta de problemas de salud pertinentes, pero con una insuficiente definición y uso de indicadores de seguimiento y evaluación (perspectiva horizontal).

1.1.1. Componente Fondo de Incentivo

Este componente presenta deficiencias en la identificación del problema que lo originó y en la construcción de un modelo de causalidad.

En primer lugar, a nivel de fin y propósito se desconoce el diagnóstico concreto sobre el(los) problema(s) de eficiencia que se pretende(n) abordar y sus eventuales causas³¹⁰. Esto también dificulta discernir si las líneas de acción planteadas en cada año son en efecto las que más impactan en el logro del propósito, más aún si el componente financia incrementos en algunas metas que ya son parte de otros programas que se realizan independientemente de la existencia del Fondo³¹¹.

El objetivo general plantea mejorar la gestión estimulando financieramente al personal de salud. No queda claro en este enunciado si el énfasis del componente está en mejorar la eficiencia o simplemente en estimular el desempeño laboral (aspecto más específico). A juicio del equipo investigador, se estructura un componente que, finalmente, entrega un monto para el mejoramiento del entorno laboral, lo cual se podría realizar con otras estrategias o esquemas más simples para estimular el desempeño de los trabajadores³¹².

El carácter heterogéneo y cambiante en el tiempo de las líneas de acción reduce la certeza sobre su intención y sobre la claridad de las señales que se entregan al personal, lo cual perjudica el funcionamiento del “incentivo”. La mezcla de componentes sanitarios y de gestión también dificulta la comprensión de la lógica vertical³¹³.

Esta falta de consistencia de un año a otro dificulta realizar actividades de más largo plazo, lo cual se corrobora en la investigación cualitativa³¹⁴.

También se registran deficiencias en el diseño de indicadores de verificación de logro (lógica horizontal). A modo de ejemplos se plantean los siguientes temas:

³⁰⁹ Los temas referidos a la pertinencia de criterios de focalización, de asignación de recursos y de responsabilidades corresponden a la sección 2, según índice de la contraparte técnica.

³¹⁰ Existe literatura que identifica los problemas de eficiencia y gestión en la atención primaria de salud así como en el resto del sistema público (Larrañaga, 1997; CLAISS, 2000).

³¹¹ Como el Programa de Salud Bucal de la JUNAEB mencionado en el capítulo anterior.

³¹² Por ejemplo, evaluación de los directivos, concursos de iniciativas del personal, identificación de variables de desempeño como puntualidad, excelencia en atención y satisfacción de usuarios, etc.

³¹³ En los últimos años se han reducido las líneas de acción de tipo sanitario, lo cual es positivo desde la perspectiva de consistencia dado que permite priorizar líneas de acción relacionadas con la gestión. En 2004 todas las líneas de acción corresponden a elementos de gestión.

³¹⁴ Diversos actores locales entrevistados concuerdan en que, si bien algunas metas se mantienen, no existe la certeza que así ocurra, entonces sólo se preocupan por cumplir el porcentaje exigido, no creen que valga la pena invertir mayores esfuerzos en una actividad que probablemente no cuente con recursos al año siguiente.

- Se carece de indicadores sobre el efecto de la actividad de las OIRS en la gestión del consultorio (retroalimentación de las quejas o sugerencias de usuarios).
- No se conoce de registros que permitan verificar el impacto de la gestión de listas de espera en la toma de decisiones y en la capacidad resolutoria del establecimiento.

Finalmente, el hecho de que el Fondo financie algunas estrategias que ya formen parte de otros programas que los consultorios realizan (o donde podrían acreditar como propias actividades realizadas por otros), dificultaría que los indicadores de logro diseñados “tensionen” positivamente al personal e incentivar su esfuerzo³¹⁵.

1.1.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

El diseño es, en general, adecuado verticalmente desde el nivel de propósito - recuperar la salud bucal de sus beneficiarios - y los componentes y actividades requeridos para su logro. No obstante, un punto que debiera revisarse se refiere a las actividades que plantean coordinación entre distintas entidades (sector salud, SERNAM, Chile Solidario, Oficina de Colocación Municipal) para garantizar la focalización. La complejidad de realizar dicha coordinación, sumada a la dificultad que de partida introduce la diversidad de requisitos para ser beneficiario (ver capítulo I), puede derivar en una selección de pacientes inconsistente con los enunciados del componente. Esto se evidencia en los datos de la encuesta realizada en esta investigación. Se trata de problemas en el diseño del componente en los criterios y actividades de focalización que pueden contribuir a dificultar la gestión, como se explica en la sección correspondiente.

Horizontalmente, se cuenta con indicadores y medios de verificación para las **principales** estrategias, lo cual se traduce en la existencia de registros de datos relevantes para monitorear el cumplimiento de los actores locales en ámbitos de eficacia y calidad. No obstante, el diseño carece de actividades e indicadores de seguimiento a los pacientes con posterioridad a su atención para conocer la pertinencia de las prestaciones, de las obturaciones realizadas y prótesis entregadas.

No obstante, desde que el componente dejó de formar parte del Programa de Habilitación Laboral de SERNAM y por tanto, devino en una intervención que entrega como único servicio a la mayoría de sus beneficiarios un conjunto de prestaciones dentales, se identifica una falencia en la identificación de la pertinencia de la necesidad que se pretende satisfacer. Si bien el problema de salud dental es transversal a la población nacional, se carece de un respaldo sobre la superioridad relativa de invertir en una estrategia específica para mujeres y hombres de escasos recursos - con las características de focalización descritas en el capítulo anterior - en vez de orientar los

³¹⁵ Por ejemplo, si las metas de alta odontológica en niños de 6 y 12 años se cumplen de todas maneras con el Programa de Salud Bucal de JUNAEB y no existe un registro de cuánto es lo adicional que efectivamente se logra gracias al Fondo de Incentivos, esto podría ser aprovechado por el consultorio para contabilizarlas como propias. De hecho esta situación se reportó en la investigación cualitativa (sin representatividad estadística).

mismos recursos a otro segmento particular (niños, jóvenes) o simplemente, ampliar el presupuesto del programa odontológico general en el nivel primario³¹⁶.

Adicionalmente, la desvinculación del componente del Programa de Habilitación Laboral cuestiona que las acciones de salud por sí solas puedan impactar en la situación de empleo de beneficiarios seleccionados por sus condiciones económicas. A juicio del equipo evaluador, el desarrollo de una estrategia integral de atención - priorizando beneficiarios del Programa Chile Solidario - que podría deducirse de los criterios de selección de beneficiarios planteados de los documentos oficiales del componente es aún incipiente. Es decir, el objetivo general actual del componente consiste en la recuperación de la salud bucal de los beneficiarios, que incluyen grupos que no necesariamente se encuentran en Chile Solidario y que constituyen la mayoría de beneficiarios efectivos. Esto se confirmó en la investigación cualitativa y en los resultados de la encuesta realizada en el marco de este estudio.

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

El problema que abordan las salas IRA está bien identificado, considerando los datos presentados en el capítulo anterior sobre la relevancia de las enfermedades respiratorias en la composición de la mortalidad y morbilidad en el país, y la pertinencia de probar una tecnología de atención primaria que trate oportunamente las enfermedades del niño y libere recursos de la atención hospitalaria³¹⁷. Asimismo, el modelo de causalidad es adecuado para el tratamiento de enfermedades agudas considerando los componentes y actividades que se realizan.

Las principales observaciones se relacionan con dos aspectos:

- El diseño, pertinente como “tecnología” de atención para las enfermedades **agudas**, parece no haberse modificado para abordar los desafíos que plantean los pacientes **crónicos**. El conocimiento de expertos sobre la evolución del perfil epidemiológico del país indica una creciente importancia de enfermedades crónicas³¹⁸. Esto lleva a preguntar si el componente ha realizado alguna readecuación de sus estrategias para que el modelo de atención incorpore esta realidad.

³¹⁶ En este caso, el equipo investigador considera relevante discutir el concepto de costo efectividad de la intervención dental antes de definir el grupo que será beneficiario de las prestaciones. Es decir, las autoridades debieran contar con una justificación rigurosa de que el impacto en el objetivo de salud dental de la población – relativo a sus costos – es significativo para este sector comparado con la entrega de estos mismos servicios a personas de diferentes características demográficas o socioeconómicas. De hecho, la política sectorial privilegia la atención según criterios etáreos, hacia niños de 6 y 12 años, edades que, según documentos oficiales, coinciden con hitos odontológicos avalados por evidencia científica, diagnósticos epidemiológicos, normas odontológicas y la Política de Salud Bucal del Ministerio de Salud (MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria, 2003c).

³¹⁷ Los resultados obtenidos en este estudio en la evaluación de impacto y de eficiencia del componente contribuyen a validar esta hipótesis de costo efectividad de las salas para el tratamiento de las enfermedades respiratorias.

³¹⁸ Los encuestados por este estudio reportaron que el 38% de los beneficiarios padecerían de alguna enfermedad crónica.

- No hay correspondencia entre cada nivel de objetivo y la medición del logro (lógica horizontal). Se sabe que se realiza un monitoreo diario de indicadores sanitarios en una muestra de establecimientos (centros centinela) pero se carece de un diseño y aplicación de sistemas de información para verificar otros aspectos de calidad, eficacia y eficiencia, tales como: satisfacción usuaria, perfil de pacientes según enfermedades crónicas y agudas, productividad de los distintos tipos de recursos humanos, entre otros.

1.1.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

El diseño de este componente es una réplica del IRA, por tanto se aplican los comentarios anteriores. El problema está bien identificado, a partir de los indicadores mostrados en el capítulo anterior sobre la relevancia de las enfermedades respiratorias en adultos, y la pertinencia de resolver los casos en la atención primaria (respecto a derivar el problema a niveles de mayor complejidad).

Por el perfil étéreo de sus beneficiarios, existe mayor incidencia de enfermedades crónicas³¹⁹, y no queda claro si el componente ha adecuado el diseño de su modelo de atención para coordinar adecuadamente con el consultorio en el manejo integral y continuo de los problemas de dicho grupo de usuarios³²⁰.

1.1.5. Componente Apoyo Diagnóstico

Este componente es una estrategia complementaria dentro de los Programas de manejo de enfermedades respiratorias por lo que parece estar menos estructurado que otros componentes del PRAPS.

El equipo evaluador carece de información suficiente para determinar si el problema que origina el componente está bien identificado. En los documentos oficiales revisados no se explicita una justificación de la pertinencia del componente como una estrategia de compra específica de radiografías de tórax. Es relevante el propósito de financiar un diagnóstico oportuno de enfermedades respiratorias, pero falta respaldar las ventajas de desarrollar esta iniciativa de manera aislada respecto a otros procedimientos de exámenes o prestaciones que requiere la APS, cuya adquisición permitiría aprovechar economías de escala o de ámbito.

Asimismo, según algunos expertos consultados, se carece de un diagnóstico que indique si está plenamente utilizada la capacidad de los hospitales como para que se les transfiera recursos adicionales para la realización de radiografías.

³¹⁹ Los encuestados por este estudio reportaron que el 79% de los beneficiarios de las salas ERA padecerían de alguna enfermedad crónica.

³²⁰ El manejo de enfermedades crónicas es un tema no trivial. Algunos aspectos claves son los siguientes: a) Identificar la presencia de “comorbilidades” (enfermedades que aparecen en conjunto); b) Anticipar posibles reagudizaciones de sus síntomas; c) Programación de controles para monitorear la estabilización de sus condiciones y el comportamiento adecuado del paciente frente a su enfermedad (precaución, administración oportuna de medicamentos, etc.); d) Levantar información para conocer oportunamente los factores de riesgo de los pacientes.

Una vez definido el objetivo general de financiar la realización de tales radiografías, las actividades y procesos diseñados (descritos en el capítulo anterior) son consistentes con este objetivo.

Este componente carece de un esfuerzo de construcción y registro de indicadores de verificación para cada nivel de objetivo.

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

El diseño actual del componente plantea el propósito de constituir el SAPU como puerta de entrada a la red de urgencia del sistema público de salud. Esto es, en general, adecuado si se considera que en niveles de mayor complejidad (servicios de urgencia hospitalarios) se sigue atendiendo una proporción significativa de demanda “no pertinente”³²¹ y, por tanto, cuestionando la costo efectividad de los recursos involucrados³²².

Sin embargo, falta una adecuación del diseño al perfil de demanda que proviene significativamente de personas que consideran el SAPU como extensión horaria. Si los SAPU atienden una proporción significativa de morbilidad general y de usuarios frecuentes o “policonsultantes” - tal como se expone más adelante en los resultados obtenidos de la encuesta -, el modelo de atención actual no garantiza la continuidad e integralidad que requieren estos pacientes y que corresponde a la lógica de operación del consultorio. Este problema tiene implicancias potenciales en la calidad de la atención y la costo efectividad del sistema, si el SAPU no define cómo “incentivar” a los pacientes frecuentes a acudir a establecimientos más pertinentes para su problema, o no coordina adecuadamente con el consultorio³²³.

En la dimensión vertical, se observa un esfuerzo insuficiente por construir indicadores y exigir su reporte a las entidades locales y regionales, más allá de las estadísticas de número de atenciones que alimentan el sistema de información del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

³²¹ Según un estudio reciente del equipo de monitoreo de la red de urgencia del MINSAL, realizado a través de un selector de demanda en las postas de la Región Metropolitana y Rancagua que la clasifica según su gravedad, se obtiene que al menos el 60% de la consulta no es pertinente de atenderse en este nivel por su baja complejidad (Diario El Mercurio, 06/02/05). Es decir, se trata de problemas que aún teniendo una percepción de “urgencia” desde el usuario, debieran tratarse en la APS.

³²² No obstante lo señalado en este párrafo, desde la perspectiva de la atención primaria de salud, la estructura de objetivos y actividades del componente es inconsistente con el desarrollo del modelo de atención integral de la APS, principalmente porque el diseño enfatiza en la atención de choque (atención breve, no integral, sin ficha clínica ni seguimiento del paciente).

³²³ Es decir, aunque los SAPU parezcan una estrategia eficiente para atender la urgencia, no lo son si la precariedad del seguimiento del paciente impide anticipar episodios que serán finalmente más costosos para el sistema.

1.2. Efectos de las Reformulaciones del Programa

1.2.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

Es importante recordar que el componente fue diseñado en base a continuos cambios de las líneas de acción a incentivar, según los objetivos sanitarios relevantes a nivel nacional y los compromisos de gestión que se establecen anualmente entre el Ministerio y los Servicios de Salud. Esto conlleva reformulaciones anuales de los objetivos específicos del Fondo de Incentivo.

Se observa que para el año 2002 las cuatro líneas de acción tenían un enfoque sanitario. El año 2003, en cambio, sólo una de ellas tenía este enfoque. Actualmente, todas las líneas de acción del componente están orientadas al mejoramiento de la gestión en atención primaria. Esta tendencia apunta a dirigir el Fondo cada vez más a objetivos de gestión y canalizar los objetivos sanitarios a través de otras iniciativas, como la Ley 19.813. Este aspecto se considera altamente positivo, siempre que perdure, ya que se genera consistencia entre el objetivo planteado de mejoramiento de gestión y las líneas escogidas para su consecución.

Otro problema derivado del carácter cambiante de este componente es que al no existir una relación directa entre el costo de implementar las líneas de acción y el dinero traspasado, en ocasiones las líneas se vuelven más exigentes sin un aumento proporcional de recursos³²⁴. Si bien el componente está pensado como un apoyo en la ejecución de los objetivos específicos y no en financiarlos totalmente, de todos modos debería existir correspondencia entre el aumento de costos de las líneas de acción y el reajuste de los fondos traspasados. De no ser así, existen desincentivos a suscribir convenios que impliquen esfuerzos mayores a los realizados el año anterior, con los mismos recursos.

Otro aspecto que ha experimentado cambios es la posibilidad de escoger los objetivos de manera descentralizada, es decir, que cada Servicio de Salud tenga la libertad de elegir una línea de acción a incentivar - iniciativa que se retoma de manera paulatina a partir del año 2004 -. El equipo evaluador estima que es relevante entregar mayor autonomía a los Servicios en la determinación de las líneas de acción, ya que esto permite tener en consideración las diferencias existentes en el nivel local. Sin embargo, esto requiere un esfuerzo mayor del nivel central en cuanto a monitoreo de actividades.

Los objetivos generales del Fondo de Incentivos también han sido reformulados. Para el año 2003, el componente establecía como objetivo general entregar un incentivo en busca de mejorar la gestión de los establecimientos de atención primaria, eliminando la búsqueda de mejoras sanitarias, sin embargo durante ese año siguen existiendo líneas de acción no vinculadas a la gestión, como el alta odontológica total en niños de 6 y 12 años.

Las continuas reformulaciones del componente, desde sus inicios, generan confusión en los actores relevantes para la ejecución. Esto dificulta el logro del objetivo de incentivar a los equipos de trabajo, ya que si no existen señales claras de lo que deben realizar y el

³²⁴ Por ejemplo, el año 2003 se incorpora el alta odontológica total en niños de 6 y 12 años lo que implica, según los entrevistados, un aumento de costos considerable respecto al año anterior.

“premio” que recibirán por hacerlo, el incentivo no funciona como tal. Esta situación se agrava al considerar que los cambios experimentados a lo largo de la existencia del componente - como se puede desprender de la sección anterior- no siempre han ido en la dirección correcta, manteniendo la lógica entre las líneas de acción, el propósito y el fin que persigue el componente.

1.2.2 Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

Como se menciona en la sección anterior, el principal cambio que ha experimentado el componente tiene relación con la población objetivo. Inicialmente, se focalizó sólo hacia mujeres a través del componente de Atención Odontológica para Mujeres Jefas de Hogar. Luego se incluyó también a hombres de escasos recursos y beneficiarios de Chile Solidario.

En general, se aprecia que el cambio de diseño en los criterios de selección del componente resulta adecuado desde la perspectiva que pretende ampliar la cobertura hacia un grupo igualmente vulnerable en términos socioeconómicos y de salud dental. No obstante, si se analiza la coexistencia de los criterios de elección aplicables a cualquier persona (edades entre 18 y 55 años, jefes de hogar, bajo la línea de la pobreza y escasa escolaridad) junto a la preferencia por beneficiarios de Chile Solidario, se puede concluir que existen importantes espacios de confusión al intentar aplicarlos a nivel local. En concreto, la sugerencia de priorizar a los beneficiarios de Chile Solidario, no hace mención respecto a que dentro de este grupo se deba escoger sólo a jefes de hogar, de escasa escolaridad y que cumplan con el tramo de edad establecido. Es decir, no queda claro si debe prevalecer la pertenencia a Chile Solidario por sobre los demás criterios o viceversa³²⁵. A lo anterior se suma el hecho de que el requerimiento “escaso nivel de escolaridad” es ambiguo y, por tanto, susceptible a diversas interpretaciones.

Por otra parte, la nueva estrategia de focalización establecida desde la reformulación del componente, sugiere en sus documentos descriptivos una acción coordinada entre distintas instancias a nivel municipal, como las oficinas del Programa Puente³²⁶, las oficinas de información laboral (OMIL) y las oficinas de la mujer, con el fin de detectar posibles beneficiarios entre sus listas de inscritos. Sin embargo, a criterio del equipo evaluador esta nueva necesidad de coordinación a nivel municipal aumenta el número de actividades necesarias para conseguir una focalización adecuada y hace este proceso más complejo y costoso para los municipios, lo que podría constituir un incentivo al relajamiento en la rigurosidad de todo el proceso.

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

De acuerdo a toda la información recopilada de diversas fuentes, el componente IRA no presenta mayores reformulaciones en función de sus objetivos.

³²⁵ De hecho, el estudio cualitativo señaló algunos problemas a este respecto debido a que, al tener conocimiento de su acceso preferencial al componente, los beneficiarios de Chile Solidario suelen ir a exigirlo a las municipalidades, sin cumplir muchas veces con uno o varios de los demás requisitos, especialmente el de ser jefe o jefa de hogar. Sin embargo, por lo que se pudo observar en los casos estudiados, las municipalidades se inclinan por permitir su acceso de cualquier forma.

³²⁶ Estas instancias a nivel municipal son las que por norma general manejan las nóminas de programas de colocación, las listas de beneficiarias de SERNAM, y los registros de familias de Chile Solidario, respectivamente.

1.2.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

De acuerdo a los entrevistados, el componente no ha sufrido modificaciones importantes durante los años que lleva siendo ejecutado.

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

Sólo los encargados en el Ministerio de Salud dan cuenta de cambios relativos a la transferencia de recursos y de reforzamiento a los mecanismos de supervisión (centralizados) del componente³²⁷.

Los cambios en la manera de transferir los recursos parecen adecuados para solucionar el problema de la no ejecución de los recursos entregados y para tener un mayor control de la pertinencia y focalización de la radiografía, sin embargo, esta medida pierde relevancia en la medida que en el Ministerio de Salud no se lleva registros del componente.

1.2.6 Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

En general se puede apreciar que las reformulaciones experimentadas por el componente durante el período de evaluación se asocian más a consideraciones teóricas sobre el propósito y objetivos generales del componente que a sugerencias concretas respecto a la operación o ejecución de actividades en los niveles locales. Lo anterior, a juicio del equipo evaluador ha generado una inconsistencia entre las nuevas estrategias generales planteadas por el componente y la manera de operación de éste, que continúa siguiendo los lineamientos acostumbrados. Esto se ha traducido en que, aún cuando la nueva normativa y documentos explicativos del componente se han orientado durante el último tiempo a enfatizar el rol de los establecimientos SAPU dentro de la red de urgencia y a su contribución al desarrollo del modelo de salud integral con enfoque en salud familiar³²⁸, estos cambios no han afectado en la práctica el trabajo a nivel de municipios y consultorios quienes han continuado desarrollando sus actividades de igual forma por años. En efecto, se ha podido constatar que en estos centros se ha mantenido una lógica de trabajo acorde a la visión de SAPU como una estrategia complementaria a la atención primaria habitual - en la medida que resuelve de una forma más rápida y sin seguimiento las demandas de aquellas personas impedidas de asistir a los consultorios - y con un escaso desarrollo de estrategias de coordinación con otros centros de atención de urgencia, lo cual se contrapone al espíritu de los cambios.

La reformulación en marcha de los SAPU, que plantea como uno de sus objetivos el de contribuir al desarrollo del modelo de salud integral con enfoque en salud familiar, plantea una inconsistencia de diseño desde la perspectiva vertical (correspondencia entre objetivos y actividades), dado que las actividades poseen características de atención de choque: rápida, sin registro de ficha clínica y, por tanto, limitando la

³²⁷ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado

³²⁸ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial (2005)

capacidad de realizar un seguimiento y atención integral del paciente. Esta incoherencia del diseño actualmente en proceso de reformulación podría causar una heterogeneidad de prácticas en los SAPU al no existir una señal clara sobre lo que se espera de ellos.

Otro rasgo que llama la atención respecto al diseño de reformulaciones del componente, es que en el caso de la introducción de algunas sugerencias más específicas respecto a la ejecución del mismo, la práctica parece anteceder a la teoría. Por ejemplo, si bien por primera vez durante el año 2005 se comienza a sugerir dentro de la dotación de recursos humanos mínima para la atención en SAPU una enfermera coordinadora, este hecho no implicó un cambio importante en la ejecución del componente debido a que la gran mayoría de los establecimientos ya se encontraba operando con este recurso por iniciativa propia³²⁹. Este aspecto, constituye un reflejo más de la disociación que se ha observado en el período bajo estudio entre el modelo de teórico de SAPU, diseñado a nivel central, y su real capacidad de aplicación a nivel local.

1.3. Duplicidad de funciones con programas que tienen el mismo grupo de beneficiarios objetivo y nivel de coordinación en los casos de intervenciones complementarias

1.3.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

Si bien existe una percepción generalizada de duplicidad con la ley 19.813 - vigente a partir del año 2002 - que contempla incentivos a los funcionarios de atención primaria, el equipo evaluador considera que tal duplicidad no existe, ambas instancias presentan claras diferencias que se acentúan a medida que la ley se consolida. De hecho, el Fondo se comienza a orientar netamente a objetivos de gestión, mientras los objetivos sanitarios se canalizan a través de dicha ley.

El componente complementa otras iniciativas Ministeriales como los Compromisos de Gestión y el modelo de atención familiar. En el primer caso, el Fondo constituye una manera de apoyar con recursos la implementación de algunos Compromisos que se generan entre el Ministerio y el Servicio de Salud y que carecen de financiamiento. Por otro lado, las líneas de acción de sectorización y gestión de listas de espera apoyan y facilitan el modelo de atención familiar que está siendo implementado actualmente en varios consultorios, y que apunta a mejorar la calidad de atención del usuario.

En tanto, la línea de acción odontológica presenta una posible duplicidad con el Programa dental de JUNAEB en términos de grupos etáreos de la población objetivo. Este último contempla, entre otras acciones, el alta odontológica integral a niños de 6 años. En algunas comunas se ha establecido una coordinación con este Programa, donde los recursos entregados por JUNAEB se utilizan en niños de establecimientos educacionales municipales, mientras que los del Fondo de Incentivo han sido destinados al tratamiento dental de niños de liceos particulares subvencionados. Sin embargo, del trabajo en terreno se desprende que esto no siempre sucede, en ocasiones las atenciones realizadas en los módulos JUNAEB se contabilizan para alcanzar la cobertura requerida por la línea odontológica del Fondo de Incentivo, actividades que se habrían realizado

³²⁹ De acuerdo a la última encuesta realizada a establecimientos SAPU (MINSAL, DIGERA 2004) sólo un 9,3% de la muestra reporta no contar con enfermeras dentro de su dotación de personal.

aún en ausencia de este componente. Se debe considerar que dadas las características del servicio entregado, no es posible que un mismo niño reciba dos veces el tratamiento, el problema radica en que no existe una coordinación entre programas, lo que conlleva aumentos nulos de cobertura dentro de una comuna, es decir, la cobertura sigue siendo la que existía antes de la implementación del alta odontológica total del Fondo de Incentivo. Esto podría evitarse de existir una coordinación formal entre ambas iniciativas, desde el nivel central.

1.3.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

En relación a intervenciones complementarias, como se ha mencionado anteriormente, la reformulación del componente durante 2002 ha hecho necesaria la coordinación entre el componente Odontológico y el Programa Chile Solidario a nivel municipal, con el fin de priorizar la atención dental de beneficiarios de este programa. Esta coordinación se lleva a cabo fundamentalmente entre el personal a cargo de las direcciones de salud comunal y las promotoras familiares establecidas en el municipio a través de las oficinas del Programa Puente, quienes se encargan de proporcionar listas de pacientes priorizados y contribuir a la localización de éstos.

Por otra parte, tal como se señaló en el punto 6 de la sección anterior, no existen otros programas que coincidan con el componente Odontológico en términos de beneficiarios objetivos, pero sí puede apreciarse cierta complementariedad entre éste y el Programa de Atención Odontológica para el Adulto Mayor en cuanto a su ejecución local. En efecto, se ha podido apreciar que algunos establecimientos obtienen descuentos por parte de los laboratoristas, al convenir anticipadamente la compra conjunta de prótesis para estos dos programas³³⁰. El hecho de poder negociar un mejor precio por prótesis influye positivamente sobre la eficacia del componente debido a que el ahorro de recursos permite entregar más prótesis o realizar más altas odontológicas que las establecidas por las metas³³¹.

Cabe señalar que este mismo tipo de coordinación fue detectada entre el componente Odontológico y otros programas que financian prótesis con fondos municipales en aquellas comunas de mayores recursos, con resultados siempre positivos en el ahorro y contención de costos.

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

Tal como se mencionó en la sección de descripción, el componente Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de Problemas Respiratorios en Niños y Adultos incluye dentro de su población potencial a la población beneficiaria de las salas IRA. Sin embargo, no existe ningún tipo de duplicidad de funciones, sino más bien corresponden a estrategias de salud complementarias, debido a que las radiografías de tórax que Apoyo Diagnóstico facilita, apoyan a las salas permitiendo la obtención de un

³³⁰ Fuente: Consultorios y municipios: Entrevistas con informantes calificados

³³¹ Cabe señalar que esta información fue corroborada en los establecimientos visitados por el equipo evaluador, pero no se cuenta con datos de representatividad estadística como para respaldar la existencia de una correlación entre la realización de convenios conjuntos con laboratoristas y el porcentaje de cumplimiento en altas odontológicas y prótesis del componente Odontológico.

diagnóstico más oportuno en lo que se refiere a enfermedades respiratorias. Además, ambos componentes coinciden en priorizar a los niños menores de 1 año.

La Campaña de Invierno, a pesar de responder a una naturaleza distinta y de tener líneas de acción mucho más variables, también apoya al componente IRA, reforzándolo con recursos adicionales que van en el mismo sentido de lo que realizan permanentemente las salas.

Respecto del nivel de coordinación, el equipo evaluador considera que existe un buen nivel de coordinación entre dichas estrategias de salud. Lo anterior se ve reflejado en el hecho de que comparten la dirección a nivel central, y en los Servicios de Salud.

1.3.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

En el componente ERA, la situación es análoga a lo señalado en el caso de IRA, ya que se replica la misma situación con el componente de Apoyo Diagnóstico y la Campaña de Invierno.

1.3.5 Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de Problemas Respiratorias en Niños y Adultos

El Apoyo Diagnóstico complementa las atenciones entregadas en las salas IRA y ERA, de modo que existe una coordinación directa con éstos, coincidiendo en la priorización en niños menores de un año con IRA y los mayores de 65 con ERA.

La Campaña de Invierno también está relacionada con el componente, entregando un refuerzo con recursos adicionales para las radiografías de tórax durante el período que dura la campaña.

Existe una coordinación adecuada entre las distintas estrategias de salud al compartir los mismos encargados en el ministerio y Servicios de Salud.

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

Como ya se expuso en el capítulo anterior, se ha detectado una duplicidad parcial entre el Componente SAPU y las extensiones horarias a la atención habitual de consultorio.

Esta duplicidad se puede observar en tres aspectos: horario, población objetivo y, en algunos casos, tipo de servicio que entregan.

Respecto al horario, en aquellos consultorios en los cuales se tiene implementada la modalidad de extensión horaria y que además poseen un establecimiento SAPU adosado, existen traslapes entre ambas modalidades de atención, correspondientes al tramo comprendido entre las 17.00 y las 20.00 hrs. de lunes a viernes y entre las 9.00 y 13.00 hrs. los días sábado³³².

³³² Si bien no se manejan registros sobre el porcentaje de establecimientos a nivel nacional que mantienen funcionando ambos programas, dentro del total de recintos SAPU visitados se tuvo que en el 100% de los

En relación a la población objetivo, existe una duplicidad en términos de diseño, por cuanto el componente en sus objetivos específicos se propone explícitamente otorgar atención médica inmediata a la demanda de la población adscrita al consultorio en horario no hábil³³³.

La aparente coincidencia de ambas estrategias en cuanto a la población objetivo se puede apreciar también en la práctica a través de las características de los beneficiarios efectivos del componente. En efecto, de acuerdo a la información extraída de la encuesta a beneficiarios, se obtuvo un promedio de 7 consultas anuales en SAPU por paciente. Además, la misma encuesta señala que un 75% de los beneficiarios realizó la totalidad de dichas consultas en el mismo recinto SAPU, correspondiente a aquel adosado al consultorio en el cual se encuentra inscrito. Estos hallazgos permiten suponer que el perfil de demanda que reciben los establecimientos SAPU es bastante similar al de la atención habitual en consultorio. A esto se suma el hecho de que a juicio de los profesionales de SAPU consultados, una proporción muy pequeña de las consultas que ellos atienden corresponden a urgencias desde un punto de vista médico, independiente del hecho de que los pacientes manifiesten percibirlos como tal³³⁴.

Finalmente, si bien las consultas realizadas en extensión horaria corresponden a atención programada mientras que las realizadas en SAPU corresponden a atención de choque, es posible detectar algunas duplicidades entre el tipo de servicio que ambas entregan.

Por ejemplo, pese a que desde una perspectiva teórica la atención de urgencia debiera diferir de la atención en consultorio en el hecho de que la primera se ocupa de la resolución de la emergencia inmediata que presenta el paciente sin incorporar, a diferencia de la segunda, estrategias de continuidad tanto curativas como preventivas, se ha detectado que en algunos establecimientos SAPU se llevan a cabo ciertas actividades propias de consultorio, como entregar recetas para retirar medicamentos o dar órdenes para la realización de exámenes médicos³³⁵. En efecto, de acuerdo a la encuesta a beneficiarios SAPU, alrededor de un 40% de éstos manifiesta haber recibido una receta médica durante su última atención y un 16% reporta haber recibido una orden para examen³³⁶. Asimismo, de acuerdo a la información de la encuesta a recintos SAPU

casos, los consultorios a los que se encontraban adosados contaban con extensiones horarias. Cabe señalar que se visitaron 5 recintos SAPU dentro de la Región Metropolitana, y además se tuvo acceso a la información de funcionamiento paralelo de ambas estrategias en un Departamento de Salud Municipal., con lo que el total de recintos en que se apreció esta situación fue de 6.

³³³ Consultar punto 1.3.6 en la sección descriptiva del presente documento.

³³⁴ De acuerdo a los resultados de la encuesta a beneficiarios SAPU, un 70,5% de éstos manifiesta que su última atención en un recinto SAPU se trataba de una emergencia que no hubiera podido esperar hasta el día siguiente.

³³⁵ Cabe señalar que la realización de todas estas prácticas obedece a decisiones del personal que se desempeña en los diferentes SAPU y no se encuentra justificada en recomendaciones o sugerencias presentes en los documentos descriptivos del componente. En efecto, de acuerdo a las opiniones recogidas entre diversos ejecutores locales, si bien el espíritu del componente se opone a estas prácticas, ellos consideran que éstas contribuyen a aumentar la eficiencia de las atenciones a nivel primario, al evitar la posibilidad de una doble consulta y con ello, inducir a un ahorro de costos.

³³⁶ Se refiere a la encuesta a beneficiarios realizada en el contexto de esta evaluación. Los porcentajes fueron calculados respecto a los 9540 casos, correspondientes a todo el universo que respondió la encuesta ampliado según factor de expansión. Para un mayor detalle sobre estos datos, consultar Anexo N°5.

efectuado en 2004³³⁷, un 49,3% de los recintos declara derivar a los pacientes para el despacho de receta en la farmacia del consultorio adosado.

Por tanto, se concluye que las actividades realizadas por los establecimientos SAPU durante el horario de traslape con las atenciones de extensión horaria, podrían constituir un sustituto de las mismas, en la medida de que el servicio entregado en algunos SAPU ha tendido a asemejarse al que es entregado en consultorios³³⁸.

En relación a estrategias complementarias al servicio entregado en SAPU, en el capítulo anterior se mencionó el reforzamiento de los recintos con salas IRA durante la campaña de invierno. De acuerdo a lo que se ha podido apreciar, a nivel local existe una alta valoración de este refuerzo por parte de los funcionarios de SAPU, lo cual es consistente con el hecho de que las enfermedades respiratorias constituyen el primer motivo de consulta³³⁹. Sin embargo al no incluir esta estrategia algún número de horas médicas adicionales para la sala IRA, normalmente se hace necesaria la contratación de estas horas por cuenta del SAPU, lo que ha elevado los costos de operación del componente durante la época invernal³⁴⁰.

³³⁷ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2004c).

³³⁸ Es conveniente señalar que a este respecto se encontraron opiniones divergentes en los funcionarios que trabajan en SAPU, debido principalmente al hecho de que no todos los recintos consultados realizan estas prácticas propias de consultorio. Evidentemente, en aquellos casos, el grado de sustituibilidad entre ambas modalidades de atención sería menor. Sin embargo, en lo que se encontró amplio consenso entre los entrevistados fue en que el tiempo que se dispone para la atención de pacientes en consultorio es mayor, lo cual debiera repercutir en una mejor calidad. Cabe hacer notar que al haber extraído esta información del estudio cualitativo, no es posible entregar cifras respecto a cuantos recintos realizan, y en qué magnitud, las prácticas mencionadas.

³³⁹ Fuente: Encuesta a beneficiarios SAPU. Evaluación en profundidad PRAPS (2004)

³⁴⁰ Fuente: Municipalidades: Entrevistas con informantes calificados

2. Organización y Gestión del Programa

La evaluación de la gestión de un programa social se dificulta por la falta de un marco analítico normativo que sirva de soporte a los juicios, más allá de las apreciaciones basadas en conceptos de administración que un profesional de la gestión en salud o de la ingeniería comercial pueda realizar.

Reconociendo esta limitación, el equipo investigador aborda las preguntas planteadas por la contraparte técnica en los términos de referencia. No obstante, es posible plantear ex ante un conjunto de principios orientadores del análisis en uno de los temas más relevantes que determina las diferencias entre los componentes del PRAPS: el grado de centralización en la toma de decisiones en los distintos ámbitos que se presentan en esta sección y entre los distintos niveles (central, Servicios de Salud, municipal) involucrados en el funcionamiento del Programa.

Este resumen sigue el estudio de Beteta et al. (1999) sobre la evaluación del proceso de reforma en la organización del sistema público de salud chileno ocurrido desde 1979. La descentralización se entiende en dos dimensiones: a la descentralización “geográfica” ampliamente conocida en la literatura se le agrega una acepción funcional – también llamada “separación de funciones” – en la cual, dado un mismo ámbito geográfico (central, regional), se define que organismos especializados asuman las distintas funciones del sistema de salud.

Este marco analítico permite entender los costos y beneficios de las decisiones de descentralización. Tanto la descentralización geográfica como la descentralización funcional ofrecen solución a varios de los problemas asociados al mal desempeño de los sistemas de salud, pero a su vez originan nuevas dificultades. Para aprovechar las ventajas y reducir los problemas se requiere entender que las distintas funciones que cumple el sector público poseen distintos atributos y que por tanto los grados de descentralización deseables serán variables.

En dicho estudio se identifica un conjunto de funciones diferentes que se cumplen en la estructura global de un sistema de salud (algunas son más aplicables que otras al análisis del PRAPS) y se analizan sus propiedades de manera independiente. Se distingue entre las siguientes funciones del sector público de salud:

- La formulación e implementación de la política de salud a nivel nacional.
- La recaudación, administración y asignación de los recursos públicos destinados a salud.
- La definición de las condiciones de acceso de las personas a los Servicios de Salud y la responsabilidad porque exista una red articulada de proveedores capaces de generar los Servicios de Salud en los distintos niveles de atención de manera eficiente y efectiva.
- El asegurar la ejecución y articulación de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud³⁴¹.
- El establecer y poner en vigor normas tendientes a resguardar el interés público³⁴².

³⁴¹ Sea por medio de los organismos públicos pertinentes o bien por medio de la participación del sector privado.

³⁴² Por ejemplo, en cuestiones relacionadas a la salud medioambiental, la salud ocupacional, el control de calidad de medicamentos y otros productos sujetos a control sanitario, y otras normas que tienen como

Los principales factores que determinan el resultado económico de la descentralización tienen que ver con aspectos tales como economías de escala, economías de información y la eficiencia en los procesos de toma de decisiones y evaluación. De este análisis de factores que determinan los costos y beneficios de descentralizar las distintas funciones, el estudio mencionado formula las siguientes recomendaciones generales de política:

- i) La centralización funcional es una forma de organización superior para todas aquellas actividades que presentan atributos de diseño³⁴³ importantes y centralización de la información, tales como: la formulación e implementación de políticas y estrategias y el diseño del sistema de salud, así como los aspectos normativos de la seguridad social y del marco regulatorio. En cambio, la organización funcional descentralizada es la alternativa superior para aquellas actividades más operativas como son la administración de subsidios, el aseguramiento y la puesta en vigor del marco regulatorio, para las cuales existe mayor información a nivel de las unidades operativas, y su independencia facilita su supervisión y minimiza los conflictos de intereses en las decisiones del ámbito público.

En el caso de la función de compra de prestaciones de salud encontramos dos niveles. En el primer nivel, asociado al marco general que define los mecanismos de compra aparece un importante componente de atributos de diseño, ya que define el grado de eficiencia con que se lleva a cabo esta acción. En un segundo nivel, la especificidad de información al nivel operativo, hace de la descentralización la opción preferida.

Aparece así la posibilidad que la función de compra o articulación pueda organizarse en niveles, con un comprador mayorista y compradores minoristas que son los que actúan en el nivel operativo.

- ii) En lo que respecta a la descentralización espacial, el análisis de la conveniencia de entregar poder de decisión a unidades geográficas respecto de las funciones identificadas, entrega un balance complejo.

La formulación e implementación de políticas y estrategias sectoriales, y la supervisión del funcionamiento del sistema de salud como un todo, así como el diseño del marco regulatorio, corresponden a actividades con importantes atributos de diseño. Además, demandan un alto grado de coordinación, lo que limita fuertemente las posibilidades de descentralización.

No obstante, en sus aspectos de puesta en vigor y supervisión, el escrutinio público a nivel local es un instrumento atractivo para asegurar mayores grados de eficiencia, por lo que si bien las decisiones se toman de manera centralizada

objeto promover un mayor grado de eficiencia en los mercados de la provisión de servicios médicos y de seguros de salud.

³⁴³En la terminología de Milgrom y Roberts (1992), las funciones asociadas a la formulación de políticas y reglas de juego para el sector salud corresponden a actividades con *atributos de diseño*, para las cuales una solución centralizada es más ventajosa ya que permite a un menor costo resolver los problemas de sincronización y asignación de tareas, de manera tal de que se asegure que cada una de las funciones necesarias en el sector sean llevadas a cabo al tiempo de evitar que se dupliquen los esfuerzos dentro del sistema.

su operación puede efectuarse de manera desconcentrada por medio de agencias locales.

En materia de seguridad social, todas las acciones de tipo normativo presentan importantes atributos de diseño, y existen economías de escala de llevar a cabo su diseño de manera espacialmente centralizada. Además, son mayores las posibilidades de diversificar riesgo cuando existe sólo un asegurador a nivel nacional. Sin embargo, con el objeto de hacer el sistema de seguridad social operativo en el espacio, se requiere de su desconcentración.

La compra de servicios y la administración de los subsidios presentan características que hacen ventajosa su descentralización espacial. Existe heterogeneidad en las demandas locales por servicios, así como en las necesidades de asistencia social, y en las condiciones de oferta, por lo cual la descentralización espacial facilita una gestión eficiente y su supervisión por medio del escrutinio público local. Sin embargo, las políticas generales que regulan la función de compra tienen importantes atributos de diseño.

- iii) Finalmente, es necesario analizar, para cada una de las funciones o procesos en el sector salud, la interacción entre descentralización espacial y separación de funciones y sus combinaciones posibles, tal como se muestra en el cuadro 2.1. Así, la primera combinación está dada por los procesos en los cuales resulta económicamente conveniente tanto la centralización geográfica como la funcional. Estas acciones se refieren al diseño de la normatividad del sistema, y comprende aquellas funciones para las cuales la autoridad central de nivel superior tiene un mayor grado de información que las unidades especializadas o locales para tomar las decisiones de manera coordinada y construir un marco institucional que asegure resultados eficientes y eficaces para el sector. Por otro lado, no todas las funciones que se organicen de manera funcionalmente descentralizada son convenientes de descentralizar espacialmente. Las importantes economías de escala en la puesta en vigor de un marco regulatorio y los costos de duplicar esfuerzos, así como las ganancias de eficiencia en el aseguramiento por medio de un mayor grado de agrupación de riesgos individuales, hacen que, si bien estas actividades puedan ser desarrolladas de mejor forma en un esquema de descentralización funcional, existan importantes costos en su descentralización espacial.

En el otro extremo, existe un grupo de actividades para las cuales tanto su descentralización funcional como espacial presentan ventajas. Este es el caso de la administración de los subsidios en la seguridad social, la compra de servicios médicos y la prestación de servicios básicos de salud. Para estas actividades la descentralización funcional permite establecer un mejor sistema de estándares de desempeño y supervisión, así como un manejo más eficiente de la información, y la descentralización espacial permite capturar los beneficios asociados a las heterogeneidades locales. En cualquier caso, debe considerarse el problema de los mayores costos de administración en pequeñas unidades de gestión que pueden resultar de la aplicación simultánea de ambos procesos (atomización).

Tabla 2.1 : Organización Funcional y Espacial del Sector Público en Salud

		Organización Espacial		
		Centralizada	Semi-descentralizada	Descentralizada
Organización Funcional	Centralizada	Diseño sistema de salud y supervisión		
		Definición Plan Básico de Salud		
		Diseño sistema de subsidios		
		Diseño sistema compensación		
		Diseño mecanismos de pago		
		Diseño marco regulatorio		
	Descentralizada	– Aseguramiento	– Provisión prestaciones complejas	– Administración subsidios
		– Puesta en vigor regulación		– Compra de servicios
				– Provisión prestaciones básicas

Fuente : Beteta et al. (1999)

Para que el enfoque planteado sea aplicable al PRAPS, cabría agregar una dimensión de análisis temporal. En otras palabras, dado que algunos de los componentes evaluados consisten en iniciativas innovadoras que se difunden de manera gradual en el país, podría aceptarse que las necesidades de una gestión más centralizada sean mayores en los inicios de un programa de salud y se vayan atenuando conforme la estrategia se encuentra integrada al sistema.

De lo expuesto, se puede inferir que en la evaluación de la gestión del PRAPS, se considerará más pertinente la centralización de la toma de decisiones en los aspectos normativos tales como la definición de protocolos y estándares de atención y políticas a nivel nacional, así como respecto a los criterios de asignación de recursos. Desde esta perspectiva, algunos componentes presentan una evaluación favorable por la centralización de la función normativa (IRA, ERA) y otros más bien carecen de una normatividad más clara y activa desde el nivel central (SAPU).

En cambio, es en general más adecuado que la prestación de servicios se realice de manera descentralizada, con la excepción de situaciones iniciales en que se requiera de mayor experimentación, coordinación y retroalimentación oportuna con el nivel central. En este punto se puede anticipar una controversia en el caso de los componentes ERA e IRA, donde es sabido que el nivel central interviene en ciertos aspectos de la toma de decisiones, como la gestión de recursos humanos. Esta menor descentralización de la provisión de servicios es más justificable en el componente ERA, que es relativamente reciente³⁴⁴.

³⁴⁴ Diversos actores entrevistados asocian el prestigio logrado por estos componentes a esta fuerte centralización en todos los ámbitos. Sin pretender explicar las razones de dicha visión, ésta podría

Sin agotar la discusión, también es deseable que exista una aplicación geográficamente descentralizada del marco regulatorio – definido en sus criterios generales por el nivel central –. Sin embargo, en la práctica de la mayoría de los componentes no se aprecia un papel relevante de los Servicios de Salud, los cuales firman convenios con los municipios y son responsables de recopilar un conjunto de indicadores que, en su gran mayoría, no se registran ni utilizan en la evaluación de los componentes y, por tanto, no retroalimentan la toma de decisiones.

2.1. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación al interior de la Institución Responsable y con otras instituciones.

2.1.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

(a) Estructura Organizacional

El componente presenta una gestión centralizada, tanto las líneas de acción como las metas se deciden en el nivel central. Esta situación entrega poco espacio para una mayor negociación e incorporación de aspectos locales.

A pesar del centralismo con que opera el componente, existe un desconocimiento sobre su estructura organizacional y su adecuación para la producción de líneas de acción y el logro de los objetivos. Así se detecta una falta de identificación de una unidad específica encargada de componente a nivel de Ministerio de Salud, que sea la “cara visible” responsable del diseño, gestión y coordinación del Fondo de Incentivo, hecho que se ve acentuado a medida que nos acercamos al nivel local. El hecho de que cada línea de acción está a cargo de personas diferentes dentro del Ministerio dificulta el monitoreo del componente como un todo; más bien, se observan miniprogramas con indicadores heterogéneos en calidad y cantidad.

(b) Mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades

En general, como se mencionó en capítulo I, la coordinación para fines del componente se mantiene entre el Ministerio de Salud con los Servicios de Salud; éstos con los municipios - dirección de salud o corporación -, que a su vez se relacionan directamente con los consultorios.

De esta forma, se establecen convenios entre los Servicios de Salud y los municipios - según dependencia -. Los ámbitos de acción y los incentivos son definidos por el Ministerio de Salud, el cual acuerda con los distintos Servicios de Salud el nivel de cumplimiento requerido. Sobre el grado de autonomía que tienen los Servicios para determinar las metas a nivel comunal, encontramos opiniones diversas: parte de los entrevistados señala que no hay mayores posibilidades de negociar con el MINSAL las

referirse a una concepción aún vigente que concibe la centralización como condición necesaria y suficiente de eficacia en la consecución de metas sanitarias. Pero también es factible que, en los primeros años, tales componentes hayan requerido una mayor ingerencia del nivel central, y que algunos actores consideren esa necesidad como invariante en el tiempo.

metas municipales³⁴⁵. Este hecho revela problemas de coordinación entre el nivel central y algunos Servicios de Salud, estos últimos desconocen que pueden negociar sus metas con el nivel central de acuerdo a la realidad de sus establecimientos, así deciden no firmar compromisos por falta de información. También se observa confusión en los responsables a nivel de Servicios de Salud respecto a los alcances del componente, lo que resulta problemático si se considera que éstos deben transmitir la información a los municipios y establecimientos de atención primaria.

Los convenios como mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades son correctos dado el carácter cambiante del componente, donde se requiere reformular los objetivos específicos cada año.

En cuanto al incentivo propiamente tal, en el nivel central se estipula que éste debe ser utilizado para mejorar el entorno laboral de los trabajadores. La definición de “entorno laboral” depende de cada Servicio de Salud de acuerdo a si cumple su objetivo de incentivar al equipo de trabajo para cumplir con las iniciativas ministeriales. En este punto es dudoso que el componente este funcionando como incentivo, ya que en el nivel local muchas veces no conocen la existencia del componente y mucho menos relacionan el desempeño de actividades como la disminución de lista de espera, las OIRS, entre otras con el Fondo de Incentivo.

2.1.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

(a) Estructura Organizacional

En general se percibe una estructura organizacional adecuada para el logro de los objetivos y la producción de los servicios que entrega el componente. En efecto, pese a que éste otorga amplios espacios de decisión local en relación al servicio entregado, el estudio cualitativo de aspectos de gestión permitió apreciar una concordancia entre los propósitos del componente desde el nivel central hasta los niveles más locales de organización y ejecución del mismo.

Asimismo, se puede observar un alto grado de identificación de los encargados del componente en cada nivel de responsabilidad, lo que influye de forma positiva sobre la posibilidad de detectar el origen de posibles incumplimientos o retrasos en las actividades programadas.

(b) Mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades

Respecto a los mecanismos de coordinación entre los distintos niveles de ejecución del componente, se puede apreciar que la existencia de una identificación clara del personal a cargo en cada uno de ellos, se traduce en una comunicación expedita, incluso entre las unidades más locales de ejecución y el Ministerio de Salud.

En efecto, cada año el proceso de fijación de metas y precios programados para las altas integrales y las prótesis, se lleva a cabo a través de un diálogo entre el nivel central y los

³⁴⁵ No obstante, la mayoría de los entrevistados plantea que es posible negociar los compromisos y niveles de cumplimiento esperado. Asimismo, los Servicios tendrían la libertad de distribuir e implementar las metas (e incentivos) entre las distintas comunas y consultorios.

municipios, aspecto que contribuye en afianzar la visión de que el componente opera bajo una lógica menos vertical respecto al resto de los programas bajo evaluación, al generar espacios para el diálogo y la negociación³⁴⁶.

Sin embargo, de acuerdo a lo planteado en el punto 2 del capítulo I, se ha podido verificar que existen dos papeles difusos en la cadena de ejecución del componente.

El primero de ellos corresponde al rol de los Servicios de Salud, en lo referente a la supervisión y control de las actividades llevadas a cabo por los municipios. En efecto, pese a que los documentos explicativos del componente denotan amplios espacios de acción en este terreno, al no encontrarse éstos bien especificados, es posible encontrar una gran varianza entre la calidad y cantidad de actividades desarrolladas entre distintos Servicios de Salud. Más específicamente, se puede observar que existen Servicios de Salud que agregan valor a la cadena productiva del componente a este respecto, mientras que otros operan sólo bajo la lógica de traspasar recursos y recolectar la información requerida por el nivel central³⁴⁷.

El segundo de ellos corresponde a la responsabilidad por la focalización del programa a nivel de municipios. Como se señaló anteriormente, el hecho de que exista un gran número de actores involucrados en el proceso deriva en que la responsabilidad entre todos ellos se diluya. Sin embargo, dicha dificultad se asocia a una consecuencia de un problema de diseño del componente, más que a una coordinación deficiente a nivel local.

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

(a) Estructura Organizacional

Destaca el carácter extremadamente centralizador en la gestión del componente, de modo que la unidad responsable en MINSAL, según lo aprendido de la investigación cualitativa, extiende su intervención desde lo normativo hasta el nivel de la prestación de servicios. Debido a lo anterior, y a pesar de que la mayoría de las opiniones encontradas son positivas en cuanto a la pertinencia de la estructura y la gestión actual del componente para el logro de los objetivos, el equipo evaluador considera que existe una cierta inconsistencia con los supuestos de un Modelo de Atención Primaria de Salud descentralizado y administrado por los municipios. Lo anterior constituye un problema, a juicio del equipo, debido a que la unidad central no cuenta con los recursos físicos y

³⁴⁶ Fuente: MINSAL, Servicios de Salud, municipios. Entrevistas con informantes calificados.

³⁴⁷ Esta deficiencia percibida es relevante sólo para aquellos casos de atención primaria de dependencia municipal y no para aquellos de dependencia directa de algún Servicio de Salud. Algunos ejemplos de agregación de valor que fue posible identificar a nivel de Servicios de Salud son: pedir a las municipalidades registros de los pacientes atendidos con nombre, RUT y dirección, revisar en terreno que la información reportada en los indicadores obedece a la realidad y detener los fondos a las municipalidades que no estén cumpliendo con sus metas, pese a que el flujo de recursos no se haya cortado desde el nivel central. Cabe señalar además que algunos Servicios de Salud, que más allá de su rol fiscalizador, realizan actividades adicionales que también agregan valor a la cadena productiva. Por ejemplo: intercambiar información sobre precios y condiciones de laboratoristas entre diferentes municipios dentro de su jurisdicción con el fin de que éstos puedan conseguir mejores arreglos y con ello aumentar la cobertura del componente por sobre las metas fijadas.

humanos necesarios para centralizar la cantidad de actividades que realiza, lo cual va en desmedro de la calidad con que se ejecutan algunas de estas actividades.

Por una parte, el componente IRA presenta una estructura institucional visible en el nivel central (y también en los Servicios de Salud). A diferencia de lo que ocurre en otros componentes del PRAPS, es posible identificar a los encargados en el Ministerio de Salud, así como también una conducción y gestión reconocible a nivel nacional. Dicho aspecto es positivo debido a que permite tener una normativa y protocolo común para todas las salas IRA a lo largo del país.

El hecho de que el Ministerio de Salud imponga, en la práctica, una serie de exigencias para la contratación y capacitación previa de los profesionales de las salas IRA, constituye, a juicio del equipo evaluador, una contribución a una atención de mejor calidad de la atención otorgada a los beneficiarios y con estándares comunes para todo el país.

A nivel local, además de un exceso de centralización en la gestión, la principal falencia detectada tiene relación con el tipo de contrato de médicos y kinesiólogos. Debido a que los convenios a través de los cuales se traspasan los recursos para el funcionamiento del componente, tienen una vigencia de un año, en la mayoría de las comunas los profesionales están contratados a honorarios a pesar de que las salas IRA, como estrategia de salud y con todos sus recursos físicos y humanos, ya forman parte estable y permanente de los servicios que entregan gran parte de los consultorios en la Atención Primaria de Salud a lo largo de todo el país. Debido a lo anterior, el equipo evaluador considera que el componente IRA ya está en condiciones de poder integrarse completamente a los establecimientos de atención primaria, tanto como estrategia de salud complementaria como a la manera como se gestionan los recursos físicos y humanos por parte de éstos, es decir, incorporando los profesionales IRA al Estatuto de Atención Primaria y formando parte de la planta de los consultorios.

(b) Mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades

En términos generales, el componente IRA presenta una clara identificación de las funciones correspondientes a cada nivel. En los Servicios de Salud, la existencia de personal encargado del componente es un factor que debiera favorecer la gestión y coordinación. Sin embargo, al requerir información de los Servicios de Salud, el equipo evaluador tuvo dificultades que demuestran fallas de coordinación y gestión respecto a la recopilación y sistematización de información, sobre todo en lo que respecta a estadísticas de producción del componente.

La coordinación de los profesionales IRA con el nivel central es fluida, por ejemplo, en la capacitación de los kinesiólogos, lo que facilita una orientación unificada de la atención. Sin embargo, la cadena de información no pasa por todos los niveles, ya que este mismo nivel de interacción no se replica con los directores de salud comunal, en los municipios.

De acuerdo al análisis de la información cualitativa, el equipo evaluador considera que existe una adecuada coordinación entre los profesionales de las salas IRA y el resto del equipo de los consultorios. Lo anterior es necesario para el logro de los objetivos del

componente, si recordamos que las salas IRA son una estrategia de salud complementaria e inserta en los establecimientos de atención primaria.

Sin desmedro de lo anterior, se considera que es posible optimizar la gestión y coordinación del componente. En este sentido, sería pertinente revisar la factibilidad de cambiar los contratos a honorarios por contratos más permanentes, para dar mayor continuidad a las labores profesionales y a los equipos de trabajo de las salas IRA³⁴⁸. De esta manera, es más factible una integración y coordinación más fluida entre los servicios que entrega el componente y los otorgados por el consultorio habitualmente con el fin de que los beneficiarios del sistema público de salud, y en particular de la atención primaria, reciban una prestación de servicios más integral y de mejor calidad.

2.1.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

(a) Estructura Organizacional

El componente ERA tiene una estructura organizacional clara y visible en los distintos niveles, en particular, de la dirección que llevan a cabo los encargados en la unidad central del Ministerio de Salud. Considerando que corresponde a la misma del componente IRA, es difícil dilucidar en qué medida interviene el conocimiento previo y los buenos resultados de las salas IRA en la evaluación organizacional del componente ERA.

Cabe señalar que se considera positivo que ambos componentes estén asumidos por una sola unidad en el Ministerio de Salud, ya que esto facilita un mayor grado de coordinación y refuerza la función normativa a nivel nacional.

Por otro lado, y al igual que para IRA, existe un alto grado de centralismo en la gestión e incluso en algunos aspectos de ejecución³⁴⁹ del componente ERA. Por lo tanto, se repite la inconsistencia con los supuestos de un Modelo de APS descentralizado y administrado por los municipios. Lo anterior constituye un problema, a juicio del equipo, debido a que la unidad central no cuenta con los recursos físicos y humanos necesarios para centralizar la cantidad de actividades que realiza, lo cual va en desmedro de la calidad con que se ejecutan algunas de estas actividades.

Debido a que los componentes IRA y ERA poseen prácticamente la misma estructura organizacional, los juicios del equipo evaluador son muy similares al respecto. Así, aquí también se detecta una falencia en el tipo de contrato de médicos, kinesiólogos y enfermeras. Puesto que los convenios a través de los cuales se traspasan los recursos para el funcionamiento del componente tienen una vigencia de un año, en la mayoría de las comunas los profesionales están contratados a honorarios, esto impide la estabilidad del personal por lo que, según el análisis de la información cualitativa, el componente presenta una alta rotación en los profesionales de las salas, principalmente médicos y enfermeras ERA. Dado lo anterior, el equipo evaluador sugiere darle una mayor

³⁴⁸ La información cualitativa le permitió al equipo evaluador constatar la existencia de rotación laboral al interior de los equipos profesionales de las salas. Lo anterior, se acentúa para el caso de los médicos del componente IRA.

³⁴⁹ Como por ejemplo en la compra y distribución de fármacos, entre otros.

continuidad al componente, que permita tener al personal de planta, con el fin de generar equipos de trabajo estables y más integrados al consultorio.

(b) Mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades

Existe claridad frente a las funciones y responsabilidades correspondientes a Servicios de Salud, municipios y consultorios en relación al componente. En el caso de los servicios, esto se ve facilitado por la existencia de personal exclusivo para ERA - junto a IRA -. Sin embargo, al requerir información de los Servicios de Salud, el equipo evaluador tuvo dificultades que demuestran falencias en ámbitos de coordinación y gestión respecto a la recopilación y sistematización de información, sobre todo en lo respecta a estadísticas de producción del componente.

En los consultorios, las actividades para el equipo ERA en su conjunto están plenamente identificadas, según el estudio cualitativo³⁵⁰. Sin embargo, al interior del equipo, es decir, entre los profesionales que conforman la sala ERA, la delimitación entre las actividades que realiza cada uno no es tan clara. Lo anterior es más pertinente al caso de la enfermera.

El equipo evaluador, basado en el estudio cualitativo, considera que existe coordinación fluida entre el nivel central y los niveles locales de ejecución del componente. Se destaca especialmente la interacción entre los encargados en MINSAL y los kinesiólogos ERA a través de capacitaciones continuas³⁵¹. Sin embargo, la cadena de información no pasa por todos los niveles, ya que esta misma intensidad de interacción no se replicaría con los directores de salud comunal, en los municipios.

A nivel de consultorios, en el ámbito cualitativo estudiado no se reportaron problemas de coordinación entre los profesionales de IRA, ERA y el resto del equipo de trabajo.

Una dificultad detectada del análisis de la información cualitativa tiene relación con la rotación del personal de enfermería. Sumado a la escasez general de este profesional en el mercado, se considera que las condiciones laborales ofrecidas por el componente - bajos salarios en relación a las remuneraciones que en promedio percibe este tipo de profesional en el nivel secundario y terciario de salud, sólo 33 horas y a honorarios - impiden una mayor permanencia de las enfermeras contratadas en las salas ERA. Se sugiere evaluar la factibilidad de que la modalidad contractual otorgue mayor continuidad a los equipos de trabajo³⁵².

³⁵⁰ Al respecto, los entrevistados plantean opiniones encontradas: para algunos, las horas profesionales son tan escasas que la estricta definición de funciones permite determinar y cumplir con las labores correspondientes, así como orientar los recursos humanos y materiales hacia protocolos de tratamiento comunes; para otros entrevistados, tal limitación de actividades impide la atención - principalmente kinésica - en otras áreas de salud que requieren este tratamiento.

³⁵¹ Fuente: Municipalidad. Entrevista con informante calificado

³⁵² La información cualitativa le permitió al equipo evaluador constatar la existencia de rotación laboral al interior de los equipos profesionales de las salas. Lo anterior, se acentúa para el caso de los médicos y las enfermeras del componente ERA.

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

(a) Estructura Organizacional

El componente presenta una gestión más bien descentralizada, donde los Servicios de Salud o municipios firman convenios con prestadores privados para la toma de radiografía. Este hecho es ventajoso, ya que cada Servicio tiene la libertad de escoger al prestador y la capacidad de negociar con éste el precio de la radiografía - con un tope fijado a nivel ministerial - y, en algunos casos, beneficios adicionales.

Llama la atención el escaso conocimiento del componente en el nivel central. Aunque éste está a cargo de la Unidad Respiratoria, los encargados no mantienen ningún tipo de registros ni evaluaciones. Los principales problemas detectados apuntan a la necesidad de un mayor ordenamiento para el traspaso de recursos y a la falta de una mayor definición del periodo al que correspondería el componente - campaña de invierno o todo el año -, pero estos problemas son asociadas en parte, a que el Apoyo Diagnóstico ha comenzado a implementarse recientemente, por lo que estaría en proceso de mejoramiento.

(b) Mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades

La coordinación entre el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y municipios se da básicamente, como se mencionó anteriormente, a través de los convenios, donde se estipula la transferencia de recursos de acuerdo a la cantidad asignada y supervisión de su uso.

Según la dependencia de los consultorios - de Servicio o municipal -, son los propios Servicios de Salud o municipios los encargados de generar convenios con prestadores privados para la toma de radiografías.

Se observó un adecuado nivel de coordinación entre los distintos niveles para el desarrollo del componente.

Se debe mencionar que si bien existe claridad frente a las funciones de los diferentes actores en relación al componente, e incluso en los servicios se puede distinguir una unidad responsable claramente definida - junto con ERA e IRA - al requerir información a los Servicios de Salud, el equipo evaluador tuvo dificultades que demuestran falencias en ámbitos de coordinación y gestión respecto a la recopilación y sistematización de información.

Por otra parte, no se detectan mayores problemas en la coordinación entre municipios - o Servicios de Salud, según dependencia - y los prestadores externos a los que se compran radiografías. Existe autonomía para establecer convenios con prestadores que ofrezcan las características más adecuadas para el municipio - aspectos económicos - y para el consultorio y la población beneficiaria: rapidez en la entrega de resultados, facilidad de acceso y cercanía geográfica.

Una dificultad asociada a esta coordinación se daría en aquellas comunas que no

presentan una suficiente oferta de servicios radiológicos³⁵³.

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

(a) Estructura Organizacional

Respecto a la estructura organizacional del componente SAPU, resalta el hecho de que no se aprecia una clara identificación del personal a cargo de éste, ni a nivel central ni a nivel de Servicios de Salud. Lo anterior incide en una importante falta de cohesión vertical del componente, por cuanto los ejecutores locales del mismo - municipalidades y establecimientos - no perciben un vínculo claro con las instancias superiores en la cadena de responsabilidades³⁵⁴.

Esta falta de identificación de una entidad normativa parece incidir en la ausencia de mayores lineamientos que orienten el quehacer de los establecimientos SAPU a nivel nacional, hacia metas comunes y claramente delimitadas. En efecto, como se ha podido comprobar, aún cuando el nivel central durante los 15 años de funcionamiento del componente ha ido variando su propósito, objetivos y resultados esperados en función de su desarrollo y la contingencia, los actores a nivel de ejecución no perciben cambios de importancia a este respecto, lo que da cuenta de los deficientes mecanismos de comunicación entre las instancias centrales y locales.

La evidencia obtenida por el equipo evaluador en el estudio cualitativo indica que gran parte de las recomendaciones administrativas y de gestión que definen el quehacer de los establecimientos SAPU a través de los documentos descriptivos y manuales del componente, no son compartidas por los funcionarios que ejecutan las atenciones³⁵⁵. Lo anterior queda de manifiesto en las notorias diferencias que existen en la entrega de los servicios del componente debido a que algunos de ellos optan simplemente por no ponerlas en práctica.

(b) Mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades

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

³⁵³ Fuente: Servicio de Salud. Entrevista con informante calificado. No se cuenta con información acerca del porcentaje de comunas que presentan esta situación.

³⁵⁴ El estudio cualitativo en municipalidades y recintos SAPU permitió confirmar esta visión. Cabe señalar además que la falta de identificación del personal a cargo es compartida por algunos funcionarios de Servicios de Salud que manifestaron que su rol respecto al componente se limita al traspaso de recursos.

³⁵⁵ A lo largo del presente documento ya se han dado ejemplos de acciones que los recintos SAPU realizan pese a no pertenecer a su área específica de competencia, como el hecho de entregar órdenes para exámenes o dar recetas para retirar medicamentos del consultorio al que se encuentran adosados. A juicio de los profesionales consultados, la no realización de estas acciones puede resultar doblemente ineficiente, por cuanto hacer volver al paciente a la atención normal de consultorio sólo para obtener una receta u orden para examen eleva innecesariamente el costo de ese paciente para el sistema y a la vez puede agravar su condición de salud.

supervisión. Sin embargo, los testimonios de entrevistados avalan la idea de que algunos servicios cumplen un papel poco activo en materia de regulación³⁵⁶.

En cuanto a la coordinación que se da entre los Departamentos Municipales de Salud y el personal a cargo de la administración de los establecimientos SAPU, los casos revisados indican que es fluida. En la mayoría de los casos analizados la toma de decisiones sobre contratación de personal e insumos para el componente, que son responsabilidades municipales, suele llevarse a cabo de forma dialogada con los directores de los establecimientos o los coordinadores de SAPU.

Otra interacción de interés en la operación del componente, corresponde a la que se da entre los establecimientos SAPU y los consultorios generales a los que se encuentran adosados, en lo relativo al manejo de insumos y medicamentos. El estudio cualitativo permitió observar tanto casos en los cuales se ha constituido el establecimiento SAPU como un centro de costos separado al del consultorio, como casos en los cuales la farmacia del consultorio abastece indistintamente a uno u otro centro. En relación a estas dos lógicas de administración, se han encontrado mayores ventajas en el manejo del SAPU como un centro de costos aparte, debido a la posibilidad de llevar mejores registros contables del gasto en insumos como producto de la operación exclusiva del componente.

Una segunda posibilidad de coordinación entre SAPU y consultorio que no se ha observado en la práctica es la que concierne al manejo de sistemas de registros. Si bien el actual funcionamiento de archivos en los establecimientos SAPU obedece a la lógica de la atención de urgencia³⁵⁷, a juicio del equipo evaluador esta estrategia iría en desmedro del objetivo de contribuir al desarrollo del modelo de salud integral con enfoque en salud familiar recientemente planteado por el componente³⁵⁸. En efecto, dado que el 75% de la gente que se atiende en SAPU corresponde a demanda que proviene del mismo consultorio³⁵⁹, con el fin de tener un registro completo del historial de morbilidad de la población sería conveniente contar con un sistema unificado de archivos.

Finalmente, la necesidad de derivación de aquellos casos que presenten patologías más severas, hace necesaria la coordinación entre los recintos SAPU y otros niveles de atención de urgencia. A modo general, el estudio cualitativo indicó que la recepción y diligencia del personal de postas y hospitales hacia los pacientes trasladados es la adecuada, aunque algunas veces se producen diferencias de opinión entre el personal de los servicios de urgencia hospitalaria y el personal de SAPU respecto a la pertinencia de las derivaciones³⁶⁰.

³⁵⁶ Debido a que esta información fue obtenida a partir del estudio cualitativo, no es posible observar que porcentaje de los Servicios de Salud cumplen un rol poco activo en estas materias.

³⁵⁷ El sistema de registro mencionado corresponde a las llamadas “hojas de atención” en las cuales se registran los datos del paciente, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Sin embargo, a diferencia de las fichas que se completan en los consultorios, éstas no poseen el carácter de permanentes, por cuanto, para el caso de un paciente asiduo a SAPU, no podrá realizarse un seguimiento completo de su historial médico, constituyendo una dificultad para futuros diagnósticos y tratamientos.

³⁵⁸ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2005).

³⁵⁹ Fuente: Encuesta a beneficiarios SAPU. Evaluación en profundidad PRAPS (2004).

³⁶⁰ Para conocer detalles sobre la pertinencia de las derivaciones efectuadas desde SAPU, consultar en el capítulo de resultados intermedios, la sección nº 3.2.6.2 sobre cumplimiento de protocolos y normas técnicas del componente y Anexo 13.

Otras dificultades detectadas a este respecto, guardan relación a los aspectos operativos de las derivaciones, como el largo tiempo de retención de las ambulancias del SAPU en los hospitales con posterioridad a la llegada del paciente. Este problema se debe principalmente al hecho de que el enfermo suele ser ingresado al recinto en la camilla del vehículo que realizó la derivación y, por tanto, el chofer se ve en la obligación de esperar que éste sea atendido y diagnosticado para poder regresar con el vehículo y su camilla al SAPU de procedencia³⁶¹. Esta dificultad cobra mayor importancia en períodos de alta congestión en hospitales, en los cuales las camillas son retenidas debido principalmente a un problema de escasez en los servicios de urgencia hospitalaria. Sin embargo, el estudio cualitativo halló algunas experiencias positivas en la exploración de una coordinación más estrecha con la red de servicios de atención médica de urgencia (SAMU), con el fin de menguar el problema descrito.

2.2. Criterios de focalización y selección de beneficiarios

2.2.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

En el caso del Fondo de Incentivo, las líneas de acción analizadas - salvo el alta odontológica total - no presentan criterios de focalización, lo que resulta adecuado dado que éstas están orientadas a mejorar la gestión de los establecimientos de Atención Primaria, lo que debe favorecer a toda la población beneficiaria del sistema público de salud.

Sólo la línea odontológica está dirigida a un grupo específico: ésta se orienta a la atención en niños de 6 y 12 años, dentro de este grupo no existe un criterio para priorizar establecido desde el nivel central, tampoco parece existir en los niveles locales³⁶². Esto dificulta una comparación entre los resultados obtenidos por diferentes consultorios, por ejemplo puede darse que un establecimiento de atención primaria priorice a aquellos niños que presenten un daño mayor, lo que implica destinar más tiempo y recursos a la atención del niño y, por ende, más dificultad de cumplir con la meta que aquellos consultorios que priorizan con un criterio diferente.

Se debe considerar que a los 6 años el niño inicia la dentición mixta, siendo necesario un diagnóstico oportuno que permita planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación y la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal. Mantener las piezas dentarias temporales sanas disminuye el riesgo de patologías de difícil resolución, alto costo y altamente demandada por la población una vez instalada. A los 12 años los escolares completan su dentición definitiva y alcanzan un grado de desarrollo emocional y cognitivo que permite aplicar estrategias

³⁶¹ La consecuencia de este problema es grave por cuanto, en ocasiones, los recintos SAPU deben retrasar las derivaciones de otros pacientes o bien hacerlas en vehículos particulares no habilitados para tales efectos, con lo cual se está poniendo en riesgo la integridad física del paciente. Lamentablemente, como esta información fue obtenida a partir del estudio cualitativo, no es posible conocer en qué porcentaje de SAPU a nivel nacional ocurre este problema.

³⁶² En base a entrevistas realizadas en los establecimientos de atención primaria.

promocionales, preventivas y recuperativas. La mantención saludable de la dentición definitiva es fundamental para el funcionamiento básico de las estructuras bucales, tales como la masticación, salivación, deglución, fonación y la necesidad de establecer relaciones sociales armoniosas³⁶³.

En base a los antecedentes, el equipo evaluador considera pertinente la focalización de la atención odontológica en niños de 6 y 12 años para mantener una buena salud bucal.

En cuanto a la selección de beneficiarios, ésta es poco clara y difiere significativamente entre los establecimientos de atención primaria. En algunos casos existe una coordinación con los establecimientos educacionales de la comuna o con los módulos establecidos de la JUNAEB. También se ha mencionado que son los mismos odontólogos del consultorio quienes se encargan de ubicar a los pacientes según los registros de niños de 6 y 12 años inscritos; o cuando acuden al consultorio por un motivo diferente a una consulta dental, son derivados a ésta por el médico tratante. Además, se da el caso de que el niño acuda de manera espontánea.

Cabe mencionar que evaluar como adecuado o no los criterios de focalización de un componente que no presenta estabilidad en el tiempo, considerando que las líneas de acción consideradas en este estudio no forman parte del Fondo de Incentivo actualmente, no resulta factible ni pertinente. No existe un criterio de focalización que perdure en el tiempo, independiente de las acciones a incentivar.

2.2.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

Como se señaló en el capítulo descriptivo, los criterios de focalización del componente Odontológico se resumen en: hombres y mujeres entre 18 y 55 años, de escaso nivel de escolaridad, que se encuentran bajo la línea de la pobreza, jefes y jefas de hogar, principalmente pertenecientes a familias de Chile Solidario.

En relación a los procedimientos concretos de selección de beneficiarios, éstos se diferencian entre los que se llevan a cabo a nivel municipal³⁶⁴ y los que se realizan en los mismos establecimientos de atención.

En relación a los primeros, según se pudo constatar, el único criterio que se aplica de manera homogénea entre los municipios consultados es la focalización sobre los beneficiarios de Chile Solidario. Sin embargo, aún cuando prácticamente la totalidad de los casos reportó que se intenta priorizar a este grupo, también se reconoce que existen muchos impedimentos administrativos para hacerlo, debido a la dificultad de contar a nivel comunal con listados definitivos y de buena calidad de las familias de Chile Solidario³⁶⁵. Estas dificultades se acrecientan cuando se trata del caso de ejecución del componente en establecimientos de dependencia directa a Servicios de Salud, puesto que se complica el acceso a estos listados.

³⁶³ Información entregada por encargado de la línea de acción odontológica en el Ministerio de Salud.

³⁶⁴ En el caso de que se trate de establecimientos de salud no municipalizados, el Servicio de Salud es quien asume este rol.

³⁶⁵ Fuente: Municipalidades: Entrevistas con informantes calificados

Otras trabas asociadas a la focalización sobre los beneficiarios de Chile Solidario que fue posible detectar a través del estudio cualitativo se refieren a la dificultad de conseguir que un alto porcentaje de las altas odontológicas recaiga sobre ellos, debido al menor nivel de compromiso de este tipo de paciente con el tratamiento y a una mayor tendencia al abandono con anterioridad al alta odontológica³⁶⁶.

Por otra parte, tal como se señaló en la evaluación de diseño, el proceso de selección de beneficiarios a nivel municipal, además de priorizar la elección de beneficiarios de Chile Solidario, también preferencia el ingreso de mujeres de programas del SERNAM y de hombres cesantes registrados en las listas de OMIL. Esta estrategia evidentemente requiere de una compleja coordinación interna entre todas estas entidades, la que se resuelve en cada municipio de forma particular³⁶⁷. Sin embargo, el estudio cualitativo permitió detectar que tras la dilución parcial del vínculo antes exclusivo entre SERNAM y el Componente Odontológico, se originaron, en la mayoría de los municipios analizados, algunos retrocesos en materias de organización y producción, tanto en aspectos de eficacia - en el correcto reconocimiento de beneficiarios potenciales - como de eficiencia - en el mayor costo que significa la coordinación de las entidades involucradas -³⁶⁸.

Otra dificultad bastante extendida entre los municipios a este respecto es que el número de beneficiarios objetivo que proviene de estas listas municipales, en suma a los beneficiarios de Chile Solidario, no suele ser suficiente para completar la meta de altas integrales, por lo que la fracción restante debe ser obtenida desde la atención odontológica habitual en consultorio, listas de espera por atención dental o registros de inscritos en cada establecimiento. En estos procedimientos de elección, se aprecia un alto grado de discrecionalidad y discordancia respecto a los criterios de focalización ya expuestos.

Por ejemplo, en relación a la edad de los potenciales beneficiarios, el estudio cualitativo permitió observar que no existe completa claridad de los criterios de selección por parte del personal a cargo de la focalización del componente. En efecto, al consultar por la edad requerida para calificar como beneficiario potencial, se reportaron tramos que varían entre los 15 y los 70 años³⁶⁹.

Respecto a la condición socioeconómica de los potenciales beneficiarios, en algunos casos se señaló que se intenta enfocar el componente hacia personas de escasos recursos inscritas en el consultorio, que se encuentren en lista de espera por atención dental. Por tanto, la selección de beneficiarios queda a cargo del asistente social del establecimiento junto al odontólogo. En otros casos, dada la dificultad en el acceso a datos socioeconómicos confiables de los pacientes, se reconoce que se intenta privilegiar sólo a la gente que proviene de FONASA A o B, salvo excepciones muy justificadas³⁷⁰.

³⁶⁶ Cabe señalar que esta visión se encuentra bastante extendida entre actores a nivel de Servicios de Salud, municipios y consultorios.

³⁶⁷ Los municipios consultados fueron claros en señalar que en primer término se intenta privilegiar el ingreso al componente de personas provenientes de las listas de Chile Solidario y en segundo término se accede a las listas de las oficinas de SERNAM y OMIL para encontrar otros posibles beneficiarios.

³⁶⁸ Fuente: MINSAL, Servicios de Salud, municipios: entrevistas con informantes calificados. Para un mayor detalle sobre estos puntos, consultar capítulo de evaluación de gestión, sección 2.2.2.

³⁶⁹ Fuente: Municipalidades y consultorios: Entrevistas con informantes calificados.

³⁷⁰ Fuente: Consultorio. Entrevista con informante calificado.

Cabe hacer notar que los criterios “bajo nivel de escolaridad” y “bajo la línea de la pobreza” no fueron mencionados en ningún establecimiento consultado.

En algunos recintos, también se señalan criterios de focalización de tipo sanitarios, como número de piezas totales faltantes, número de piezas delanteras faltantes o número de piezas caridadas. En estos casos, la selección está completamente a cargo del odontólogo³⁷¹.

Otros criterios mencionados por el personal a cargo de la selección de beneficiarios son antigüedad en la lista de espera por atención dental habitual del consultorio y, en algunos otros casos, la severidad del daño dental de los pacientes como criterio de exclusión³⁷². Lo anterior permite notar que el grado de heterogeneidad entre diferentes establecimientos es de tal dimensión que podría darse la paradoja de que una característica determinante en la elección de un paciente en un municipio, originara su rechazo en otro.

En suma, se puede concluir que si bien los criterios de focalización que entrega el programa guían a grandes rasgos la selección de beneficiarios a nivel comunal o de establecimientos, muchas veces no son aplicados tanto por razones de desconocimiento, como por la dificultad de acceder a la información que éstos señalan.

Finalmente, es preciso hacer un alcance respecto a las consideraciones de género en la focalización del componente, por cuanto se ha detectado que tras la introducción de hombres a la población potencial, el público beneficiario ha continuado siendo mayoritariamente femenino³⁷³. Pese a que a juicio de los actores involucrados el componente despierta un menor interés en la población masculina³⁷⁴, el hecho de que la nueva estrategia de focalización esté dirigida a hombres y mujeres por igual, y que durante el período en que sólo se benefició a mujeres se obtuvieron avances importantes en la cobertura dental de dicho segmento, da cuenta de una situación de desequilibrio que el componente que no se ha logrado revertir. Desde la perspectiva del equipo evaluador, esta falencia en la capacidad de localización e ingreso de beneficiarios hombres al componente cobra especial importancia desde la perspectiva de que, como se vio en el capítulo descriptivo, éstos constituyen el grueso de la población potencial del componente.

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

La población a la que está dirigido el componente corresponde a niños y jóvenes menores de 19 años, siendo éste el principal criterio de selección de beneficiarios. En general, lo que ocurre en la práctica, es que las salas IRA no tienen rechazo, por lo que

³⁷¹ Fuente: Municipalidades: Entrevistas con informantes calificados.

³⁷² En algunos recintos se mencionó que debido al sistema de pago que presenta el componente, es preciso seleccionar algún número de personas que no presenten un daño dental tan severo (para más detalles sobre este punto consultar sección 2.3.2). Por otro lado, también se mencionó que la conveniencia de buscar pacientes más sanos obedece a la intención de que sólo ingresen al componente aquellos que tengan posibilidades de quedar realmente bien después del tratamiento.

³⁷³ En efecto, la información entregada por MINSAL para el año 2003 da cuenta de que el 30,05% de los beneficiarios efectivos del componente fueron hombres. Para más detalles, consultar sección de producción, tabla 3.1.1.14.

³⁷⁴ En efecto, de acuerdo a la opinión de informantes calificados a nivel de municipalidades y consultorios, el componente no atrae mayormente a la población masculina debido a su menor disponibilidad de tiempo y a su escaso interés en aspectos estéticos.

se atiende a todos los pacientes dentro del rango de edad establecido. Sin embargo, prioriza la atención en niños menores de un año debido a que corresponden a un grupo de mayor riesgo dentro de la población potencial.

Los beneficiarios pueden ser derivados desde hospitales, SAPU o a través del médico general o pediatra del consultorio.

Al respecto, el equipo evaluador considera que el criterio de focalización es, desde el punto de vista epidemiológico, el correcto.

2.2.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

El componente ERA da prioridad a los adultos mayores de 65 años debido a que corresponden a un grupo de mayor riesgo dentro de la población potencial. Sin embargo, no se excluye la atención a personas de menor edad, en algunos casos, se atiende a pacientes que van desde los 45 años, y en otros, desde los 18 o 20 años. En la práctica este criterio es flexible y depende de la capacidad de oferta de las salas ERA y de la cantidad y composición etárea de la demanda. Lo anterior se traduce en que las salas ERA no tienen rechazo y se permite entregar tratamientos respiratorios a la población que no es cubierta por el componente IRA.

Los beneficiarios pueden ser derivados desde hospitales, SAPU o a través del médico general del consultorio.

Al igual que en IRA, el equipo evaluador considera que el criterio de focalización es, desde el punto de vista epidemiológico, el correcto.

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

El componente prioriza la toma de radiografías en niños menores de un año y adultos mayores de 65 años. Esta medida es adecuada si se considera que esta población es la que tiene mayor riesgo vital ante la presencia de enfermedades respiratorias, además coincide con el criterio de focalización de las salas ERA e IRA, lo que muestra una estrategia congruente por parte de la Unidad de Enfermedades Respiratorias del Ministerio de Salud. Por lo tanto, al igual que en el caso de los componentes ERA e IRA, el equipo evaluador considera que el criterio escogido en el nivel central es, desde el punto de vista epidemiológico, el correcto.

Es posible apreciar que en algunos casos, se utilizan otros criterios de selección adicionales a la edad, que incluyen historia clínica del paciente, patología, y necesidades detectadas a nivel local. En ocasiones se da preferencia a pacientes de salas IRA y/o ERA, aún cuando se indica que no es exclusivo y que pueden ser derivados otros pacientes no beneficiarios de estas salas. Asimismo, el trabajo en terreno arrojó que los recursos sobrantes han sido utilizados para realizar radiografías distintas a las de tórax. Esta situación es conocida por los encargados del componente en el Ministerio, sin embargo señalan que no ocurre con frecuencia, sólo son hechos aislados. Al respecto, el equipo considera que una vez asignado los recursos según el número de radiografías de

tórax proyectado por comuna y dado que los recursos sobrantes no son devueltos al nivel central, resulta adecuado darles un uso alternativo como es la toma de otros exámenes radiológicos, sin embargo esto lleva a pensar que en algunos casos es necesario revisar la proyección del número de radiografías de tórax en base a la cuál se entregan los recursos y realizar los ajustes pertinentes.

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

Los SAPU no generan rechazo de pacientes y no existen prácticas de selección de beneficiarios susceptibles a ser evaluadas³⁷⁵. Sin embargo, es posible señalar que el universo de beneficiarios varía en las distintas comunas de acuerdo a sus características. Por ejemplo, se ha observado que a mayor número de recintos SAPU existentes en la comuna y a mayor cercanía del establecimiento a centros de atención de urgencia hospitalaria, la población atendida en SAPU tiende a asemejarse a la población inscrita en el consultorio adyacente. En otros casos, la población atendida se relaciona más al universo total de la comuna, e incluso de otras comunas que no cuentan con atención de urgencia o cuentan con una atención de menor calidad debido a la falta de recursos municipales para destinar al componente³⁷⁶.

2.3. Criterios de Asignación de Recursos, Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

Esta sección también se basa en el análisis de documentos oficiales e investigación cualitativa. Adicionalmente, con la finalidad de emitir un juicio - respaldado en análisis cuantitativo - de la pertinencia de los criterios de asignación de recursos a nivel regional (entre Servicios de Salud), se indagó si dicha distribución era consistente con respecto a un *benchmark* del sector, es decir, a los criterios de asignación del per cápita en APS, que entrega recursos según la cantidad de población inscrita en consultorios e indicadores de vulnerabilidad socioeconómica comunal (tales como pobreza y ruralidad)³⁷⁷.

La variable dependiente, en todos los modelos de correlación estimados, corresponde al presupuesto asignado al Servicio de Salud para el componente en el año 2003. Las variables “explicativas” se clasificaron, según los fines del estudio, en dos categorías: aquellas referidas al gasto rezagado (o “temporales”) y las que aluden a dimensiones demográficas y socioeconómicas (población, total de inscritos en consultorios, educación y pobreza). Las estimaciones se realizaron, en primer lugar, correlacionando el gasto de un componente en los Servicios de Salud con las variables de la primera categoría, para detectar la presencia de algún tipo de inercialidad del gasto, y seleccionar al mejor regresor (el de mayor significancia estadística). Es decir, las

³⁷⁵ La pertinencia de esta ausencia de criterios de selección ya fue analizada anteriormente. En casos de congestión, un servicio de urgencia puede priorizar pacientes de mayor gravedad, siendo este criterio clínico de selección el único aceptable.

³⁷⁶ Fuente: Municipalidades. Entrevistas con informantes calificados

³⁷⁷ Como se verá más adelante, en todos los componentes del PRAPS, la asignación por Servicio de Salud en 2003 está correlacionada con el monto de recursos de años anteriores y/o el total de población inscrita en el consultorio, y no necesariamente con variables socioeconómicas.

variables X “compiten” entre sí. En segundo orden, se correlacionó la variable dependiente con las dimensiones poblacionales y socioeconómicas, de modo que nuevamente se identifican los mejores regresores de esta estimación. Finalmente, se presenta un modelo con las variables explicativas que fueron los mejores regresores en cada una de las estimaciones anteriores. Así, al comparar los mejores regresores de tipo inercial con los mejores entre las variables demográficas y socioeconómicas, se indaga si el factor de gasto histórico es más relevante que las consideraciones de tipo poblacional y socioeconómico que se utilizan en el sistema per cápita de asignación de recursos para la atención primaria municipal. Los resultados completos se encuentran en el Anexo 2.

2.3.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

Como se mencionó anteriormente, la transferencia de recursos está dividida en dos etapas: un 30% como pre-incentivo para el apoyo de la implementación de las metas, y el 70% restante como incentivo para el mejoramiento del entorno laboral. La entrega del pre-incentivo y del incentivo se realiza según los convenios firmados entre los Servicios de Salud y los municipios (de acuerdo al tipo de dependencia). Lo anterior no genera controversias entre los entrevistados, no obstante, otros aspectos presentan mayor variabilidad - por ejemplo, la modalidad de pago del incentivo -.

En cuanto al pre-incentivo, los Servicios de Salud son los encargados de distribuirlo entre las comunas según los compromisos de gestión asumidos por cada una, o de acuerdo a criterios como número de consultorios y monto per cápita de cada uno. Como se mencionó anteriormente, el problema con el pre-incentivo radica en que no existe correspondencia entre el aumento de exigencias de un año a otro - líneas de acción con costos de implementación más altos - y el aumento de recursos traspasados, lo que genera desincentivos a firmar convenios y llevar a cabo las mejoras en gestión necesarias en los establecimientos de Atención Primaria.

Además del 30% establecido por el componente, algunos Servicios y municipios entregan recursos adicionales para asegurar el cumplimiento de las metas³⁷⁸. El pre-incentivo es utilizado de manera adecuada, para la implementación de las líneas de acción, para compra de insumos, servicios y/o contratación de personal.

Sobre la asignación del 70% que constituye el incentivo, se aprecia una mayor heterogeneidad. El trabajo en terreno mostró que para determinar su distribución entre comunas y consultorios, algunos Servicios de Salud o municipios entregan el incentivo según el porcentaje de logro de las metas pactadas. En menor medida, el incentivo es distribuido entre los consultorios según la cantidad de inscritos que tiene cada uno³⁷⁹. Al respecto, el equipo considera que la lógica del incentivo se pierde y el componente no cumple su objetivo, ya que no existe correspondencia entre cumplimiento y monto recibido.

³⁷⁸ No se cuenta con información del total de comunas que entregan recursos adicionales al componente, ni del monto de dichos aportes.

³⁷⁹ No se cuenta con información acerca del número de Servicios de Salud que entregan el Incentivo según meta pactada y los que lo hacen según número de inscritos.

Respecto al uso que se le da al incentivo (70%), existe coincidencia en cuanto a que debe dirigirse en beneficio de los funcionarios de Atención Primaria. Pero la ausencia de una definición de “entorno laboral” se traduce en una diversidad de opiniones sobre su uso concreto. Lo que puede ser aceptado en algunos establecimientos como mejora del entorno laboral, como la distribución de vestimenta de trabajo, está prohibido en establecimientos que dependen de un Servicio de Salud diferente.

La principal dificultad asociada a este proceso es la demora en el traspaso de los recursos producto del atraso en la firma de convenios. Esto dificulta el adecuado funcionamiento del componente si se considera que las metas deben cumplirse en un plazo fijado con anterioridad - septiembre de cada año -.

Como ya se dijo, con el fin de distinguir posibles determinantes de la asignación de recursos del componente y compararlos con los criterios usados en el mecanismo de pago per capita en la APS, se especificaron modelos estadísticos³⁸⁰ que estudian la correlación del monto asignado anualmente a cada Servicio de Salud en función de variables socioeconómicas y poblacionales. Asimismo, se probó una especificación “autoregresiva” para el monto asignado durante 2003, respecto a los cuatro años anteriores³⁸¹.

De este análisis es posible extraer que las variables socioeconómicas (desempleo, educación y pobreza) no influyen sobre el monto traspasado anualmente a los Servicios de Salud. De igual forma, la variable población al interior del Servicio de Salud tampoco ejerce un efecto significativo. Las variables que exhiben tener una mayor influencia sobre la asignación de los recursos son el número de inscritos en establecimientos de atención primaria y algunas de las variables rezagadas.

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

2.3.2 Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

Como ya se señaló en el capítulo anterior, la asignación de los recursos desde el Ministerio de Salud hacia los Servicios de Salud se realiza en función de un número de altas odontológicas y prótesis por comuna previamente determinado. De igual forma, los Servicios de Salud transfieren los recursos a municipios, quienes deciden cómo se distribuyen los recursos entre los lugares de atención³⁸². De acuerdo a lo apreciado en el estudio cualitativo, para esta distribución se consideran factores como población inscrita y listas de espera para atención dental.

³⁸⁰ Debido a que la información socioeconómica de los Servicios de Salud fue extraída de la encuesta CASEN, sólo se tienen datos para los años en que ésta fue realizada. Por tanto, sólo se modeló el monto asignado durante 2000 y 2003. Esta observación es extensible a los seis componentes bajo evaluación.

³⁸¹ Ver anexo 2, tablas 1.1; 1.2 y 1.3

³⁸² En el caso de salud primaria no municipalizada, esta decisión recae en manos del Servicio de Salud.

En general se aprecia que el proceso de asignación de un precio unitario anual al alta odontológica y a la prótesis se lleva a cabo de manera transparente y negociada entre el nivel central y los municipios. Este aspecto es positivo, por cuanto considera las características regionales de oferta y demanda en la fijación de los valores referenciales. Asimismo se pudo observar que aumenta la satisfacción del personal a nivel local, puesto que no promueve una visión autocrática sobre la toma de decisiones del componente.

En relación a los criterios de elección de comunas o regiones beneficiarias, no se encontró evidencia de que exista un criterio técnico establecido y aplicado de manera regular, sino que más bien las comunas postulan y, si acreditan contar con los requerimientos físicos y profesionales para la ejecución del componente, quedan a la espera de recursos.

Por otra parte, el hecho de que la transferencia de recursos está dividida en cuotas³⁸³, en función del cumplimiento de metas de altas odontológicas, se aprecia como un elemento positivo desde la perspectiva de que contribuye a que los establecimientos prioricen la realización de las altas odontológicas del componente desde el momento en que reciben la primera cuota. En general, se pudo apreciar que los funcionarios a cargo del componente a nivel local perciben que si no cumplen con los porcentajes de altas estipuladas en las fechas de corte, es posible que sufran recortes en la última cuota, o bien en los montos transferidos para el próximo año³⁸⁴. Por tanto, se puede afirmar que el hecho de ligar nuevos recursos a resultados, cumple con el objetivo de ser un incentivo a la eficacia del componente.

No obstante, se pudieron observar ciertas dificultades en el proceso de traspaso y asignación de recursos. Éstas se refieren a atrasos en la firma de convenios, que demoran el envío de la cuota inicial de operación del componente e impiden comenzar la operación de éste a principio de año. Dicha situación es especialmente problemática debido a que el cumplimiento de metas requerido en las evaluaciones periódicas no considera si el resultado se vio afectado por retrasos en la transferencia de la primera cuota de recursos³⁸⁵. Además, el hecho de tener que cumplir con las metas en períodos de tiempo reducidos va en desmedro de la calidad del servicio entregado.

Respecto a la pertinencia del traspaso de un monto único por concepto de alta odontológica, cabe mencionar que se ha encontrado cierta evidencia respecto a que este modelo de pago puede inducir a la selección de pacientes con un daño dental menor. En efecto, tal como se mencionó en el análisis de focalización, el estudio cualitativo halló que en algunas comunas la modalidad de pago único por paciente motiva la elección de algunos beneficiarios más bien sanos, de modo tal que el riesgo de éstos compense el riesgo de aquellos con mayor severidad en daño dental.³⁸⁶ Por tanto, aun cuando este mecanismo de pago pueda ser eficiente en la contención de costos y en la eliminación

³⁸³ Principalmente, se plantea que son dos, cada una de 50% del total de los recursos, pero también hay municipios que mencionan cuotas mensuales.

³⁸⁴ Fuente: Municipalidades. Entrevistas con informantes calificados

³⁸⁵ De acuerdo a las opiniones recogidas a nivel municipal y de Servicios de Salud, el problema del retraso en la firma de convenios se volvió especialmente grave desde que el componente Odontológico se insertó en el Programa de Aumento de la Resolutividad en la atención primaria, como parte de la implementación del AUGE. El hecho de que el convenio comprenda un mayor número de estrategias de diverso alcance, aumenta el tiempo necesario para su revisión y aprobación en todos los niveles.

³⁸⁶ De lo contrario, de acuerdo a las opiniones obtenidas, se dificulta la posibilidad de encontrar un odontólogo dispuesto a efectuar las altas dentales por el precio fijado por el componente.

del incentivo a la inducción de demanda por parte del prestador³⁸⁷, puede a la vez constituir un estímulo a una deficiente focalización.

Por otra parte, respecto a la contribución de recursos municipales para la ejecución del componente, si bien en el estudio cualitativo se encontraron opiniones divergentes sobre la suficiencia del monto traspasado por cada alta odontológica y prótesis³⁸⁸, a nivel general se detectó que los aportes adicionales suelen utilizarse para ampliar la cobertura, y no para aumentar el pago por alta odontológica³⁸⁹.

Finalmente, se especificaron algunos modelos empíricos con el fin de establecer correlaciones entre los montos traspasados al componente y ciertas variables explicativas a nivel de Servicios de Salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el modelo autoregresivo halló una correlación importante entre el monto asignado a los Servicios de Salud y el monto asignado durante el año inmediatamente anterior. Asimismo, la variable correspondiente al número de inscritos en establecimientos de atención primaria reportó un impacto significativo y positivo sobre el nivel de recursos con que cuenta cada Servicio de Salud. Dentro de las variables socioeconómicas, la única que reporta una correlación positiva con la cantidad de recursos traspasados es la tasa de desocupación al interior del Servicio de Salud, sin embargo cabe señalar que ésta se debió considerar con un rezago de tres años³⁹⁰.

Por tanto, se concluye que los fondos asignados a los Servicios de Salud por concepto del componente Odontológico, responden a criterios inerciales y a la lógica de asignación por población inscrita en establecimientos de atención primaria³⁹¹.

2.3.3. Componente Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

Los recursos que entrega el componente son transferidos a los Servicios de Salud a través de dos mecanismos. Para el financiamiento de horas profesionales (médico y kinesiólogo), se entregan los fondos determinados para el pago de honorarios; en tanto que desde el nivel central se adquieren y asignan los medicamentos para cada sala. Sin embargo, en algunos casos, el Servicio de Salud redistribuye los fármacos según las particularidades y necesidades de cada sala IRA y cada Servicio de Salud.

Respecto a los recursos para la contratación de profesionales, cada sala viene con un monto asignado de acuerdo a cargos profesionales que los municipios no pueden modificar ni redistribuir. Esto representa, muchas veces, un problema para las comunas

³⁸⁷ La inducción de demanda se da típicamente en las modalidades de pago asociadas al número de horas trabajadas, en vez de productos esperados. El hecho de que se compense por horas invertidas en cada paciente puede influir en que los profesionales se excedan en el número de servicios entregados a los pacientes, más allá de lo necesario.

³⁸⁸ Fuente: Municipalidades. Entrevistas con informantes calificados.

³⁸⁹ Una opinión bastante generalizada que se detectó a través del estudio de casos es que el componente se encuentra subsidiado por la buena disposición y voluntad de los odontólogos que aceptan realizar el servicio por una tarifa mucho menor a la de mercado para este tipo de pacientes.

³⁹⁰ La razón de este rezago es que no se cuenta con información socioeconómica de periodicidad anual al interior de los Servicios de Salud, debido a que ésta es extraída de la encuesta CASEN, la cual se realiza cada dos o tres años.

³⁹¹ Ver anexo 2

ya que se rigidiza en extremo su presupuesto y no les deja ningún espacio de gestión que pudiera optimizar el uso de los recursos transferidos por el componente. Además, los profesionales de las salas reciben instrucciones desde el nivel central de realizar labores exclusivamente de índole respiratorio, lo que también trae complicaciones, en el mismo sentido, a los municipios y establecimientos. Cabe señalar que en terreno se constató que, en algunos casos, los profesionales apoyaban - por iniciativas propias de los mismos o de las comunas - a los equipos de los consultorios en áreas distintas, pero este comportamiento constituye una excepción a la regla, de acuerdo al análisis de la información cualitativa.

Los encargados del componente en el nivel central, indican que el criterio utilizado para la asignación de recursos destinado a salarios se obtiene a partir del cálculo del costo unitario profesional, considerando diez años de experiencia y equivalente a un 10% más de lo que ganaría por el mismo tiempo si estuviera en el sistema hospitalario. Sin embargo, si bien estos recursos son transferidos exclusivamente para salarios, no significa que las remuneraciones queden estrictamente fijadas, ya que varios municipios pagan un mayor salario con recursos propios. Esto debido a que las horas profesionales consideradas serían insuficientes para cubrir las necesidades de atenciones respiratorias. Así, los montos prefijados por el nivel central constituyen un piso respecto de los salarios que finalmente reciben los profesionales que forman parte de los equipos IRA. No obstante, en terreno el equipo evaluador recibió testimonios de que esta característica puede traer problemas a los municipios, ya que en comunas de escasos recursos los salarios considerados por el nivel central para los profesionales IRA superan los salarios que según las remuneraciones de planta y la carrera funcionaria, reciben otros profesionales del mismo perfil técnico-profesional de los consultorios, creándose un foco de desigualdad al interior de los establecimientos.

Al respecto y basado en todo lo señalado anteriormente, el equipo considera que tanto los montos de las remuneraciones de los profesionales como las modalidades de pago, actualmente boletas de honorarios profesionales, debieran corresponder y coincidir con las políticas que los municipios aplican a toda la atención primaria que administran, esto es, rigiéndose por el Estatuto de Atención Primaria.

Por su parte, los insumos (medicamentos, oxígeno, entre otros) son asignados en función del número de salas, y adquiridos por el Ministerio de Salud centralizadamente. Para esto, la unidad central del componente tiene un modelo fijo, que asigna una cantidad promedio determinada de medicamentos por consultorio de acuerdo a la población inscrita total. Tanto los recursos para salarios como los medicamentos e insumos son asignados según el número de salas y traspasados desde el Ministerio de Salud a los Servicios de Salud. De esta forma, existe una cantidad fija promedio correspondiente para cada sala IRA. A nivel de Servicio, se redistribuyen estos recursos de acuerdo a criterios locales y realidades particulares de cada municipio: población, riesgo, pobreza. Los fármacos son distribuidos directamente por el laboratorio, con supervisión de la unidad central del componente. Respecto a lo anterior, el equipo evaluador considera que el criterio de compra y asignación de medicamentos no debiera estar asociado al número de salas IRA, sino a población, riesgo, y/o pobreza, es decir, incluir inicialmente estos factores en los costos, y no fijar un costo unitario promedio por sala.

Los recursos son traspasados mensualmente vía convenio, tanto del Ministerio de Salud a los Servicios de Salud, como desde éstos a los municipios. Respecto a la transferencia de recursos para remuneraciones e insumos, se constata en diversas entrevistas que éstos no tienen mayores atrasos durante el año, a excepción de los primeros meses cuando se retrasa la firma de los convenios.

Resumiendo, y fundado en todo lo anteriormente señalado, se considera que tanto las modalidades de pago al personal como los criterios de asignación y transferencia de recursos son optimizables en su diseño y gestión.

En relación a los determinantes de la asignación de recursos al interior de los Servicios de Salud, al igual que para los demás componentes, se especificaron modelos estadísticos multivariados que permitieron encontrar correlaciones entre los montos anuales traspasados y ciertas variables explicativas.

Al respecto, al analizar la distribución de recursos durante 2003, se aprecia una correlación positiva y significativa respecto a los dos años anteriores.

Por otra parte, la especificación que incluye regresores poblacionales y socioeconómicas reporta una correlación positiva y significativa entre la magnitud del traspaso y las variables tasa de desocupación y población inscrita en establecimientos de atención primaria al interior de los Servicios de Salud³⁹². No obstante, al incluir en el mismo modelo estas variables, junto con el primer rezago del monto traspasado, correspondiente al año 2002, su impacto deja de ser significativo a un 90% de significancia.

Con lo anterior se concluye que la asignación de recursos del componente IRA obedece a una lógica fundamentalmente histórica³⁹³.

Tal como se señala en el capítulo de descripción del programa, no hay claridad en cuanto a cuáles son los criterios que se evalúan en la unidad responsable y qué ponderación tiene cada uno para decidir en qué establecimiento se instalarán las salas nuevas (recursos de expansión). Este hecho es considerado perjudicial y negativo por el equipo evaluador, ya que, una percepción más clara por parte de los Servicios de Salud y los municipios de los criterios que se utilizan y el orden de importancia de cada uno de ellos les permitiría fundamentar mejor sus necesidades locales y la urgencia de cada uno por contar con una sala IRA adicional. Por otro lado, este hecho también contribuiría a transparentar la gestión de los recursos por parte de la unidad central.

2.3.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

La transferencia de recursos del componente ERA sigue la misma estructura que en el componente IRA. Es decir, firmados los convenios respectivos, los recursos son traspasados a los Servicios de Salud a través de dos mecanismos: para el financiamiento de horas profesionales (médico, kinesiólogo, y enfermera), se entregan los fondos determinados para honorarios, en tanto que desde el nivel central se adquieren y

³⁹² Es importante señalar que la tasa de desocupación a la que se hace referencia corresponde a la del año 2000, en circunstancias de que la variable de gasto explicada corresponde al año 2003.

³⁹³ Ver anexo 2.

distribuyen los medicamentos previamente designados para cada sala, ya sea a los Servicios de Salud o a los consultorios directamente, según sea el caso.

La misma similitud entre los componentes IRA y ERA se da con los criterios de asignación de recursos, determinando un monto fijo para honorarios profesionales, y una cantidad de insumos y medicamentos asignados para cada sala ERA. En general, es el propio Servicio de Salud el que determina dónde es necesario implementar una nueva sala ERA.

Por otra parte, de la investigación del equipo se extrae que la entrega de recursos se ha visto atrasada en algunas ocasiones, por demoras en la firma de convenios, pero esto no genera mayores inconvenientes debido a que existe seguridad sobre la continuidad del componente. Sin embargo, cuando las salas ERA son implementadas por primera vez, sí se producen retrasos en la ejecución del componente y la entrega de los servicios, al retrasarse las transferencias de recursos.

Debido a lo anteriormente señalado y a que básicamente la situación del componente ERA es análoga a lo que ocurre en IRA, las observaciones del equipo evaluador al respecto son las mismas, es decir, una extrema rigidez en el uso de los recursos tanto físicos como humanos, contribuyendo a dificultar la gestión de la salud primaria por parte de los directores de salud comunal en los municipios, además de la falta de consideración de variables demográficas y socioeconómicas en la proyección de los costos de los medicamentos. Por otro lado, también se repiten las falencias de índole contractual entre el personal de los equipos de profesionales ERA. El equipo considera que tanto los montos de las remuneraciones de los profesionales como las modalidades de pago, actualmente boletas de honorarios profesionales, debieran corresponder y coincidir con las políticas que los municipios aplican a toda la atención primaria que administran, esto es, rigiéndose por el Estatuto de Atención Primaria. Por lo tanto, se considera que tanto las modalidades de pago al personal como los criterios de asignación y transferencia de recursos son optimizables en su diseño y gestión.

Finalmente, al realizar un ejercicio empírico con el fin de hallar los determinantes de la asignación de recursos del componente ERA, al utilizar como variable explicada el monto traspasado a los Servicios de Salud durante 2003, se encontró una correlación positiva y significativa entre ésta y el monto asignado en el año inmediatamente anterior.

Por otra parte, dentro de los regresores poblacionales y socioeconómicos que se incluyeron en el modelo, el único que reportó una correlación significativa respecto a la variable dependiente fue el número de inscritos en establecimientos de atención primaria al interior del servicio del Servicio de Salud.

Por tanto, se concluye que la asignación de recursos del componente ERA responde a criterios históricos y de volumen de beneficiarios inscritos en atención primaria³⁹⁴.

Tal como se señala en el capítulo de descripción del programa, no hay claridad en cuanto a cuáles son los criterios que se evalúan en la unidad responsable y qué ponderación tiene cada uno para decidir en qué establecimiento se instalarán las salas

³⁹⁴ Ver anexo 2, tablas 4,1 y 4.2

nuevas (recursos de expansión). Análogo a la situación del componente IRA, éste hecho es considerado perjudicial y negativo por el equipo evaluador, ya que, una percepción más clara por parte de los Servicios de Salud y los municipios de los criterios que se utilizan y el orden de importancia de cada uno de ellos les permitiría fundamentar mejor sus necesidades locales y la urgencia de cada uno por contar con una sala ERA adicional. Por otro lado, este hecho también contribuiría a transparentar la gestión de los recursos por parte de la unidad central.

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

Los criterios de asignación de recursos son poco claros. Si bien se ha mencionado que se consideran criterios poblacionales, demográficos, epidemiológicos, entre otros, no se explicita como se calcula ni las ponderaciones de cada uno de estos factores.

En un comienzo el componente existía como una estrategia complementaria a las salas ERA, por lo tanto la existencia de esta sala era el criterio para entregar el apoyo diagnóstico. Luego se amplía para los niños, sin ningún criterio conocido.

No existe un criterio único para la distribución de recursos de los Servicios de Salud, generalmente es la población inscrita, en algunos casos, correspondiente a beneficiarios menores de un año y mayores de 65 años.

El componente permite bastante autonomía para la asignación de los recursos a nivel comunal. El trabajo en terreno arrojó que el Servicio o municipio establece una cuota o límite de radiografías que debe ser cumplido en un plazo determinado. En otros casos, existiría mayor flexibilidad, de manera que es posible reasignar los recursos entre consultorios de acuerdo a las necesidades que vayan surgiendo, lo importante es cumplir como comuna.

Parece ser que una buena gestión del Servicio o municipio - según dependencia - es crucial para obtener precios menores a los establecidos en los convenios, consiguiendo realizar un mayor número de radiografías que las inicialmente proyectadas.

Además de los recursos previamente asignados, la cantidad de radiografías por comuna dependerá, como ya se había mencionado, de la gestión y del tipo de convenio que establezca con el centro radiológico. Cuando la dependencia del consultorio corresponde al Servicio, éste genera los convenios de acuerdo a los fondos asignados por el MINSAL: *“este año en relación al año pasado empezó a aumentar el financiamiento, y negociamos también en relación a precios convenientes, negociamos valores bastante bajos que nos permitieron comprar una cantidad importante de radiografías”*³⁹⁵. Se aprecia que, en varios casos, ha habido una mejora en las condiciones contractuales con los centros radiológicos privados, producto de la experiencia adquirida en la ejecución del componente.

Se plantean atrasos en las transferencias de recursos hacia Servicios de Salud y municipios, en algunos casos, para evitar este inconveniente, y considerando que los recursos ya están previamente pactados y destinados para esta actividad, se comienza a

³⁹⁵ Fuente: Servicio de salud. Entrevista con informante calificado

tomar radiografías en el consultorio aún cuando no hayan llegado los fondos. Se observa que estos problemas disminuyen conforme se consolida el componente.

Finalmente, la realización de un ejercicio empírico basado en los datos de traspaso de recursos del componente a los Servicios de Salud durante 2003, permite observar que ésta se encuentra correlacionado positiva y significativamente con el número de inscritos en establecimientos de atención primaria y con la tasa de desocupación del año 2000.

En cuanto a la existencia de una posible correlación entre el monto traspasado en 2003, respecto a la suma del período inmediatamente anterior, el ejercicio no fue concluyente, por cuanto el signo del coeficiente estimado no resultó ser robusto respecto a las especificaciones planteadas.

El resto de variables poblacionales y socioeconómicas evaluadas no reflejaron impacto.

En suma, se puede concluir que el traspaso de recursos del componente Apoyo Diagnóstico durante 2003, obedeció mayormente a una lógica de asignación por población inscrita en establecimientos de atención primaria³⁹⁶.

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

Cómo se señaló en el capítulo descriptivo, la asignación de recursos del componente SAPU corresponde a un monto establecido de acuerdo al horario de funcionamiento del recinto, es decir si éste es “corto” o “largo”.

De acuerdo al juicio del equipo evaluador, la principal falencia del criterio de pago uniforme, tanto desde una perspectiva de equidad como de eficiencia, es que éste no considera la población total de la comuna beneficiaria en relación al número de SAPU que ésta tiene habilitados, el cual constituye un indicador importante de la demanda que enfrenta el establecimiento SAPU³⁹⁷.

En relación a los criterios de extensión del componente hacia nuevas comunas, los objetivos planteados se refieren a la cobertura de un determinado volumen de población, específicamente, se apunta a abarcar el 100% de comunas con más de 30.000 habitantes y tener un SAPU por cada 50.000 habitantes en comunas con altas magnitudes poblacionales y sectores marginales³⁹⁸. A este respecto, llama la atención de que no se enuncien criterios de salubridad que permitan seleccionar entre aquellas comunas de volúmenes poblacionales semejantes. Por otra parte, el hecho de que la decisión final de instalación de un nuevo SAPU en una comuna determinada esté en manos del municipio incentiva la existencia de una relación inversa entre el grado de pobreza de la comuna y el número de SAPU existentes³⁹⁹.

En relación a la firma de convenios para el traspaso de recursos, el estudio cualitativo no reflejó la existencia de atrasos importantes en su entrega pese a que algunos actores

³⁹⁶ Ver anexo 2.

³⁹⁷ Fuente: Municipalidades. Entrevistas con informantes calificados.

³⁹⁸ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial (2004).

³⁹⁹ Esto debido al gran aporte municipal que requiere la instalación y funcionamiento de un recinto SAPU.

señalaron demoras en la firma de los convenios. De modo tal que es posible observar en la práctica que los recursos lleguen antes que el trámite se encuentre concluido.

En relación a los mecanismos de recuperación de costos, es preciso mencionar que el estudio cualitativo detectó que a nivel de establecimientos SAPU el principio de la atención universal prevalece sobre la implementación de un sistema organizado de cobro a pacientes que no pertenecen al sistema público de salud, lo cual incide en la generación de subsidios no deseados a beneficiarios del sistema privado de salud. En efecto, dicho estudio permitió observar que en la mayoría de los recintos esta clase de paciente es atendida aún cuando se niegue a efectuar cualquier clase de pago⁴⁰⁰, lo que a juicio del equipo evaluador atenta contra la equidad del sistema⁴⁰¹.

Por otra parte, en relación a la necesidad de aumentar los recursos del componente con fondos municipales, tanto el estudio cualitativo como las estimaciones de costos realizadas por el equipo evaluador permiten observar de manera general que estos aportes son indispensables para cubrir las necesidades y requerimientos de los recintos SAPU⁴⁰². A este respecto, un factor de preocupación es la equidad, por cuanto cabría esperar que la calidad del servicio sea mayor en aquellas comunas que poseen una mayor capacidad económica. Por otra parte, aún cuando exista la voluntad política de privilegiar los fondos destinados al componente, podrían generarse déficit en otras áreas sanitarias.

No obstante, a partir del estudio cualitativo, fue posible apreciar la extendida percepción que existe entre las autoridades locales respecto al importante papel que cumple el servicio entregado por los SAPU entre las estrategias de salud municipal. Esta visión, sin duda, favorece la apertura y continuidad de los recintos SAPU, a pesar de que gran parte de los costos que conllevan deben ser asumidos por los municipios.

Finalmente, con el fin de observar posibles determinantes de la asignación de recursos del componente SAPU, se plantearon modelos de corte transversal utilizando como variable explicada el monto traspasado a los Servicios de Salud durante los años 2003 y 2002, en función de regresores poblacionales y socioeconómicos, además de los traspasos correspondientes a los cuatro años anteriores.

Al respecto, el modelo con rezago indica la existencia de una correlación positiva entre el monto traspasado en un año determinado y el año inmediatamente anterior.

En cuanto a la especificación basada en variables poblacionales y socioeconómicas sólo se encontró una correlación positiva y significativa respecto a la variable de población inscrita en establecimientos de atención primaria al interior de los Servicios de Salud. No obstante, al introducirla en un mismo modelo junto al monto traspasado con un año de rezago, el coeficiente estimado para este regresor pierde significancia, por lo que su efecto no es concluyente.

⁴⁰⁰ En efecto, en varios establecimientos se mencionó que en ocasiones asisten a los establecimientos SAPU afiliados a alguna ISAPRE, argumentando que no poseen dinero para cancelar el valor de la consulta, aún cuando puedan obtener algún reembolso de forma posterior.

⁴⁰¹ Cabe señalar, sin embargo, que de acuerdo a la encuesta a beneficiarios realizada en el contexto de esta evaluación se detectó que el porcentaje de personas beneficiarias de ISAPRE atendidas en SAPU alcanza sólo un 3% de los casos.

⁴⁰² De acuerdo a las estimaciones realizadas por el equipo evaluador, para el año 2003 el presupuesto asignado por el componente financia sólo el 65% de los gastos operativos de los establecimientos SAPU.

En suma, es posible señalar que el ejercicio empírico da evidencia de un criterio fundamentalmente inercial en la asignación anual de recursos del componente SAPU entre diferentes Servicios de Salud⁴⁰³.

2.4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la Unidad Responsable

2.4.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

Las actividades de supervisión están incorporadas en el componente, como un elemento central para evaluar el cumplimiento de los compromisos asumidos. En el convenio se establecen los indicadores con lo que posteriormente se evalúa el cumplimiento de meta. A diferencia de los otros componentes del PRAPS, éste sí utiliza los indicadores establecidos en convenio para monitorear. Sin embargo, estos indicadores corresponden a porcentajes de cumplimiento, lo que no entrega gran información si se considera que generalmente se cumple con el 100% de lo pactado⁴⁰⁴. Dado que para cada línea de acción existe un encargado en el nivel central que verifica el cumplimiento de lo comprometido para poder entregar el monto correspondiente al incentivo, el monitoreo que se lleva es heterogéneo dependiendo del interés del encargado de cada área.

Asimismo, los Servicios y municipios dicen realizar un monitoreo permanente, tanto en terreno en los consultorios, como a través de informes y pautas de evaluación entregados periódicamente. La información es traspasada desde el consultorio hacia el Servicio de Salud o municipio (según la dependencia), el que a su vez entrega los datos al MINSAL. El problema existente con este monitoreo es que no es posible determinar cuánto de lo conseguido se debe a la existencia del Fondo, ya que algunas líneas de acción son parte de otras iniciativas ministeriales y en ocasiones se ha detectado la ausencia de un diagnóstico basal, que permita medir la variación atribuible al componente.

En cuanto al incentivo, no se verifica que efectivamente los recursos se entreguen al consultorio que cumplió y que se gasten en mejoramiento del entorno laboral. El equipo evaluador considera que debería existir un seguimiento de estos recursos, procurando que lleguen a aquellos establecimientos que efectivamente lograron las metas, para que el componente entregue señales claras y logre su objetivo de incentivar a los equipos de trabajo.

2.4.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

El componente Odontológico, en general, se caracteriza por tener implementado un sistema bastante completo de reporte de las actividades que realiza. Como se mencionó con anterioridad, los Servicios de Salud se comprometen a enviar información de

⁴⁰³ Ver anexo 2, tablas 6.1; 6.2; 6.3 y 6.4

⁴⁰⁴ El equipo sólo tuvo acceso a los porcentajes de cumplimiento - a excepción de la línea de acción Alta Odontológica Total, donde se observa un esfuerzo mayor de monitoreo -. El problema de esto radica en que se desconoce el significado de este porcentaje al no saber qué y cuánto se comprometió.

avance de forma trimestral al nivel central. Dado el hecho de que el envío de recursos se condiciona a la recepción de la información solicitada, los antecedentes que llegan a nivel central corresponden a una cifra muy cercana al 100% de las comunas⁴⁰⁵. A juicio del equipo evaluador, esta lógica de monitoreo genera buenos resultados porque asegura un buen volumen de datos para hacer evaluación, a la vez que constituye un incentivo a la eficacia del componente.

Por otra parte, la preocupación por la buena calidad de las atenciones existente a nivel central se refleja en la elaboración de la encuesta de satisfacción a usuarios que es enviada a todos los establecimientos que están ejecutando el componente a nivel nacional. Esta encuesta también posee una alta tasa de respuesta.⁴⁰⁶

En cuanto al seguimiento a los pacientes, dado que el componente no lo considera de forma explícita, éste depende exclusivamente del municipio o consultorio donde se esté ejecutando. En efecto, el estudio cualitativo permitió observar que en algunos establecimientos se acostumbra realizar un control posterior a los beneficiarios del componente, un año después del alta odontológica⁴⁰⁷. Sin embargo, ésta no es una práctica que se realice de forma usual, de modo tal que en la mayoría de los casos estudiados no se encontró evidencia de que se realice un seguimiento continuo o de largo plazo a los pacientes. A juicio del equipo evaluador, esta es una de las principales deficiencias del componente, por cuanto no asegura que los beneficiarios mantendrán su dentadura sana por un período de tiempo determinado. Además, las actividades de seguimiento pueden ayudar a conocer los resultados posteriores a la intervención - lo cual es útil para la elaboración de indicadores de calidad - y a verificar el correcto uso de la prótesis por parte de los pacientes.

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

La información recopilada a nivel de consultorios varía de uno a otro, teniendo algunas comunas y Servicios registros más completos de las actividades del componente. En general, éstos incluyen datos personales, patologías, tratamientos, y fechas de ingreso y alta, agregándose mensualmente en un informe resumen de actividades. La información es enviada desde consultorios a municipios, y desde éstos a los Servicios de Salud junto, en algunos casos, a un informe de gasto de farmacia. Sin embargo, debido a que estos informes están fuera de los registros oficiales⁴⁰⁸, es probable no encontrarlos de manera homogénea y continua. Por otro lado, se ha podido constatar, tanto en terreno como al solicitar información a los Servicios de Salud, que no se registran los indicadores de actividad que se encuentran especificados en los convenios tipo. Lo anterior se traduce en que, a pesar de que el componente IRA cuenta con registros de actividades, éstos, al no estar incorporados en los convenios, no son exigibles desde un punto de vista legal. De esta forma, existen estadísticas de monitoreo del componente a nivel nacional, pero si un municipio o establecimiento no cumple, el Ministerio no tiene instrumentos para exigirlos.

⁴⁰⁵ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado.

⁴⁰⁶ La información proporcionada por MINSAL, da cuenta de que en el año 2003 se obtuvo respuesta de 19 Servicios de Salud, entre 27 Servicios beneficiarios a diciembre de dicho año.

⁴⁰⁷ Fuente: Municipalidad. Entrevista con informante calificado.

⁴⁰⁸ No se encuentran incorporados en los Registros Estadísticos Mensuales (REM)

A pesar de lo anterior, el componente IRA realiza una evaluación nacional en diciembre de cada año. En esta instancia, se reúnen los encargados del componente en el Ministerio de Salud con los encargados en los Servicios de Salud, donde estos últimos rinden cuenta de los avances y dificultades del año. Sin embargo, cada representante cuenta con un tiempo e instancia reducida donde, según múltiples entrevistados, sólo se limitan a contar a grandes rasgos lo realizado durante el año de manera más bien superficial.

Si bien se señala que en los inicios del componente, las actividades de supervisión y evaluación se desarrollaban con mayor frecuencia, actualmente, éstas han disminuido. Probablemente, debido a la continuidad que ha tenido y los buenos resultados sanitarios.

En base a lo anterior y la experiencia e investigación del propio equipo, se considera que el componente cuenta con un precario y poco eficiente sistema de evaluación y monitoreo interno, por lo que es necesario reestructurar de manera profunda estos últimos. A juicio del equipo evaluador, la ausencia de recursos humanos y materiales destinados a estos propósitos determina el desaprovechamiento de datos valiosos sobre la ejecución del componente.

2.4.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

Los antecedentes sobre los beneficiarios del componente, manejados a nivel de consultorios, y traspasados a municipios y Servicios de Salud, consisten principalmente en registros mensuales con los datos de los pacientes, e información sobre las atenciones entregadas en las salas ERA. En general, la información registrada para las salas ERA es de similares características que la solicitada por el componente IRA: *“hay un registro mensual que te entregan los kinesiólogos de IRA y de ERA con los pacientes atendidos”*⁴⁰⁹. Sin embargo, se ha podido constatar en terreno y al solicitar información a los Servicios de salud, que no se registran los indicadores de actividad que se encuentran especificados en los convenios tipo. Lo anterior se traduce en que, a pesar de que el componente ERA cuenta con registros de actividades, éstos, al no estar incorporados en los convenios, no son exigibles desde un punto de vista legal.

A pesar de lo anterior y al igual que en IRA, el componente ERA realiza una evaluación nacional en diciembre de cada año. En esta instancia, se reúnen los encargados del componente en el Ministerio de Salud con los encargados en los Servicios de Salud donde estos últimos rinden cuenta de los avances y dificultades del año. Sin embargo, cada representante cuenta con un tiempo e instancia reducida donde, según múltiples entrevistados, sólo se limitan a contar a grandes rasgos lo realizado durante el año de manera más bien superficial.

En base a lo anterior y la experiencia e investigación del propio equipo, se considera que el componente cuenta con un precario y poco eficiente sistema de evaluación y monitoreo interno, por lo que es necesario reestructurar de manera profunda estos últimos. A juicio del equipo evaluador, la ausencia de recursos humanos y materiales

⁴⁰⁹ Fuente: Servicio de salud. Entrevista con informante calificado. Al igual que para el componente IRA, los entrevistados no entregan mayores antecedentes sobre los indicadores del componente ERA y su supervisión o evaluación.

destinados a estos propósitos determina el desaprovechamiento de datos valiosos sobre la ejecución del componente.

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

En los consultorios dicen enviar a municipios o Servicios - según dependencia - registros que incluyen información sobre el número de radiografías tomadas, justificación de la solicitud radiológica y diagnóstico. Asimismo, algunos de los convenios establecidos con los centros radiológicos permiten solicitar antecedentes sobre las órdenes emitidas desde los consultorios. De esta forma, se evalúa tanto al ámbito financiero, como también el trabajo médico y la pertinencia de las solicitudes realizadas. Sin embargo, esto depende exclusivamente de la capacidad del Servicio o municipio para conseguir convenios ventajosos.

El componente establece mecanismos de supervisión orientados básicamente a la rendición de cuentas. Según lo señalado, a nivel ministerial se evalúa el cumplimiento con el número de radiografías acordadas con los Servicios de Salud y la utilización de los recursos asignados. Sin embargo, los encargados en el nivel central no cuentan con información respecto al cumplimiento de utilizar el dinero en radiografías de tórax, priorizando a los niños menores de un año y a los adultos mayores de 65. Esto resulta desconcertante, dado que se asegura que el dinero se envía en tres cuotas, donde cada una está sujeta al cumplimiento del número de radiografías proyectadas.

Durante el periodo de evaluación no se obtuvo información en el nivel central - salvo la referida a los recursos asignados, según las radiografías proyectadas -, a pesar de que el equipo constató en terreno la existencia de un registro que incluye el número de radiografías realizadas, el diagnóstico, la edad del paciente y el tiempo transcurrido entre la consulta y la toma del examen. Al requerir dicha información a los Servicios de Salud, el equipo tuvo dificultades que demuestran falencias en ámbitos de coordinación y gestión respecto a la recopilación y sistematización de información.

Según lo expuesto, el equipo considera que el sistema de monitoreo y evaluación es insuficiente, por lo que se debe reorganizar y establecer mecanismos formales para asegurar su cumplimiento. A juicio del equipo evaluador, la ausencia de recursos humanos destinados a estos propósitos determina el desaprovechamiento de datos valiosos sobre la ejecución del componente.

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

Como se señaló en el primer capítulo, la principal vía de monitoreo y envío de información sobre la actividad en los SAPU se lleva a cabo a través de los Registros Estadísticos Mensuales (REM). Cabe señalar que a partir del año 2001, con la formación del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) el volumen de información sobre atenciones de urgencia y SAPU que se consolida y reporta ha ido mejorando considerablemente.

Sin embargo, la información que se solicita a través de los REM corresponde a producción y actividades realizadas, por lo que no existe una asociación directa entre ésta y la elaboración de indicadores. En relación a estos últimos, si bien el diseño del componente consideró la confección de algunos⁴¹⁰, éstos no son actualmente reportados en la práctica. Más aún, los actores consultados a nivel de Servicios de Salud, municipios y consultorios manifiestan no estar siquiera en conocimiento de su existencia. Esta falencia puede explicarse, debido a que a diferencia de los otros componentes bajo evaluación, los convenios de SAPU firmados por municipios y Servicios de Salud no incluyen una referencia explícita a ninguna clase de indicadores⁴¹¹.

A juicio del equipo evaluador la no inclusión de indicadores en los convenios, y por ende la imposibilidad de hacer exigible su envío, constituye la principal traba a la mejoría del flujo de información sobre el servicio entregado en SAPU, lo que impide la realización de evaluaciones periódicas de eficiencia y eficacia.

Respecto a otros datos de interés sobre las atenciones en SAPU, como diagnósticos, tratamientos farmacológicos y tipos de procedimientos realizados en las atenciones de urgencia, éstos se encuentran disponibles sólo en las hojas de atención regular de los recintos, información que no es sistematizada ni consolidada⁴¹². A juicio del equipo evaluador, la ausencia de recursos humanos y materiales destinados a estos propósitos determina el desaprovechamiento de datos valiosos sobre la ejecución del componente⁴¹³.

Finalmente, cabe señalar que el componente tampoco realiza un seguimiento formal a los beneficiarios; éste se da únicamente porque el paciente, tiempo después, se vuelve a atender en el consultorio. Esta situación se da incluso en el caso de pacientes crónicos o que han sido derivados a otros centros de atención, ya sea de urgencia o de especialidad.

A este respecto, el equipo evaluador considera que dicha falta de seguimiento impide conocer efectivamente el perfil de la demanda y el real nivel de urgencia que enfrentan estos establecimientos más allá de opiniones aisladas, lo que dificulta la determinación los costos reales del SAPU y la reorientación de recursos hacia necesidades concretas.

⁴¹⁰ MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica (1995).

⁴¹¹ Los indicadores que se mencionan aparecen señalados en una resolución exenta del año 1995 (ver referencia anterior). Durante algunos años los convenios firmados entre Municipios y Servicios de Salud señalaron la existencia de estos indicadores, junto a la instrucción de consultar en dicho documento de qué indicadores se trataba. Sin embargo con el tiempo ésta aclaración dejó de aparecer en los convenios, probablemente debido a que se consideró innecesario reportar más información que la solicitada a través de los REM.

⁴¹² Fuente: Servicio de salud, Entrevista con informante calificado.

⁴¹³ Por ejemplo, las hojas de atención de los establecimientos SAPU se diferencia de las fichas de atención en consultorio en que las primeras son utilizadas sólo una vez, por lo cual es imposible conocer el perfil de enfermedades que el paciente ha presentado en el último tiempo, dato fundamental para brindar una atención de calidad a policonsultantes.

3. Eficacia del Programa

Antes de exponer los principales resultados, se resumen los aspectos metodológicos del análisis. Esta sección está basada principalmente en métodos cuantitativos, aplicados a los datos de una encuesta a beneficiarios del PRAPS. De manera complementaria se recurrió a registros del nivel central de MINSAL, y a información cualitativa proporcionada por estudios de casos.

3.0. Aspectos metodológicos: instrumentos y métodos de análisis

3.0.1. Diseño y aplicación de encuesta a beneficiarios del PRAPS

Se elaboró una metodología para obtener resultados representativos del conjunto de la población beneficiaria de los cuatro componentes del PRAPS que fueron susceptibles de un diseño muestral multietápico: SAPU, ERA, IRA, Odontológico.

Para el estudio de otros componentes del PRAPS se incluyeron módulos de preguntas especiales. En particular, el uso de radiografías por parte de los beneficiarios de las salas IRA y ERA se indagó en ambos cuestionarios, por lo que la información que se reporta alude al universo de atendidos en dichas salas y no a los beneficiarios específicos del componente de Apoyo Diagnóstico (donde no se dispuso de registros de usuarios). A su vez, la propuesta inicial del Departamento de Economía acotó la investigación del componente Fondo de Incentivo al funcionamiento de las OIRS, tema que se preguntó en todas las encuestas, siendo los resultados representativos de la percepción del universo de beneficiarios de los componentes SAPU, ERA, IRA y Odontológico.

El diseño muestral de la encuesta se realizó en tres etapas, las cuales están asociadas a las siguientes unidades de muestreo:

- Unidad Primaria de Muestreo UPM: unidades comunales
- Unidad Secundaria de Muestreo (USM): establecimiento de APS
- Unidad Terciaria de Muestreo (UTM): beneficiarios, seleccionados de los registros de atención en fechas específicas.

Las unidades de la primera etapa (unidades comunales), se clasificaron en cuatro estratos. Esta estratificación está basada en el número de componentes del PRAPS que tiene cada unidad comunal, los que a su vez, están asociados a las diferentes asignaciones de recursos monetarios. En general, estos últimos guardan correspondencia con el número de habitantes, número de establecimientos del sistema y número de componentes que ofrecen.

Se eligió un criterio sistemático de selección de beneficiarios, con el propósito de distribuirlos de manera homogénea a lo largo de las fechas determinadas en cada componente. Se tuvo especial cuidado en que las fechas elegidas no estuvieran “contaminadas” por los fenómenos estacionales del invierno de 2004, los cuales incrementaron de forma anormal la demanda de prestaciones en los componentes IRA, ERA y SAPU. Según expertos consultados, los *peak* de demanda pueden alterar las expectativas de las personas que reciben atención y, por lo tanto, su percepción respecto a la calidad de la atención respiratoria. Cabe aclarar que se ha utilizado una combinación de criterios. Esto significa, por ejemplo, que al buscar una fecha cercana a

la actual (para minimizar problemas de memoria, respecto al cual existe el aval de la experiencia de diversas encuestas como CASEN) y evitar tomar datos en un período *peak*, se elige una fecha promedio en el período posterior al período anormal y no en todo el año⁴¹⁴.

El trabajo de terreno se realizó en 12 de las 13 Regiones del País en los meses de diciembre de 2004 y enero de 2005. El estudio fue realizado por 50 encuestadores, que cubrieron 60 comunas. Las muestras fueron obtenidas de 197 establecimientos que entregaban cuatro de los componentes del PRAPS, aplicándose cinco formularios que comprenden a los siguientes grupos:

- Beneficiarios Sala IRA (contesta la persona que lleva al menor a la sala)
- Beneficiarios Sala Era (responde el beneficiario o su acompañante habitual cuando el primero presenta algún impedimento de salud para responder el cuestionario).
- Beneficiarios SAPU (responde el beneficiario o su acompañante habitual cuando el primero presenta algún impedimento de salud para responder el cuestionario).
- Odontológico: personas con Alta Total o muestra de población beneficiaria
- Odontológico: personas en lista de espera o muestra de grupo de control

Los beneficiarios de salas IRA, ERA y SAPU se eligieron en fechas del mes de octubre de 2004. El grupo “tratado” por el componente Odontológico se obtuvo de las altas integrales registradas en agosto de 2003, y el de control de los pacientes programados (o en lista de espera) en noviembre de 2004.

Se realizaron un total de 1791 encuestas, correspondiendo 379 a las salas IRA, 350 a salas ERA, 369 al componente SAPU, 338 a la población beneficiaria del Odontológico y 356 al grupo de control.

3.0.2. Estadísticas descriptivas de la encuesta

En el análisis de la información se emplearon diversas tabulaciones de la encuesta. Es importante advertir que **las tablas que se presentan en este informe están basadas en el número de observaciones “expandido”** correspondiente a la población beneficiaria de cada componente en los períodos considerados en el capítulo metodológico. Los factores de expansión indican cuántas personas representa cada uno de los encuestados y recuperan la probabilidad original de haber sido parte de la muestra, considerando el proceso de diseño “no proporcional” respecto a la presencia de los componentes en las comunas y de los recursos monetarios asignados desde el nivel central.

⁴¹⁴ Aunque los datos de las encuestas realizadas en el pre-test carecen de representatividad estadística, se pudo notar que hay una proporción de pacientes habituales en algunos componentes con *peaks* de demanda, como ERA e IRA, cuya percepción sobre la calidad del programa considera su experiencia de todo el año, si bien ciertas preguntas sobre características específicas de la atención requieren ser acotadas a la última visita al establecimiento (ver cuestionarios correspondientes).

3.0.3. Modelos de correlación (probit ordenado)

Se usaron modelos estadísticos de correlación para estudiar las percepciones de los entrevistados sobre algunos aspectos de calidad que fueron calificados mediante una escala de notas en la que el valor 1 corresponde a la mayor satisfacción (muy buena) y el valor 4 a la peor (mala). Para reflejar la variabilidad en los ordenamientos se utilizaron modelos tipo probit ordenado, en los cuales la variable dependiente se expresa en las cuatro categorías mencionadas, y se correlaciona con diversas características del usuario y del prestador obtenidas de la encuesta.

Las tablas que muestran estos resultados enfatizan en los signos correspondientes a las variables que en distintas especificaciones son estadísticamente significativas, es decir, aquéllas en las que se puede rechazar la hipótesis de que no existe asociación con la calificación del encuestado. El mejor nivel de significancia es de 1%, que indica que se puede rechazar la hipótesis de que no existe correlación estadística entre una variable “X” y la variable de interés “Y” con un 99% de confianza.

Se consideró más pertinente reportar los signos que los “multiplicadores” o impacto marginal de X sobre Y. Si bien la especificación del modelo probit ordenado es adecuada por la forma categórica que adopta la variable de interés (satisfacción), no es trivial una interpretación de los multiplicadores de las variables X, dado que en cada atributo explicativo éstos corresponden a cuatro valores distintos de cambio en la probabilidad de que la respuesta se encuentre en cada una de las categorías (muy buena, buena, regular, mala). Dichos efectos marginales no son reportados ni analizados.

Cabe aclarar que se trata de estimaciones de asociación estadística o de correlación⁴¹⁵ entre variables, lo que no permite establecer conclusiones sobre endogeneidad o causalidad. Esto quiere decir que no se estudia la complejidad subyacente en las relaciones de causalidad entre variables. La dirección del efecto cuyo signo se reporta no necesariamente opera desde cada “X” hacia “Y”, de modo que algunas de las variables explicativas (asumidas como exógenas en el modelo) podrían ser endógenas y requerir un estudio de sus determinantes con información que no está disponible en la encuesta. De hecho, la encuesta a beneficiarios no puede registrar todas las características no observables respecto al entorno del usuario y del establecimiento de atención primaria, o del capital humano de los profesionales responsables de la prestación.

En la lectura de los resultados conviene prestar mayor atención a las variables “explicativas” que pueden relacionarse a la calidad del establecimiento que el prestador puede mejorar. Es decir, en algunas especificaciones resultaron significativas características del usuario como su nivel educativo y socioeconómico, con menor relevancia para fines de esta evaluación que, por ejemplo, que el paciente de la sala ERA sea enfermo crónico y eso se correlacione con su satisfacción (esto último entrega información respecto al desempeño del prestador respecto a un segmento de población epidemiológicamente relevante que requiere un tratamiento distinto al de un caso agudo). Obviamente, características del prestador como la región en que se encuentra también merecen atención.

⁴¹⁵ En los modelos lineales de regresión esto se denominaría “correlación estadística”. A veces el término correlación se utiliza en casos no lineales como un abuso de lenguaje que simplifica la explicación de los resultados.

La mayoría de las estimaciones realizadas carecieron de resultados relevantes para emitir juicios y recomendaciones sobre variables asociadas al desempeño de los prestadores. Por lo mismo, los resultados se encuentran en el anexo 14.

3.0.4. Estudio de casos de calidad técnica

La propuesta metodológica del Departamento de Economía incluyó la revisión por parte de un profesional de la salud de una muestra reducida de fichas clínicas para emitir opiniones sobre aspectos de calidad de algunos componentes del PRAPS y contrastarlos con la percepción de los encuestados. Se planificó el estudio de casos para SAPUs de la Región Metropolitana (RM) y salas IRA y ERA de la RM, IV y VI regiones, establecimientos que fueron visitados en abril. Los resultados se incorporan de manera resumida en la sección de resultados intermedios, dado que se refieren a aspectos de calidad técnica como el cumplimiento de protocolos y normas técnicas. Los informes completos se presentan en el Anexo 13.

El período óptimo de ejecución de dicho estudio de casos es posterior al análisis de la encuesta, con el fin de discernir las áreas en que se debe focalizar el interés y las preguntas relevantes. La aplicación de la encuesta finalizó en enero y el estudio de la base de datos de dicho instrumento se completó a mediados de marzo. Por esto, las visitas de terreno se realizaron durante abril de 2005 y el informe del trabajo de campo se elaboró en la primera quincena de mayo.

En el caso del componente Odontológico, a inicios de mayo se recibió una planilla del MINSAL conteniendo los resultados de una evaluación de calidad basada en la visita a beneficiarios de altas odontológicas integrales. Este instrumento consiste en la revisión de fichas clínicas y la inspección directa de la salud dental de 322 beneficiarios en 11 Servicios de Salud y 60 comunas del país. Los beneficiarios fueron atendidos por el componente en 2002 y el estudio se ejecutó en 2004.

3.0.5. Métodos Cuasi-Experimentales⁴¹⁶

En el Componente Odontológico para Hombres y Mujeres de Escasos Recursos se utilizaron métodos cuasi-experimentales para la evaluación cuantitativa del impacto de programa sobre algunas variables de resultado intermedio y final. A continuación se describen algunos aspectos metodológicos de los procedimientos realizados.

La estimación del impacto de un programa sobre los participantes es un intento de establecer la diferencia entre la situación de un individuo, en alguna variable que se ha escogido como indicador de resultados del programa, después de haber participado en el programa, versus la situación correspondiente si no lo hubiera hecho (estado contrafactual).

Dada la imposibilidad de contar con casos que se encuentren en ambas situaciones - haber participado en el programa y no haberlo hecho - todas las estimaciones de

⁴¹⁶ Esta sección se ha construido principalmente a partir de Pizarro (2004)

impacto utilizan, además de la muestra de participantes (grupo de tratamiento) sobre los cuales se ha materializado la intervención, otra muestra para efectos de comparación (grupo de control). La forma en que se construyen ambas muestras permite clasificar las investigaciones en experimentales y no experimentales. Las investigaciones de tipo experimental construyen ambas muestras asignando aleatoriamente a una y otra, individuos provenientes de una misma población de elegibles. De esta manera se asegura que los atributos de los individuos de ambas muestras sean en promedio iguales, condición necesaria para una estimación insesgada del impacto del programa⁴¹⁷. Las investigaciones cuasi-experimentales son más comunes en el campo de los programas sociales debido a que las muestras no suelen construirse aleatoriamente, obligando a recurrir a diferentes mecanismos para lograr la deseada igualdad de medias entre los atributos de los integrantes de ambas muestras.

Existen varios posibles estimadores del impacto del programa. Entre los más importantes, destacan los siguientes:

- El estimador “pre-post”, que compara la situación de los participantes después del programa con la situación del mismo grupo antes de iniciar su participación en él.
- El estimador de “corte transversal”, que compara la situación de ambas muestras en un mismo momento, típicamente posterior al término del programa. En este caso la muestra de comparación, que denominaremos muestra de control, está compuesta por individuos pertenecientes a la población de elegibles pero que no participaron en el programa.
- El estimador de “diferencias en diferencias”, que compara los estimadores “pre-post” de la muestra de participantes versus los de la muestra de control.

Entre los métodos de estimación se encuentran las estimaciones paramétricas y no paramétricas. Las estimaciones **paramétricas** son aquellas en que la variable que sirve como indicador de impacto se define como una función que depende de un conjunto de variables independientes (matriz X de variables exógenas), entre ellas la participación en el programa, y un vector fijo de parámetros, típicamente denotado por β . En la estimación no experimental del impacto de programas sociales, comúnmente la variable de participación en el programa depende de ciertos atributos de los participantes, que de no ser incluidos en el modelo de regresión (es decir, de no ser incorporados en la matriz X) provocan el conocido “sesgo de selección”.

De manera más simple, si hay características que determinan la asignación al programa que no han sido tomadas en cuenta (han sido omitidas del modelo) y que pueden tener un efecto en la variable de resultados, entonces el impacto favorable (desfavorable) atribuido a éste puede ser explicado por tales características no consideradas y no por la participación en el mismo.

Los métodos **no paramétricos** son una alternativa empleada para abordar el problema de sesgo de selección. Éstos no suponen a priori una forma funcional paramétrica que defina el indicador de impacto. Entre éstos se ubican los métodos de “matching” o

⁴¹⁷ La insesgadez es una propiedad estadística que consiste en que el valor esperado de un estimador sea igual al verdadero valor.

“emparejamientos”, que asumen que todos aquellos atributos que generan el sesgo de selección son observables.

a) El método de *matching* usando *propensity scores*

Los métodos de “matching” buscan comparar la situación de cada participante sólo con la de aquellos individuos que sean similares en su conjunto de atributos observables, o al menos, dar mayor importancia en esta comparación a personas de atributos similares que a individuos muy diferentes en tales características observables. En síntesis, este método empareja cada participante en el programa con un individuo “similar” del grupo de control o con un conjunto de controles, pero dando mayor ponderación en este último caso a los individuos más parecidos que a los más diferentes.

Efectuar el proceso de “matching” sobre múltiples atributos observables es muy costoso computacionalmente, pero además puede generar “celdas vacías”. A modo de ejemplo, si uno quisiera encontrar entre los controles individuos de similar sexo, edad, escolaridad y comuna de nacimiento que los de participantes del programa, podría ocurrir que ningún control haya nacido en la misma comuna de algún participante, lo cual haría colapsar el método. Debido a tales dificultades, y considerando la posible dependencia de los resultados del programa en un conjunto de atributos observables diferentes a la asignación al programa, usualmente se efectúa el proceso de “matching” sobre la “probabilidad condicional a participar” (*propensity score*), dados los valores del conjunto de atributos en un periodo anterior a la participación en el programa (“pre-programa”).

Dado un universo de individuos elegibles para participar en un Programa, cada uno de ellos puede realizar dos acciones alternativas: participar o no participar, y tiene, por lo tanto, dos resultados potenciales respecto de alguna variable de interés.

Denotando

$D_i = 1$ si el individuo participa

$D_i = 0$ si el individuo no participa

$Y_i(1)$ el resultado potencial si participo

$Y_i(0)$ el resultado potencial si no participó.

El resultado observado será:

$$Y_i = \begin{cases} Y_i(0) & \text{si } D_i = 0 \\ Y_i(1) & \text{si } D_i = 1 \end{cases} \quad (\text{II.1})$$

El estimador del efecto promedio del programa (EPP, también conocido como ATE o *average treatment effect*) será:

$$\alpha_{ATE} = E[Y_i(1) - Y_i(0)] \quad (\text{II.2})$$

El efecto promedio del programa sobre los participantes (EPPP, usualmente denominado SATE o *selected average treatment effect*):

$$\alpha_{SATE} = E[Y_i(1) - Y_i(0) | D=1] \quad (II.3)$$

Como puede verse, el problema radica en que para realizar tal comparación se necesita conocer una situación hipotética que nunca ocurrió. En particular, para todo i tal que $D_i=1$, el valor de $Y_i(0)$, el estado contrafactual, no es observable.

Para enfrentar el problema, se recurre al grupo de control. Es decir, se construye una muestra de $N_0+N_1=N$ individuos elegibles, donde N_0 es el tamaño de la muestra de control y N_1 de la muestra de participantes.

Suponiendo que se desea hacer *matching* sobre una sola variable observable X , ésta es discreta y toma un pequeño número (K) de valores, entonces deberá emparejarse los individuos de K celdas. Si además cada celda k tiene N_1^k tratados y N_0^k controles, siendo en total N^k las observaciones en k , el estimador del efecto promedio del programa (EPP) será el siguiente (Abadie, 2004):

$$\alpha_{ATE} = \sum_{k=1}^K \left(\bar{Y}_1^k - \bar{Y}_0^k \right) \cdot \left(\frac{N^k}{N} \right)$$

Nótese que \bar{Y}_1^k es el resultado promedio para los tratados en celda k y \bar{Y}_0^k el resultado promedio para los controles en celda k . El estimador del efecto promedio del programa sobre los participantes (EPPP) será:

$$\alpha_{SATE} = \sum_{k=1}^K \left(\bar{Y}_1^k - \bar{Y}_0^k \right) \cdot \left(\frac{N_1^k}{N_1} \right)$$

En cambio, si el atributo X es continuo, es posible dividir su soporte en un número finito de celdas (subclasificación) y aplicar una estrategia similar a la utilizada en el caso discreto. Según Cochran (1968) la subclasificación en 5 subclases típicamente remueve el 90% del sesgo de selección.

Conocido el método general de *matching*, la explicación del uso de *propensity scores* es directa. Con la finalidad de reducir los costos computacionales y evitar el riesgo de celdas vacías que invaliden el método (por carencia ya sea de controles o tratados en alguna de las celdas definidas en función de características observables discretas o continuas de los individuos), se efectúa un procedimiento en dos etapas.

En primer lugar, bajo un modelo probit⁴¹⁸ es estimada la probabilidad condicional de participar en el programa utilizando toda la muestra de controles y tratados. Posteriormente, se aplica una “subclasificación” sobre la probabilidad predicha, de tal

⁴¹⁸ Este modelo es el que ha sido utilizado para fines de la presente evaluación. Alternativamente podría haberse usado un modelo logístico.

forma de hacer luego el emparejamiento de cada tratado con su vecino más próximo o con una combinación lineal de controles (*Kernel-Epanechnikov matching*).

Etapas 1: Estimación de las propensiones a participar (*propensity scores*)

Tal como se mencionó anteriormente, realizar un proceso de emparejamiento en un espacio multidimensional, buscando las distancias mínimas entre individuos en múltiples características observables, puede ser muy complejo. Sin embargo, bajo ciertas condiciones, se puede lograr este propósito de una forma sencilla, usando la propensión estimada a participar $p(X)$ definida por Rosenbaum y Rubin (1983) como la “probabilidad condicional de participar, dados los valores del conjunto de atributos pre-programa”. Es decir:

$$p(X) = \Pr(D = 1|X)$$

Etapas 2: Método de *matching*

Habiendo calculado las propensiones estimadas a participar, se estima el valor contrafactual de la variable de resultados para cada participante del programa, utilizando los siguientes métodos:

- i) Vecino más próximo: Cada individuo tratado es emparejado con el o los controles de más cercana probabilidad de participación, dadas sus características en la situación previa al programa.
- ii) Kernel-Epanechnikov: El valor de la variable de resultados de cada individuo tratado es comparada con el promedio ponderado de los valores de tal variable en el grupo de control. La ponderación es inversamente proporcional a la distancia entre la propensión a participar del tratado y cada individuo del grupo de control.

Finalmente, cabe aclarar que las estimaciones que se presentan en las secciones 3.2. y 3.3. incluyen diversas especificaciones del conjunto de variables explicativas para controlar por atributos que pudieran estar sesgando los resultados y verificar cuán robustos son los coeficientes de impacto del componente obtenidos.

El método de *matching* descrito supone que, condicional en X (variables independientes), la asignación al tratamiento es independiente de los resultados esperados para cada grupo (tratados y controles). Dicho de otra forma, en ausencia del tratamiento, es esperable que controlando por tales variables observables X , las variables de resultado del componente odontológico sean iguales para ambos grupos. El cumplimiento de este supuesto se testeó mediante regresiones que usan como variables dependientes los resultados intermedios y finales, para el periodo anterior al tratamiento odontológico (2002), sin lograr ser rechazado. Los resultados se presentan en el anexo 15.

b) Método de diferencias en diferencias (DID)

En casos en que existen sospechas respecto del cumplimiento del supuesto de identificación antes señalado, y principalmente, porque el método de *matching* tiene como limitación no poder dar cuenta de los aspectos no observables que podrían hacer distinta la decisión de participación y los resultados del programa para el grupo de tratamiento y de control, es conveniente evaluar el impacto del programa usando un

método de diferencias en diferencias. La superioridad de este método radica en la posibilidad de controlar diferencias tanto observables como no observables que pueden estar correlacionadas con la asignación al tratamiento. El supuesto de identificación subyacente es que en ausencia del tratamiento, las variables de resultados para ambos grupos debieran seguir sendas paralelas⁴¹⁹.

Como una forma de chequear la robustez de las estimaciones antes obtenidas mediante *matching* en probabilidad, se ha estimado el impacto del componente odontológico sobre variables de resultados usando el enfoque de diferencias en diferencias. Las estimaciones se resumen en las secciones 3.2. y 3.3. y se detallan (para todas las especificaciones y variables de control utilizadas) en el Anexo 6.

Las variables continuas fueron estudiadas mediante la especificación estándar:

$$\Delta Y = \delta + \alpha \cdot D + \beta X + \mu$$

Nótese que la variable dependiente representa el cambio en el resultado calculado como la diferencia entre la situación después del programa y antes del programa, α denota el estimador del impacto por diferencias en diferencias y la variable D toma el valor de 1 si el individuo pertenece al grupo de beneficiarios y 0 para el grupo de control.

Una forma alternativa de realizar la estimación por diferencias en diferencias, aplicable a variables de resultado categóricas, consiste en utilizar como variable dependiente el conjunto de observaciones en ambos períodos. Es decir, cada individuo (sea del grupo de tratamiento o de control) aporta dos observaciones, una correspondiente al período pre programa y otra posterior al programa. En este caso, el modelo a estimar es el siguiente:

$$Y = c + \gamma \text{dtrat} + \lambda t + \theta (\text{dtrat}_t) + \varphi X + \varepsilon$$

En este caso, se calcula un coeficiente para « dtrat » que es una dummy que indica el tratamiento. La variable dummy « t » se refiere al período de tiempo (0 en situación prerograma y 1 después del programa). El coeficiente estimado θ que acompaña a la variable interactiva entre las dos anteriores (dtrat_t) corresponde al efecto marginal de diferencias en diferencias.

En general, los resultados obtenidos de la aplicación de DID muestran estimadores y niveles de significancia distintos en diversas variables de resultados analizadas mediante el método de *matching*. Esto podría estar indicando que en efecto existen aspectos no observables relevantes correlacionados con la variable de tratamiento que no están siendo controlados en las estimaciones de *matching*.

Al controlar por variables observables X, se ha intentado reducir el sesgo de selección, sin embargo, los resultados que se reportan en las secciones 3.2. y 3.3. indican dos problemas que quedaron sin resolver: algunas variables no observables podrían explicar

⁴¹⁹ Sin embargo, cabe aclarar que no fue posible testear la validez del supuesto de identificación. Por problemas de memoria y los consecuentes errores de medición, se decidió no incluir en los cuestionarios de las encuestas a tratados y controles preguntas respecto a un período “ante-anterior” a la participación en el programa. Las respuestas a tales preguntas habrían sido claves para estimar la senda seguida por las variables de resultados en ambos grupos antes del período de tratamiento.

diferentes sendas en las variables de resultados de grupos de tratamiento y de control; además, la precisión de las estimaciones puede estar siendo comprometida por el escaso poder explicativo de las diferentes regresiones (una gran proporción de la varianza en los cambios en las variables de resultados de antes a después del tratamiento no es explicada por las formas reducidas aquí presentadas, lo que significa una alta varianza de los residuos y de los coeficientes estimados).

3.0.6. Modelos con datos de panel

A nivel de resultados finales se utilizaron datos de panel para evaluar el impacto de los componentes IRA, ERA y SAPU, en los cuales era muy complejo construir un escenario contrafactual a nivel de cada individuo beneficiario.

Según Benavente (2004), un conjunto de datos de panel o longitudinales es aquel que sigue individuos (firmas o países) a través del tiempo y en consecuencia entrega múltiples observaciones para cada individuo. Así, los datos de panel combinan información en serie de tiempo y de corte transversal.

Este modelo asume una especificación como la siguiente:

$$Y_{jt} = \alpha_i + \beta X_{it} + u_{it}$$

$$u_{it} = \mu_i + v_{it}$$

Nótese que μ_i denota efectos individuales específicos no observables y son invariantes en el tiempo. Éstos dan cuenta de cualquier tipo de efecto individual no incluido en la regresión. En tanto v_{it} se refiere a los denominados efectos idiosincrásicos.

A continuación se agregan algunas definiciones sobre las principales modalidades de estimación:

Modelo de Efectos Fijos

Este modelo asume que los efectos individuales μ_i son parámetros determinísticos, los que deberán ser determinados. Este sería el caso si N representa la “población” tal como un conjunto de Servicios de Salud y las inferencias son solamente relacionadas con los N que se dispone. Así, la inferencia es condicional a los N individuos y no se está infiriendo para otros conjuntos.

Modelo de Efectos Aleatorios

Este modelo asume que los efectos individuales no son determinísticos sino que cada uno de ellos es una variable aleatoria. Este es un supuesto razonable en el caso de que los datos fueran una muestra genuina utilizada con el propósito de inferir sobre la población como un todo.

Test de Hausman

Cuando existen dudas sobre el modelo más adecuado, se utiliza el test de Hausman el cual pregunta simplemente si existen diferencias significativas entre los estimadores por Efectos Fijos y por Efectos Aleatorios.

Modelos de panel dinámicos

Estos modelos permiten estimar relaciones que presentan una naturaleza dinámica y que es imposible estimar usando datos de corte transversal. Por ejemplo, si el estado de salud de una persona depende del estado de salud del año anterior.

3.1 Resultados a nivel de Productos

3.1.1. Desempeño del Programa en cuanto a la Producción del Componente

3.1.1.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

La información presentada en esta sección ha sido obtenida desde las bases de datos que manejan los encargados del componente a nivel central.

Se entregan los niveles de producción de la línea alta odontológica total en niños de 6 y 12 años, para las líneas de acción restantes sólo se cuenta con el porcentaje de cumplimiento de las metas comprometidas por cada municipio - o Servicio de Salud -.

a) Sectorización

En la Tabla 3.1.1.1 se presenta el número de unidades comunales por región y Servicio de Salud, para cada rango de cumplimiento de meta. Una unidad comunal puede incorporar dos veces a la misma comuna, en el caso de que esta última posea tanto establecimientos que dependan del municipio como establecimientos que dependan del Servicio de Salud. Dado que los convenios y resultados obtenidos son diferentes en cada caso, en la tabla se presentan los porcentajes alcanzados por las unidades comunales, esto es, diferenciando según dependencia Municipal (DM) o Dependencia de Servicio (DS). Esta diferenciación es necesaria porque una misma comuna puede registrar porcentajes de cumplimiento distintos, siendo considerada, entonces, en más de uno de los rangos establecidos. Así el número de unidades comunales presentado en la Tabla 3.1.1 es mayor que el número de comunas que efectivamente comprometieron esta línea de acción durante el año 2003.

Es importante mencionar que la evaluación del componente y sus líneas de acción, con el fin de entregar el incentivo, fue realizada por el nivel central con corte al mes de Septiembre de 2003. Por este motivo es factible que estos resultados disten de los obtenidos por estas comunas para el año completo, y que la cantidad de unidades comunales que cumple un 100% lo comprometido para el año sea mayor que el presentado en la tabla.

Por otra parte, se debe recordar que el incentivo se entrega no sólo a aquellas unidades comunales que cumplen la totalidad de lo pactado, sino que dicho monto es proporcional al grado de cumplimiento.

Tabla 3.1.1.1
Sectorización (Año 2003)

Región	Servicio de Salud	Número de unidades comunales								Total de unidades comunales
		0%		Entre 0%-49%		Entre 50%-79%		Entre 80%-100%		
		DM	DS	DM	DS	DM	DS	DM	DS	
I	ARICA	3	3	0	1	0	0	1	0	8
I	IQUIQUE	5	0	0	0	1	0	0	0	6
II	ANTOFAGASTA	4	0	0	0	0	1	3	2	10
III	ATACAMA	2	1	0	0	2	0	5	1	11
IV	COQUIMBO	11	7	0	0	0	0	3	0	21
V	VALPARAISO	6	2	0	0	0	0	3	1	12
V	VIÑA DEL MAR	6	6	0	0	0	0	10	3	25
V	ACONCAGUA	2	2	0	0	0	0	7	1	12
VI	O'HIGGINS	18	12	1	0	1	0	11	0	43
VII	MAULE	15	10	0	0	2	0	13	0	40
VIII	ÑUBLE	18	5	0	0	1	0	2	2	28
VIII	BIO BIO	0	0	1	0	0	0	12	6	19
VIII	ARAUCO	4	5	0	0	0	0	3	0	12
VIII	CONCEPCIÓN	1	4	0	0	0	0	7	1	13
VIII	TALCAHUANO	0	2	0	0	0	0	3	0	5
IX	ARAUCANÍA SUR	13	15	0	0	0	0	7	0	35
IX	ARAUCANÍA NORTE	8	7	1	0	0	0	2	0	18
X	VALDIVIA	11	5	0	0	0	0	1	1	18
X	OSORNO	6	2	0	0	0	0	1	0	9
X	LLANCHIPAL	18	12	0	0	0	0	4	0	34
XI	AYSEN	0	11	0	0	0	0	0	0	11
XII	MAGALLANES	7	8	0	0	0	0	0	0	15
XIII	M. NORTE	0	0	0	0	2	0	6	1	9
XIII	M. SUR	6	1	0	0	1	0	4	0	12
XIII	M. CENTRAL	0	3	0	0	0	0	0	2	5
XIII	M. OCCIDENTE	0	2	0	1	3	3	11	0	20
XIII	M. ORIENTE	0	0	0	0	0	0	8	0	8
XIII	M. SUR ORIENTE	1	0	0	0	1	0	5	1	8
	TOTAL	165	125	3	2	14	4	132	22	467
	Distribución porcentual	35.33	26.77	0.64	0.43	3.00	0.86	28.27	4.71	100.00

DM: Dependencia Municipal.

DS: Dependencia de Servicio de Salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL.

La meta nacional para esta línea consistió en implementar la sectorización de la población inscrita en un 50% de los Consultorios General Urbano y Consultorios General Rural del país con más de 10.000 inscritos o beneficiarios. De este modo, los Servicios de Salud se comprometieron a sectorizar un 50% de los establecimientos correspondientes a su área geográfica.

Se observa que un 62% de las unidades comunales que se habían comprometido, no realizó avance alguno en esta línea de acción a la fecha de corte considerada. Sólo un 33% consiguió un cumplimiento superior al 80%.

b) Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS)

Para el año 2003 se propuso implementar la OIRS en 326 establecimientos de atención primaria, la meta se logró en un 127% respecto de lo programado, implementándose en 414 establecimientos. Por otro lado, se comprometió que un 50% de las OIRS tuviesen dependencia técnica y administrativa de la dirección de los establecimientos, y se consiguió que un 60% de los establecimientos se ubicara en esta categoría. Al finalizar el año 2003, sólo un 29% de las OIRS dependía de la Sección de Orientación Médico Estadística (SOME).

Según la información entregada por el nivel central en cuanto al mejoramiento de la infraestructura e implementación de las OIRS, un 61% de éstas contaba con servicio telefónico independiente y un 68% con citófono. Sólo un 28% contaba con un equipo computacional; un 21% con e-mail y un 13% con acceso a Internet. En relación a la capacitación de los funcionarios, ésta se realizó en el total de las OIRS y Servicios de Salud alcanzando a 970 funcionarios.

Respecto a los contenidos de dichas capacitaciones destacan los relacionados con el Manual Operativo de las OIRS, el uso del material de apoyo, la oferta de servicios, los sistemas de registro y de atención. También se incluyeron, en algunos talleres, contenidos referentes a la atención de público y al trato, tales como habilidades comunicacionales, derechos y deberes de los usuarios, modalidades de negociación y administración de conflictos. Además contenidos de gestión, tales como “Sistema OIRS como herramienta de gestión”, “Sistema OIRS en el marco de la Reforma de Salud”, “Sistema OIRS en el marco de la participación ciudadana” e “Informatización de los Sistemas Integrales de Atención a las Personas”.

Tabla 3.1.1.2.
OIRS (Año 2003)

Región	Servicio de Salud	Número de unidades comunales						Total de unidades comunales
		0%		Entre 50%-79%		Entre 80%-100%		
		DM	DS	DM	DS	DM	DS	
I	ARICA	2	3	0	0	2	1	8
I	IQUIQUE	3	0	0	0	3	0	6
II	ANTOFAGASTA	3	0	0	0	4	3	10
III	ATACAMA	1	0	0	0	8	2	11
IV	COQUIMBO	5	0	1	1	8	6	21
V	VALPARAISO	6	2	0	0	3	1	12
V	VIÑA DEL MAR	4	5	0	0	12	4	25
V	ACONCAGUA	0	0	0	0	9	3	12
VI	O'HIGGINS	10	0	0	0	21	12	43
VII	MAULE	5	0	7	5	18	5	40
VIII	ÑUBLE	4	0	2	2	15	5	28
VIII	BIO BIO	5	1	1	0	7	6	20
VIII	ARAUCO	2	0	0	0	5	5	12
VIII	CONCEPCIÓN	0	0	2	0	6	5	13
VIII	TALCAHUANO	0	0	0	0	3	2	5
IX	ARAUCANÍA SUR	10	3	0	0	10	12	35
IX	ARAUCANÍA NORTE	5	1	2	0	4	6	18
X	VALDIVIA	3	0	0	0	9	6	18
X	OSORNO	2	0	0	0	5	2	9
X	LLANCHIPAL	9	3	1	0	12	9	34
XI	AYSEN	0	8	0	0	0	3	11
XII	MAGALLANES	6	6	0	0	1	2	15
XIII	M. NORTE	1	0	0	0	7	1	9
XIII	M. SUR	0	0	0	0	11	1	12
XIII	M. CENTRAL	0	0	0	0	0	5	5
XIII	M. OCCIDENTE	1	0	1	0	12	6	20
XIII	M. ORIENTE	0	0	0	0	8	0	8
XIII	M. SUR ORIENTE	0	0	0	0	7	1	8
	TOTAL	87	32	17	8	210	114	468
	Distribución porcentual	18.59	6.84	3.63	1.71	44.87	24.36	100.00

Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL.

DM: Dependencia Municipal Fuente:

DS: Dependencia de Servicio de Salud

Como se observa en la Tabla 3.1.1.2, un 69% de los 468 compromisos firmados se encuentra en el rango superior con un porcentaje de cumplimiento superior al 80%.

Existe información adicional que se recopiló a través de un módulo de preguntas sobre OIRS, incorporado en cada una de las encuestas realizadas - componentes ERA, IRA, SAPU, Odontológico Control y Tratamiento -⁴²⁰.

⁴²⁰ Se debe tener presente que los resultados obtenidos no son representativos de los beneficiarios de las OIRS, puesto que no se diseñó una muestra de éstos. Es decir, las conclusiones obtenidas son válidas

De los usuarios de los componentes evaluados, alrededor de un 21% señala que ha utilizado los servicios de la OIRS en los últimos dos años. El motivo de visita más recurrente ha sido pedir información, seguido por el de realizar un reclamo.

Al preguntar a los beneficiarios de los componentes acerca de la razón por la cual no ha visitado una OIRS, existe un 10% que opina que los servicios que entrega no sirven de nada.

Tabla 3.1.1.3: Número de beneficiarios según visita/no visita

En los últimos 2 años, ha visitado ese lugar	Nº de casos	Porcentaje
sí	3.948	20,65%
no	15.173	79,35%
total	19.121	100%

Tabla 3.1.1.4: Número de beneficiarios por motivo de visita

Motivo de última visita	Nº de casos	Porcentaje
pedir información	2,362	59.83%
hacer un reclamo	1,337	33.87%
hacer una sugerencia	43	1.09%
escribir una felicitación	148	3.75%
otro	58	1.47%
Total	3,948	100%

c) Sistema de registro y gestión de listas de espera

En las tablas 3.1.1.5 y 3.1.1.6 se presentan el cumplimiento de la existencia de registro y del comité de gestión de lista de espera, respectivamente.

En la Tabla 3.1.1.5 se observa un alto cumplimiento del objetivo, donde aproximadamente un 90% ha implementado un registro de lista de espera de interconsulta, sólo un 4% se ubica con un 0% de logro.

Los resultados mostrados por la existencia de un comité de gestión son bastante significativos, sin embargo menores a los presentados en la Tabla 3.1.5 para la existencia de registro. En este sentido se observa que un 17% se ubica bajo el 50% de cumplimiento. Y un 100% es alcanzado por 350 unidades comunales - municipal y servicio - lo que corresponde a un 83% del total.

Es posible apreciar que en ambas tablas existen Servicios de Salud que han sobrepasado la meta comprometida, registrando un cumplimiento sobre el 100%. Esto sucede en casos donde se comprometió implementar un sistema de registro y gestión de lista de espera en un determinado número de establecimientos de la comuna y finalmente se implementó en un número mayor. En este caso, al final del período se realiza una reliquidación de fondos, reasignando recursos desde aquellas comunas - establecimientos - que no cumplieron con el objetivo propuesto hacia aquellas que presentan un “sobrecumplimiento.”

para todos aquellos beneficiarios de los componentes ERA, IRA, Odontológico y SAPU que han utilizado las OIRS. A continuación se presentan los principales resultados.

Tabla 3.1.1.5.
Existencia de Registro de Lista de Espera (Año 2003)

Región	Servicio de Salud	Número de unidades comunales								Total de unidades comunales
		0%		Entre 0%-50%		100%		Sobre 100%		
		DM	DS	DM	DS	DM	DS	DM	DS	
I	ARICA	0	3	0	0	4	1	0	0	8
I	IQUIQUE	0	0	0	0	6	0	0	0	6
II	ANTOFAGASTA	2	0	0	0	5	3	0	0	10
III	ATACAMA	0	0	0	0	8	2	0	0	10
IV	COQUIMBO	0	0	0	0	14	7	0	0	21
V	VALPARAÍSO	0	0	0	0	7	1	0	0	8
V	VIÑA DEL MAR	0	0	0	0	12	6	0	0	18
V	ACONCAGUA	0	0	0	0	9	3	0	0	12
VI	O'HIGGINS	1	0	9	0	19	12	2	0	43
VII	MAULE	0	0	0	0	30	10	0	0	40
VIII	ÑUBLE	0	0	0	0	21	7	0	0	28
VIII	BIO BIO	0	1	0	0	13	6	0	0	20
VIII	ARAUCO	1	0	0	0	6	5	0	0	12
VIII	CONCEPCIÓN	0	0	0	0	8	1	0	0	9
VIII	TALCAHUANO	0	0	0	0	3	2	0	0	5
IX	ARAUCANÍA SUR	0	0	1	0	18	15	1	0	35
IX	ARAUCANÍA NORTE	0	0	0	0	11	7	0	0	18
X	VALDIVIA	3	0	0	0	9	6	0	0	18
X	OSORNO	0	0	0	0	7	2	0	0	9
X	LLANCHIPAL	0	0	0	0	22	12	0	0	34
XI	AYSEN	0	5	0	0	0	6	0	0	11
XII	MAGALLANES	0	0	0	0	1	2	0	0	3
XIII	M. NORTE	2	1	0	0	6	0	0	0	9
XIII	M. SUR	0	0	0	0	11	1	0	0	12
XIII	M. CENTRAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XIII	M. OCCIDENTE	0	0	0	0	14	6	0	0	20
XIII	M. ORIENTE	0	0	0	0	8	0	0	0	8
XIII	M. SUR ORIENTE	0	0	0	0	6	1	1	0	8
	TOTAL	9	10	10	0	278	124	4	0	435
	Distribución porcentual	2.07	2.30	2.30	0.00	63.91	28.51	0.92	0.00	100.00

DM: Dependencia Municipal

DS: Dependencia de Servicio de Salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL.

Tabla 3.1.1.6.
Existencia de Comité de Gestión de Lista de Espera (Año 2003)

Región	Servicio de Salud	Número de unidades comunales								Total de unidades comunales
		0%		Entre 0%-50%		100%		Sobre 100%		
		DM	DS	DM	DS	DM	DS	DM	DS	
I	ARICA	3	3	0	0	1	1	0	0	8
I	IQUIQUE	0	0	0	0	6	0	0	0	6
II	ANTOFAGASTA	2	2	0	1	2	0	0	0	7
III	ATACAMA	0	0	0	0	8	2	0	0	10
IV	COQUIMBO	2	0	0	0	12	7	0	0	21
V	VALPARAÍSO	0	0	0	0	7	1	0	0	8
V	VIÑA DEL MAR	3	2	0	0	9	4	0	0	18
V	ACONCAGUA	0	0	0	0	9	3	0	0	12
VI	O'HIGGINS	1	0	8	0	20	12	2	0	43
VII	MAULE	4	2	1	0	25	7	0	0	39
VIII	ÑUBLE	1	0	0	0	20	7	0	0	28
VIII	BIO BIO	0	0	0	0	13	6	0	0	19
VIII	ARAUCO	3	4	0	0	4	1	0	0	12
VIII	CONCEPCIÓN	3	0	0	0	5	1	0	0	9
VIII	TALCAHUANO	0	0	0	0	3	2	0	0	5
IX	ARAUCANÍA SUR	11	3	1	0	8	12	0	0	35
IX	ARAUCANÍA NORTE	0	3	0	0	11	4	0	0	18
X	VALDIVIA	3	0	0	0	9	6	0	0	18
X	OSORNO	1	0	0	0	4	2	0	0	7
X	LLANCHIPAL	0	0	0	0	19	10	0	0	29
XI	AYSEN	0	0	0	0	0	6	0	0	6
XII	MAGALLANES	0	0	0	0	1	2	0	0	3
XIII	M. NORTE	0	0	0	0	8	0	0	0	8
XIII	M. SUR	0	0	0	0	11	1	0	0	12
XIII	M. CENTRAL	0	0	0	0	0	5	0	0	5
XIII	M. OCCIDENTE	2	0	0	0	12	6	0	0	20
XIII	M. ORIENTE	0	0	0	0	8	0	0	0	8
XIII	M. SUR ORIENTE	0	0	0	0	6	1	1	0	8
	TOTAL	39	19	10	1	241	109	3	0	422
	Distribución porcentual	9.24	4.50	2.37	0.24	57.11	25.83	0.71	0.00	100.00

DM: Dependencia Municipal

DS: Dependencia de Servicio de Salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL.

d) Alta odontológica total en niños de 6 y 12 años

El alta odontológica considera dos objetivos para acceder al incentivo: uno de cobertura, que se pondera en un 80%; y uno de calidad, que se pondera en un 20%. El cumplimiento de cobertura, que tiene que ver directamente con la producción de esta línea de acción, consiste en alcanzar a cubrir un 70% en niños de 6 años - inscritos o beneficiarios - y un 25% en niños de 12 años - inscritos o beneficiarios -.

En las Tablas 3.1.1.7 y 3.1.1.8 se presentan las metas de cobertura para cada Servicio de Salud, además del número de altas integrales efectivamente realizadas.

Como se ha mencionado anteriormente, la información de las tablas recoge la producción hasta el mes de Septiembre de 2003. Por este motivo, la meta de alta odontológica total se consideró realizada cuando se alcanzó un 90% de lo comprometido.

Como se muestra en la Tabla 3.1.1.7, cinco de los 29 Servicios de Salud lograron el número de altas integrales necesarias para acceder al incentivo correspondiente a esta línea de acción. Todos registraron un cumplimiento superior al 50%.

Para los niños de 12 años, el nivel de logro es más alto que en el caso anterior. Sin embargo, se exigió un porcentaje mucho más bajo, por lo tanto el número de altas realizadas fue menor - alrededor de un 50% -. El porcentaje de cumplimiento promedio fue de 99%. En la Tabla 3.1.1.8. se observa que 19 Servicios lograron la cobertura esperada, de los cuales 13 obtuvieron resultados superiores al 100% - aún cuando los resultados entregados son hasta el mes de Septiembre de 2003 -. Esta situación podría estar reflejando la ausencia de un diagnóstico basal por parte de dichos Servicios, con metas no adecuadas a las realidades locales.

No se puede asegurar que el número de altas conseguidas se deba sólo a la existencia del componente Fondo de Incentivo, porque en los establecimientos de atención primaria estas actividades eran realizadas con anterioridad a la existencia de esta línea de acción, lo que se busca es un incremento de cobertura. Según se desprende de las entrevistas realizadas, en ocasiones los municipios incorporan en el registro las altas realizadas por los módulos JUNAEB para alcanzar la meta comprometida. Sin embargo, esta actividad se habría realizado aún en ausencia de esta línea de acción.

Tabla 3.1.1.7.
Alta Odontológica Total en Niños de 6 años (Año 2003)

Región	Servicio de Salud	Número de niños con Alta Odontológica Total		Porcentaje de Cumplimiento
		Meta anual	Realizado	
I	ARICA	1.709	1.008	59%
I	IQUIQUE	1.925	1.394	72%
II	ANTOFAGASTA	4.028	2.452	61%
III	ATACAMA	1.578	1.024	65%
IV	COQUIMBO	4.193	3.235	77%
V	VALPARAÍSO	4.831	4.041	84%
V	VIÑA DEL MAR	8.385	9.258	110%
V	ACONCAGUA	2.968	2.828	95%
VI	O'HIGGINS	8.738	6.633	76%
VII	MAULE	11.411	8.433	74%
VIII	ÑUBLE	5.653	4.239	75%
VIII	BIO BIO	4.338	3.406	79%
VIII	ARAUCO	638	655	103%
VIII	CONCEPCIÓN	5.224	3.760	72%
VIII	TALCAHUANO	3.174	2.329	73%
IX	ARAUCANÍA SUR	6.916	4.025	58%
IX	ARAUCANÍA NORTE	2.017	1.297	64%
X	VALDIVIA	3.373	3.004	89%
X	OSORNO	2.206	1.554	70%
X	LLANCHIPAL	5.104	4.255	83%
XI	AYSEN	1.118	766	69%
XII	MAGALLANES	1.163	778	67%
XIII	M. NORTE	10.443	6.859	66%
XIII	M. SUR	12.233	7.047	58%
XIII	M. CENTRAL	4.948	3.605	73%
XIII	M. OCCIDENTE	9.815	8.464	86%
XIII	M. ORIENTE	3.783	4.311	114%
XIII	M. SUR ORIENTE	12.193	11.903	98%
	TOTAL	144.105	112.563	78%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL.

**Tabla 3.1.1.8.
Alta Odontológica Total en Niños de 12 años (Año 2003)**

Región	Servicio de Salud	Número de niños con Alta Odontológica Total		Porcentaje de Cumplimiento
		Meta anual	Realizado	
I	ARICA	630	666	106%
I	IQUIQUE	430	229	53%
II	ANTOFAGASTA	1.548	1.622	105%
III	ATACAMA	862	696	81%
IV	COQUIMBO	2.947	2.684	91%
V	VALPARAÍSO	2.244	2.005	89%
V	VIÑA DEL MAR	4.582	4.920	107%
V	ACONCAGUA	869	1.113	128%
VI	O'HIGGINS	3.351	3.287	98%
VII	MAULE	3.591	4.062	113%
VIII	ÑUBLE	1.769	2.422	137%
VIII	BIO BIO	1.554	1.208	78%
VIII	ARAUCO	699	775	111%
VIII	CONCEPCIÓN	2.379	2.158	91%
VIII	TALCAHUANO	1.318	1.546	117%
IX	ARAUCANÍA SUR	2.453	2.127	87%
IX	ARAUCANÍA NORTE	753	737	98%
X	VALDIVIA	1.194	1.475	124%
X	OSORNO	842	1.000	119%
X	LLANCHIPAL	3.602	2.244	62%
XI	AYSEN	614	604	98%
XII	MAGALLANES	468	468	100%
XIII	M. NORTE	4.460	3.432	77%
XIII	M. SUR	5.715	4.534	79%
XIII	M. CENTRAL	1.569	1.180	75%
XIII	M. OCCIDENTE	3.475	4.211	121%
XIII	M. ORIENTE	1.440	2.550	177%
XIII	M. SUR ORIENTE	3.405	4.280	126%
	TOTAL	58.763	58.235	99%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL.

3.1.1.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

A continuación se presentan los datos de producción del Componente Odontológico entre los años 1999 y 2003 a nivel de regiones y Servicios de Salud, en función de las metas previamente fijadas.

Los datos fueron contruidos a partir de las evaluaciones anuales que MINSAL realiza del componente en diciembre de cada año⁴²¹.

⁴²¹ Cabe señalar que el Ministerio de Salud realiza evaluaciones finales del componente en marzo del año siguiente al período a evaluar, las cuales podrían diferir en cierta medida de las evaluaciones a diciembre del mismo año. Lo anterior ocurre debido a que en ocasiones el plazo de cumplimiento de la ejecución del componente se alarga hasta marzo si existen comunas que han tenido dificultades en su aplicación que empezaron su ejecución de forma muy tardía.

a) Componente Odontológico para Mujeres Jefas de Hogar (1999-2001)

La trayectoria del componente entre 1999 y 2001 muestra un alto grado de cumplimiento de metas en altas odontológicas y prótesis instaladas a diciembre.

El porcentaje promedio de cumplimiento de altas integrales durante estos tres años asciende a 96,8%, mientras que el porcentaje de cumplimiento promedio en prótesis es de 101,83%. Esta información estaría indicando que existen comunas en las cuales se está financiando por cuenta propia el número de prótesis correspondiente a la diferencia entre lo realizado y lo que cubre el componente.

Tabla 3.1.1.9
(Año 1999)

Región	Servicio de Salud	Alta Odontológica			Prótesis		
		Meta ⁴²²	Realizado	% Cumplimiento	Meta	Realizado	% Cumplimiento
I	ARICA	110	114	103.64%	90	90	100%
I	IQUIQUE	240	197	82.08%	192	157	81.77%
II	ANTOFAGASTA	200	218	109%	110	120	109.09%
III	ATACAMA	280	171	61.07%	120	100	83.33%
IV	COQUIMBO	210	210	100%	175	163	93.14%
V	VALPARAISO	600	616	102.67%	263	275	104.56%
V	VIÑA DEL MAR	450	373	82.89%	150	146	97.33%
V	ACONCAGUA	470	504	107.23%	300	308	102.67%
VI	O'HIGGINS	255	273	107.06%	220	214	97.27%
VII	MAULE	740	696	94.05%	575	549	95.48%
VIII	ÑUBLE	120	89	74.17%	30	30	100%
VIII	BIO BIO	110	112	101.82%	80	80	101.53%
VIII	ARAUCO	0	0	-	0	0	-
VIII	CONCEPCIÓN	390	405	103.85%	459	466	101.53%
VIII	TALCAHUANO	270	294	108.89%	240	248	103.33%
IX	ARAUCANÍA SUR	120	114	95%	120	130	108.33%
IX	ARAUCANÍA NORTE	0	0	-	0	0	-
X	VALDIVIA	100	72	72%	30	32	106.67%
X	OSORNO	250	256	102.40%	120	120	100.00%
X	LLANCHIPAL	370	370	100%	255	265	103.92%
XI	AYSEN	130	137	105.38%	80	82	102.50%
XII	MAGALLANES	0	0	-	0	0	-
XIII	M. NORTE	415	422	101.69%	418	412	98.56%
XIII	M. SUR	485	481	99.18%	290	306	105.52%
XIII	M. CENTRAL	0	0	-	0	0	-
XIII	M. OCCIDENTE	400	394	98.50%	235	252	107.23%
XIII	M. ORIENTE	100	100	100%	50	52	104.00%
XIII	M. SUR ORIENTE	722	738	102.22%	468	486	103.85%
	TOTAL	7537	7356	97.60%	5070	5083	100.26%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

⁴²² En las tablas 3.1.1.9 a la 3.1.15, los Servicios de Salud que no cuentan con el componente en el año respectivo presentan el valor 0 tanto en la meta de altas odontológicas como prótesis.

Tabla 3.1.1.10.
(Año 2000)

Región	Servicio de Salud	Alta Odontológica			Prótesis		
		Meta	Realizado	% Cumplimiento	Meta	Realizado	% Cumplimiento
I	ARICA	110	110	100%	90	90	100%
I	IQUIQUE	200	184	92%	152	152	100%
II	ANTOFAGASTA	200	200	100%	100	100	100%
III	ATACAMA	0	0	-	0	0	-
IV	COQUIMBO	210	223	106.19%	175	210	120%
V	VALPARAISO	600	601	100.17%	200	205	102.50%
V	VIÑA DEL MAR	450	417	92.67%	160	165	103.13%
V	ACONCAGUA	330	351	106.36%	270	300	111.11%
VI	O'HIGGINS	245	251	102.45%	220	214	97.27%
VII	MAULE	420	422	100.48%	380	382	100.53%
VIII	ÑUBLE	120	132	110%	30	63	210%
VIII	BIO BIO	110	110	100%	80	200	250%
VIII	ARAUCO	0	0	-	0	0	-
VIII	CONCEPCIÓN	390	402	103.08%	420	437	104.05%
VIII	TALCAHUANO	270	284	105.19%	240	228	95%
IX	ARAUCANÍA SUR	200	200	100%	256	257	100.39%
IX	ARAUCANÍA NORTE	0	0	-	0	0	-
X	VALDIVIA	100	100	100%	40	60	150%
X	OSORNO	250	251	100.40%	140	140	100%
X	LLANCHIPAL	320	320	100%	285	285	100%
XI	AYSEN	130	116	89.23%	80	107	133.75%
XII	MAGALLANES	0	0	-	0	0	-
XIII	M. NORTE	390	398	102.05%	400	366	91.50%
XIII	M. SUR	335	341	101.79%	260	273	105%
XIII	M. CENTRAL	0	0	-	0	0	-
XIII	M. OCCIDENTE	320	341	106.56%	185	229	123.78%
XIII	M. ORIENTE	0	0	-	0	0	-
XIII	M. SUR ORIENTE	787	761	96.70%	518	523	100.97%
	TOTAL	6487	6515	100.43%	4681	4986	106.52%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

Tabla 3.1.1.11.
(Año 2001)

Región	Servicio de Salud	Alta Odontológica			Prótesis		
		Meta	Realizado	% Cumplimiento	Meta	Realizado	% Cumplimiento
I	ARICA	110	110	100%	90	90	100%
I	IQUIQUE	200	178	89%	152	136	89.47%
II	ANTOFAGASTA	200	138	69%	100	98	98%
III	ATACAMA	113	117	103.54%	75	92	122.67%
IV	COQUIMBO	210	182	86.67%	175	154	88%
V	VALPARAISO	630	636	100.95%	420	392	93.33%
V	VIÑA DEL MAR	450	444	98.67%	180	195	108.33%
V	ACONCAGUA	600	614	102.33%	330	414	125.45%
VI	O'HIGGINS	335	294	87.76%	305	274	89.84%
VII	MAULE	720	518	71.94%	570	558	97.89%
VIII	ÑUBLE	120	150	125%	30	76	253.33%
VIII	BIO BIO	310	310	100%	480	480	100%
VIII	ARAUCO	128	128	100%	128	128	100%
VIII	CONCEPCIÓN	590	533	90.34%	595	585	98.32%
VIII	TALCAHUANO	350	284	81.14%	280	188	67.14%
IX	ARAUCANÍA SUR	335	335	100%	347	348	100.29%
IX	ARAUCANÍA NORTE	90	75	83.33%	100	120	120%
X	VALDIVIA	200	120	60%	80	80	100%
X	OSORNO	250	250	100%	140	140	100%
X	LLANCHIPAL	370	315	85.14%	255	240	94.12%
XI	AYSEN	130	100	76.92%	80	49	61.25%
XII	MAGALLANES	70	54	77.14%	30	26	86.67%
XIII	M. NORTE	490	455	92.86%	470	450	95.74%
XIII	M. SUR	520	383	73.65%	375	330	88%
XIII	M. CENTRAL	0	0	-	0	0	-
XIII	M. OCCIDENTE	602	623	103.49%	400	421	105.25%
XIII	M. ORIENTE	0	0	-	0	0	-
XIII	M. SUR ORIENTE	787	745	94.66%	518	555	107.14%
	TOTAL	8910	8091	90.81%	6705	6619	98.72%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

b) Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos (2002-2003)

Dada la incorporación de hombres al componente, a partir de 2002, se ha creído conveniente para ese año reportar por separado los resultados de acuerdo a género. Sin embargo, dado que el componente funcionó bajo la nueva organización sólo de manera piloto en algunas comunas, la información que se posee sobre hombres es escasa.

Para el año 2003, se reporta en tablas separadas el cumplimiento en metas y en prótesis.

Los datos de evaluaciones a diciembre para el período 2002-2003 indican que, sin considerar la incorporación piloto de hombres del año 2002, el porcentaje promedio de cumplimiento en altas integrales fue de 101,85%, mientras que el porcentaje promedio de cumplimiento en instalación de prótesis fue de 108,35%, cifras superiores a las obtenidas en el período anterior.

**Tabla 3.1.1.12.
(Año 2002 mujeres)**

Región	Servicio de Salud	Alta Odontológica en mujeres			Prótesis en mujeres		
		Meta	Realizado	% Cumplimiento	Meta	Realizado	% Cumplimiento
I	ARICA	355	344	96.90%	270	270	100%
I	IQUIQUE	390	378	96.92%	237	248	104.64%
II	ANTOFAGASTA	485	489	100.82%	280	345	123.21%
III	ATACAMA	425	425	100%	230	230	100%
IV	COQUIMBO	579	465	80.31%	463	354	76.46%
V	VALPARAISO	780	772	98.97%	440	468	106.36%
V	VIÑA DEL MAR	350	436	124.57%	210	229	109.05%
V	ACONCAGUA	450	480	106.67%	370	400	108%
VI	O'HIGGINS	335	335	100%	290	290	100%
VII	MAULE	1240	1240	100%	945	945	100%
VIII	ÑUBLE	592	647	109.29%	232	232	100%
VIII	BIO BIO	550	550	100%	730	730	100%
VIII	ARAUCO	340	405	119.12%	350	376	107.43%
VIII	CONCEPCIÓN	776	786	101.29%	1009	1005	99.60%
VIII	TALCAHUANO	380	418	110%	280	316	112.86%
IX	ARAUCANÍA SUR	410	410	100%	441	444	100.68%
IX	ARAUCANÍA NORTE	300	250	83.33%	300	250	83.33%
X	VALDIVIA	345	356	103.19%	125	138	110.40%
X	OSORNO	340	340	100%	150	150	100%
X	LLANCHIPAL	560	555	99.11%	405	405	100%
XI	AYSEN	130	130	100%	80	80	100%
XII	MAGALLANES	100	85	85%	100	100	100%
XIII	M. NORTE	735	762	103.67%	610	708	116.07%
XIII	M. SUR	570	579	101.58%	425	463	108.94%
XIII	M. CENTRAL	0	0	-	0	0	-
XIII	M. OCCIDENTE	1020	1042	102.16%	715	757	105.87%
XIII	M. ORIENTE	160	160	100%	80	80	100%
XIII	M. SUR ORIENTE	1165	1153	98.97%	872	898	102.98%
	TOTAL	13862	13992	100.94%	10639	10911	102.56%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

**Tabla 3.1.1.13.
(Año 2002- Hombres)**

Región	Servicio de Salud	Alta Odontológica en hombres			Prótesis en hombres		
		Meta	Realizado	% Cumplimiento	Meta	Realizado	% Cumplimiento
I	ARICA	90	90	100%	35	35	100%
I	IQUIQUE	90	-	-	35	-	-
II	ANTOFAGASTA	180	180	100%	70	70	100%
III	ATACAMA	90	-	-	35	-	-
IV	COQUIMBO	270	270	100%	105	105	100%
V	VALPARAISO	45	-	-	17	-	-
V	VIÑA DEL MAR	270	270	100%	105	105	100%
V	ACONCAGUA	90	-	-	36	-	-
VI	O'HIGGINS	180	90	50%	70	35	50%
VII	MAULE	270	-	-	105	-	-
VIII	ÑUBLE	90	-	-	35	-	-
VIII	BIO BIO	90	-	-	35	-	-
VIII	ARAUCO	90	-	-	40	-	-
VIII	CONCEPCIÓN	450	-	-	175	-	-
VIII	TALCAHUANO	90	-	-	35	-	-
IX	ARAUCANÍA SUR	90	-	-	35	-	-
IX	ARAUCANÍA NORTE	0	-	-	0	-	-
X	VALDIVIA	90	11	12.22%	35	4	11.43%
X	OSORNO	90	-	-	35	-	-
X	LLANCHIPAL	90	-	-	35	-	-
XI	AYSEN	0	-	-	0	-	-
XII	MAGALLANES	0	-	-	0	-	-
XIII	M. NORTE	450	-	-	195	-	-
XIII	M. SUR	540	-	-	210	-	-
XIII	M. CENTRAL	0	-	-	0	-	-
XIII	M. OCCIDENTE	360	-	-	140	-	-
XIII	M. ORIENTE	180	-	-	70	-	-
XIII	M. SUR ORIENTE	526	-	-	215	-	-
	TOTAL	4801	911	18.98%	1903	354	18.60%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL⁴²³

⁴²³ En todos los Servicios de Salud que se establecieron metas en altas integrales y prótesis funcionó el componente incluyendo a hombres de escasos recursos de forma piloto. Sin embargo, a nivel central se contaba con la información de cumplimiento sólo para algunos de ellos.

Tabla 3.1.1.14.
(Año 2003 -Altas Odontológicas)

Región	Servicio de Salud	Alta Odontológica				
		Meta Total	Realizadas Mujer	Realizadas Hombre	Total Realizadas	% Cumplimiento
I	ARICA	433	333	100	433	100%
I	IQUIQUE	403	445	0	445	110.42%
II	ANTOFAGASTA	525	331	191	522	99.43%
III	ATACAMA	590	452	145	597	101.19%
IV	COQUIMBO	1118	880	264	1144	102.33%
V	VALPARAISO	1634	1120	535	1655	101.29%
V	VIÑA DEL MAR	1483	856	612	1468	98.99%
V	ACONCAGUA	849	584	297	881	103.77%
VI	O'HIGGINS	706	582	124	706	100%
VII	MAULE	1820	1240	585	1825	100.27%
VIII	ÑUBLE	1356	1218	474	1692	124.78%
VIII	BIO BIO	1088	725	282	1007	92.56%
VIII	ARAUCO	606	368	238	606	100%
VIII	CONCEPCIÓN	1469	1020	515	1535	104.49%
VIII	TALCAHUANO	619	558	160	718	115.99%
IX	ARAUCANÍA SUR	699	581	124	705	100.86%
IX	ARAUCANÍA NORTE	719	438	150	588	81.78%
X	VALDIVIA	606	481	150	631	104.13%
X	OSORNO	858	571	290	861	100.35%
X	LLANCHIPAL	1590	1074	517	1591	100.06%
XI	AYSEN	129	106	24	130	100.78%
XII	MAGALLANES	70	74	0	74	105.71%
XIII	M. NORTE	903	615	299	914	101.22%
XIII	M. SUR	1126	782	371	1153	102.40%
XIII	M. CENTRAL ⁴²⁴	0	0	0	0	-
XIII	M. OCCIDENTE	1966	1471	716	2187	111.24%
XIII	M. ORIENTE	684	425	217	642	93.86%
XIII	M. SUR ORIENTE	1863	1296	622	1918	102.95%
	TOTAL	25912	18626	8002	26628	102.76%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

⁴²⁴ El Componente Odontológico comenzó a funcionar de forma regular en el Servicio de Salud Metropolitano Central a partir del año 2004.

Tabla 3.1.1.15.
(Año 2003- Prótesis)

Región	Servicio de Salud	Prótesis				
		Meta Total	Instaladas Mujer	Instaladas Hombre	Total Instaladas	% Cumplimiento
I	ARICA	319	218	101	319	100%
I	IQUIQUE	241	330	0	330	136.93%
II	ANTOFAGASTA	610	390	213	603	98.85%
III	ATACAMA	508	344	133	477	93.90%
IV	COQUIMBO	1184	910	301	1211	102.28%
V	VALPARAISO	598	409	282	691	115.55%
V	VIÑA DEL MAR	888	559	419	978	110.14%
V	ACONCAGUA	591	432	234	666	112.69%
VI	O'HIGGINS	569	459	120	579	101.76%
VII	MAULE	1418	1051	500	1551	109.38%
VIII	ÑUBLE	633	1414	559	1973	311.69%
VIII	BIO BIO	1645	1109	457	1566	95.20%
VIII	ARAUCO	606	378	239	617	101.82%
VIII	CONCEPCIÓN	1769	1362	667	2029	114.70%
VIII	TALCAHUANO	458	360	110	470	102.62%
IX	ARAUCANÍA SUR	711	631	117	748	105.20%
IX	ARAUCANÍA NORTE	1001	680	243	923	92.21%
X	VALDIVIA	258	237	85	322	124.81%
X	OSORNO	624	427	193	620	99.36%
X	LLANCHIPAL	1071	918	260	1178	109.99%
XI	AYSEN	103	82	21	103	100.00%
XII	MAGALLANES	30	30	0	30	100.00%
XIII	M. NORTE	615	487	258	745	121.14%
XIII	M. SUR	799	622	252	874	109.39%
XIII	M. CENTRAL	0	0	0	0	-
XIII	M. OCCIDENTE	1236	948	464	1412	114.24%
XIII	M. ORIENTE	382	246	168	414	108.38%
XIII	M. SUR ORIENTE	1333	1116	512	1628	122.13%
	TOTAL	20200	16149	6908	23057	114.14%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

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

Tal como se muestra en el Tabla 3.1.1.16, el componente IRA ha tenido una tendencia creciente en lo que respecta a su producción medida en número de salas IRA implementadas y fármacos distribuidos. Durante el período 1999 al 2003, el número de salas IRA se ha incrementado en alrededor de un 60%. Si bien este aumento puede parecer de una intensidad moderada, se debe considerar que el componente IRA comenzó a implementarse el año 1990, razón por la cual al año 1999 contaba con 280 salas IRA repartidas a lo largo de todo el país, estando presente ya desde el año 2000 en la totalidad de los Servicios de Salud. Por lo tanto, dentro del contexto y el horizonte de vida del componente IRA, la expansión de producción que muestra es, a juicio del equipo evaluador, significativa.

Cabe señalar, complementando lo anterior, que el componente IRA pasó de tener un promedio de 10 a 16 salas IRA por Servicio de Salud durante el período 1999 al 2003. Dicha cifra ilustra los esfuerzos que se ha realizado para masificar e integrar cada vez más las salas IRA a los establecimientos de Atención Primaria de Salud. Se observa también en el Tabla 3.1.1.16, que en la producción del componente IRA no se observan retrocesos, es decir, no se da un escenario en el cual un año determinado se implemente una sala IRA, y al año siguiente, ésta deje de funcionar. Esta característica habla de una cierta continuidad en la producción del componente, a pesar de que los convenios a través de los cuales se traspasan los recursos tienen una vigencia de un año.

Por lo tanto, se considera que en términos de producción del componente medido como número de salas IRA y fármacos distribuidos por año y según Servicios de Salud, el componente IRA es evaluado de manera muy favorable.

Tabla 3.1.1.16.

Región	Servicio de Salud	Número de salas						Número de Fármacos ⁴²⁵							
		1999	2000	2001	2002	2003	Var%	Salbutamol				Budesonida y Otros ⁴²⁶			
								2001	2002	2003	Var%	2001	2002	2003	Var%
I	ARICA	0	2	3	3	4		2100	2400	3200	52	250	750	1000	300
I	IQUIQUE	1	3	4	4	6	500	3000	3200	4800	60	300	1000	1500	400
II	ANTOFAGASTA	9	16	18	18	19	111	14000	14400	15200	9	2700	4500	4750	76
III	ATACAMA	5	8	10	10	12	140	7000	8000	9600	37	300	2500	3000	900
IV	COQUIMBO	14	16	17	17	18	29	13000	13600	14400	11	4000	4250	4500	13
V	VALPARAISO	10	10	12	12	14	40	9000	11040	12600	40	2890	3000	3500	21
V	VIÑA DEL MAR	14	16	18	19	22	57	13000	16560	19700	52	5480	4500	5500	0
V	ACONCAGUA	3	3	4	4	5	67	3000	3200	4000	33	200	1000	1250	525
VI	O'HIGGINS	11	19	21	21	23	109	16000	16800	18400	15	6800	5250	5750	-15
VII	MAULE	11	18	19	19	22	100	12000	15200	17600	47	1200	4750	5500	358
VIII	ÑUBLE	9	9	11	11	13	44	8000	8800	10400	30	2720	2750	3250	19
VIII	BIO BIO	9	9	10	10	12	33	7000	8720	10300	47	500	2500	3000	500
VIII	ARAUCO	7	11	12	12	13	86	9000	9600	10400	16	3150	3000	3250	3
VIII	CONCEPCIÓN	15	19	21	21	23	53	15000	18960	20500	37	1370	5250	5750	320
VIII	TALCAHUANO	9	9	11	11	12	33	8000	9520	10300	29	540	2750	3000	456
IX	ARAUCANÍA SUR	12	19	21	21	24	100	16000	18240	20600	29	12800	5250	6000	-53
IX	ARAUCANÍA NORTE	4	10	11	11	13	225	8000	8800	10400	30	500	2750	3250	550
X	VALDIVIA	5	7	9	9	11	120	7000	7200	8800	26	2200	2250	2750	25
X	OSORNO	3	7	9	9	10	233	7000	7200	8000	14	500	2250	2500	400
X	LLANCHIPAL	10	14	16	16	18	80	9000	12800	14400	60	3100	4000	4500	45
XI	AYSEN	3	5	6	6	7	133	4000	4800	5600	40	900	1500	1750	94
XII	MAGALLANES	4	5	7	7	8	100	3500	5600	6400	83	2500	1750	2000	-20
XIII	M. NORTE	12	12	14	14	16	33	16000	16240	17700	11	4150	3500	4000	-4
XIII	M. SUR	26	26	28	29	32	23	21000	26720	29800	42	6000	7000	8000	33
XIII	M. CENTRAL	14	15	17	17	19	36	11000	15040	16600	51	2000	4250	4750	137,5
XIII	M. OCCIDENTE	21	22	24	25	27	29	18000	22800	25100	39	4050	6000	6750	67
XIII	M. ORIENTE	15	15	16	16	16	7	16000	17120	17000	6	6050	4000	4000	-34
XIII	M. SUR ORIENTE	24	25	27	28	32	33	20000	26640	29700	49	2000	6750	7750	288
	TOTAL	280	350	396	400	451	61	295600	349200	391500	32	79150	99000	112500	42

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

⁴²⁵ No se cuenta con información sobre los fármacos del componente IRA para los años 1999 y 2000, por lo que no están considerados.

⁴²⁶ Sólo hay otros fármacos en el año 2001. En este caso, se incluyen dos tipos de medicamentos además de Budesonida:

- i) Beclometazona
- ii) Mezcla S + DPB

3.1.1.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

Tal como se muestra en la Tabla 3.1.1.17, el componente ERA ha tenido una tendencia creciente en lo que respecta a su producción medida en número de salas ERA implementadas y fármacos distribuidos. A pesar de que el componente es relativamente reciente, se puede apreciar que la expansión de su producción durante el período 2001 al 2003 ha sido acelerada. Como ejemplo, vemos que el año 2001 partió oficialmente el componente con sólo 15 salas ERA implementadas, sin embargo, ya para el año 2002, se contaba con 65, lo cual significó un aumento de más de 4 veces, llegando el año 2003 a tener ya 115 salas ERA implementadas. Esto revela una expansión de producción de más de 7 veces durante el período 2001 al 2003. Asimismo, el componente ERA da señales de estar en una etapa de alto crecimiento, en lo que respecta también a su cobertura territorial. Mientras el primer año (2001) el componente ERA sólo se encontraba presente en la Región Metropolitana, ya para el año 2003 éste cuenta con salas ERA en 12 de las 13 Regiones, y en 27 de los 28 Servicios de Salud de todo el país⁴²⁷.

Este fenómeno se debe, según lo extraído de diversas entrevistas, principalmente a los buenos resultados obtenidos por el componente IRA, ya que las salas ERA comparten una estructura muy similar y su funcionamiento responde a la misma lógica de trabajo. Desde esta perspectiva, puede decirse que las salas IRA abrieron el camino, debido a que al momento de implementar las primeras salas ERA, este modelo de trabajo ya se encontraba asimilado e integrado, tanto en la atención primaria de salud, como en los usuarios de la misma. Esto, sin duda, ha facilitado enormemente la expansión y el crecimiento en la producción del componente ERA.

También se aprecia que en la producción del componente ERA no existen retrocesos, es decir, no se da un escenario en el cual un año determinado se implemente una sala ERA, y al año siguiente, ésta deje de funcionar. Esta característica habla de una cierta continuidad en la producción del componente, a pesar de que los convenios a través de los cuales se traspasan los recursos tienen una vigencia de un año.

Por lo tanto, se considera que en términos de producción del componente medido como número de salas ERA y fármacos distribuidos por año y según Servicios de Salud, el componente ERA es evaluado de manera favorable.

⁴²⁷ Sólo en la XI Región, correspondiente al Servicio de Salud de Aysén no hay presencia del componente ERA el año 2003.

Tabla 3.1.1.17

Región	Servicio de Salud	Número de Salas				Número de Fármacos ⁴²⁸					
		2001	2002	2003	Var%	Salbutamol		Var%	Budesonida		Var%
						2002	2003		2002	2003	
I	ARICA	0	0	3		0	1650		0	1140	
I	IQUIQUE	0	0	2		0	1100		0	760	
II	ANTOFAGASTA	0	0	1		0	550		0	380	
III	ATACAMA	0	0	1		0	550		0	380	
IV	COQUIMBO	0	0	3		0	1650		0	1140	
V	VALPARAISO	0	3	4	33	1650	2200	33	1140	1520	33
V	VIÑA DEL MAR	0	3	5	67	1650	2200	33	1140	1520	33
V	ACONCAGUA	0	0	1		0	550		0	380	
VI	O'HIGGINS	0	0	2		0	1100		0	760	
VII	MAULE	0	0	4		0	2200		0	1520	
VIII	ÑUBLE	0	0	1		0	550		0	380	
VIII	BIO BIO	0	0	2		0	1100		0	760	
VIII	ARAUCO	0	0	1		0	550		0	380	
VIII	CONCEPCIÓN	0	3	4	33	1650	2200	33	1140	1520	33
VIII	TALCAHUANO	0	3	3	0	1650	1650	0	1140	1140	0
IX	ARAUCANÍA SUR	0	3	5	67	1650	2750	67	1140	1900	67
IX	ARAUCANÍA NORTE	0	0	2		0	1100		0	760	
X	VALDIVIA	0	0	1		0	550		0	380	
X	OSORNO	0	0	2		0	1100		0	760	
X	LLANCHIPAL	0	0	3		0	1650		0	1140	
XI	AYSEN	0	0	0		0	0		0	0	
XII	MAGALLANES	0	0	2		0	1100		0	760	
XIII	M. NORTE	2	7	9	350	3850	4950	29	2660	3420	29
XIII	M. SUR	3	11	14	367	6050	7700	27	4180	5320	27
XIII	M. CENTRAL	2	6	8	300	3300	4400	33	2280	3040	33
XIII	M. OCCIDENTE	3	11	14	367	6050	7700	27	4180	5320	27
XIII	M. ORIENTE	2	4	5	150	2200	2750	25	1520	1900	25
XIII	M. SUR ORIENTE	3	11	13	333	6050	7150	18	4180	4940	18
	TOTAL	15	65	115	667	35750	62700	75	24700	43320	75

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

⁴²⁸ No se cuenta con información sobre los fármacos del componente ERA para el año 2001, por lo que no está considerado.

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

Para este componente no se cuenta con información del número de radiografías de tórax efectivamente realizadas; en su defecto, se presentan las proyecciones realizadas en el nivel central en función de las cuales se entregan los recursos.

Tal como se muestra en la Tabla 3.1.1.18, el componente ha experimentado un crecimiento en lo que respecta a su producción medida como número de radiografías proyectadas. Se observa un aumento de 65% de un año a otro (2002 a 2003). Para el año 2002, el componente Apoyo Diagnóstico se presenta en sólo cuatro regiones, sin embargo, para el año siguiente, doce regiones cuentan con el componente. Sólo el Servicio de Salud Aysén está excluido de los beneficios del Apoyo Diagnóstico para enfermedades respiratorias.

Una hipótesis que se puede plantear, sobre la base de las entrevistas realizadas, es que la producción efectiva del componente sea mayor a la presentada en la Tabla 3.1.1.18. Dado que el convenio estipula el número de placas a realizar según el valor del arancel FONASA nivel 1, una adecuada gestión del Servicio de Salud permite llevar a cabo mejores convenios con centros radiológicos, lo que se traduce en precios más bajos por el mismo servicio y a su vez permite realizar un número de radiografías mayor.

Tabla 3.1.1.18.

Región	Servicio de Salud	Número de Placas a realizar	
		2002	2003
I	ARICA	-	816
I	IQUIQUE	-	753
II	ANTOFAGASTA	-	1586
III	ATACAMA	-	1192
IV	COQUIMBO	-	2684
V	VALPARAÍSO	1307	2097
V	VIÑA DEL MAR	905	3736
V	ACONCAGUA	-	1104
VI	O'HIGGINS	-	3539
VII	MAULE	-	4322
VIII	ÑUBLE	-	2057
VIII	BIO BIO	-	1870
VIII	ARAUCO	-	746
VIII	CONCEPCIÓN	1536	2659
VIII	TALCAHUANO	1633	1711
IX	ARAUCANÍA SUR	1866	3209
IX	ARAUCANÍA NORTE	-	990
X	VALDIVIA	-	1667
X	OSORNO	-	1165
X	LLANCHIPAL	-	1966
XI	AYSEN	-	-
XII	MAGALLANES	-	635
XIII	M. NORTE	4213	2751
XIII	M. SUR	6138	4354
XIII	M. CENTRAL	4507	3113
XIII	M. OCCIDENTE	6133	4145
XIII	M. ORIENTE	1915	3143
XIII	M. SUR ORIENTE	8017	4852
	TOTAL	38170	62862

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

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

a) Número de establecimientos SAPU en operación (1999-2003):

La Tabla 3.1.1.19 muestra la evolución del número de establecimientos SAPU que se encuentran en operación durante el período 1999-2003, a nivel de región y Servicios de Salud.⁴²⁹ Los datos dan cuenta de que el número de SAPU implementados en todo el país experimentó un aumento de 37,7%

Tabla 3.1.1.19.⁴³⁰

Región	Servicio de Salud	Número de establecimientos SAPU				
		1999	2000	2001	2002	2003
I	ARICA	1	1	1	1	1
I	IQUIQUE	1	1	2	3	3
II	ANTOFAGASTA	2	2	3	3	3
III	ATACAMA	1	1	1	1	1
IV	COQUIMBO	5	5	5	5	6
V	VALPARAISO	5	5	6	5	5
V	VIÑA DEL MAR	3	3	3	3	4
V	ACONCAGUA	0	0	0	0	0
VI	O'HIGGINS	1	1	1	1	4
VII	MAULE	4	4	4	4	5
VIII	ÑUBLE	0	0	0	1	1
VIII	BIO BIO	1	1	1	1	2
VIII	ARAUCO	0	0	0	0	0
VIII	CONCEPCIÓN	3	3	3	3	4
VIII	TALCAHUANO	1	1	1	1	2
IX	ARAUCANÍA SUR	2	2	2	2	2
IX	ARAUCANÍA NORTE	0	0	0	0	0
X	VALDIVIA	0	0	0	0	1
X	OSORNO	1	1	1	1	1
X	LLANCHIPAL	0	0	0	0	1
XI	AYSEN	0	0	0	0	0
XII	MAGALLANES	0	0	0	0	0
XIII	M. NORTE	6	6	6	6	7
XIII	M. SUR	6	6	7	7	7
XIII	M. CENTRAL	2	2	2	4	4
XIII	M. OCCIDENTE	5	5	6	6	6
XIII	M. ORIENTE	6	6	6	6	6
XIII	M. SUR ORIENTE	5	6	7	8	8
	TOTAL	61	62	68	72	84

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

⁴²⁹ Los datos expuestos consideran todos los tipos de SAPU, incluyendo los tres grupos de horario de funcionamiento y SAPU de verano.

⁴³⁰ Si bien el equipo evaluador intentó reconstituir los datos de número de establecimientos SAPU clasificados de acuerdo a horario de atención, esto no fue posible de realizar debido a que se encontraron amplias discordancias entre distintas fuentes de información y sólo se obtuvieron datos para algunos años.

b) Número de atenciones en establecimientos SAPU (2001-2003)

La información sobre atenciones realizadas en establecimientos SAPU a lo largo de todo el país se encuentra sólo disponible a partir del año 2001⁴³¹.

La Tabla 3.1.1.20 muestra la evolución en el número de atenciones anuales efectuadas en SAPU para el período 2001-2003 por región y Servicio de Salud.

Los datos permiten observar que en dicho período el número de atenciones en SAPU se incrementó en un 13,7%.

Tabla 3.1.1.20.

Región	Servicio de Salud	Número de Atenciones en SAPU			variación porcentual 2001-2003
		2001	2002	2003	
I	ARICA	25.824	21.372	25.899	0,29%
I	IQUIQUE	47.209	41.770	43.881	-7,05%
II	ANTOFAGASTA	86.955	86.522	90.822	4,45%
III	ATACAMA	3.460	11.307	4.989	44,19%
IV	COQUIMBO	82.276	76.663	81.594	-0,83%
V	VALPARAISO	88.564	124.908	108.630	22,66%
V	VIÑA DEL MAR	78.016	115.560	159.941	105,01%
V	ACONCAGUA	0	0	0	-
VI	O'HIGGINS	55.994	38.448	31.142	-44,38%
VII	MAULE	98.133	98.794	112.811	14,96%
VIII	ÑUBLE	0	16.753	27.425	63,70% ⁴³²
VIII	BIO BIO	23.579	20.021	46.981	99,25%
VIII	ARAUCO	0	0	0	-
VIII	CONCEPCIÓN	125.385	134.714	151.714	21,00%
VIII	TALCAHUANO	84.553	78.401	58.273	-31,08%
IX	ARAUCANÍA SUR	57.610	86.512	83.391	44,75%
IX	ARAUCANÍA NORTE	0	0	0	-
X	VALDIVIA	0	0	15.143	
X	OSORNO	46.204	44.675	42.022	-9,05%
X	LLANCHIPAL	0	0	12.385	
XI	AYSEN	0	0	0	-
XII	MAGALLANES	0	0	0	-
XIII	M. NORTE	414.327	475.988	502.916	21,38%
XIII	M. SUR	303.183	319.868	333.835	10,11%
XIII	M. CENTRAL	95.040	121.812	137.901	45,10%
XIII	M. OCCIDENTE	398.869	420.157	431.455	8,17%
XIII	M. ORIENTE	417.249	412.613	375.884	-9,91%
XIII	M. SUR ORIENTE	465.093	474.305	529.227	13,79%
	TOTAL	2.997.523	3.221.163	3.408.261	13,70%

Fuente: Bases de datos de Atención Primaria y del Departamento de Estadísticas e Información en Salud. MINSAL

⁴³¹ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado

⁴³² Dado que el componente no contaba con establecimientos SAPU en el Servicio de Salud Ñuble en el año 2001, en este caso se consideró la variación 2002-2003.

3.1.2. Beneficiarios Efectivos del Programa y sus Componentes

3.1.2.1. Cuantificar y caracterizar a los beneficiarios efectivos

3.1.2.1.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

a) Beneficiarios Efectivos:

No es posible determinar un número de beneficiarios efectivos de las líneas de acción OIRS⁴³³, sectorización y gestión, y registro de lista de espera de interconsulta debido a que no se cuenta con esta información.

Para la línea de acción odontológica el número de beneficiarios efectivos puede ser aproximado por el número de altas odontológicas totales realizadas en niños de 6 y 12 años durante el año 2003 - con corte en Septiembre -. Esta estimación se sustenta en el hecho de que toda persona recibió, durante el período en cuestión, sólo una vez el alta odontológica total. Las tablas que muestran estos resultados fueron presentadas en la sección 3.1.1.1 (Tablas 3.1.1.7 y 3.1.1.8).

b) Beneficiarios Institucionales

El componente Fondo de Incentivo se encuentra presente en 23 Servicios de Salud para el año 1999, sin embargo, en el año siguiente se extiende a los 28 Servicios, situación que se mantiene hasta el año 2003.

Como se observa en la Tabla 3.1.2.1, el número de beneficiarios institucionales a nivel de comunas experimentó un leve descenso para el período 2001-2003 (con un momentáneo aumento en el 2002). De todos modos, el componente se encuentra presente casi en la totalidad de comunas del país.

Tabla 3.1.2.1.

Beneficiario Institucional	1999 ⁴³⁴	2000	2001	2002	2003	variación porcentual 1999-2003
Servicios de Salud	23	28	28	28	28	21,74%
Comunas	-	-	323	328	316	-2,17%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL.

3.1.2.1.2 Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

a) Beneficiarios Efectivos:

Para el caso del Componente Odontológico, los beneficiarios efectivos entre 1999 y 2003 pueden ser aproximados a través del número de altas odontológicas que se

⁴³³ Las atenciones realizadas en la OIRS podrían ser una buena Proxy de los beneficiarios efectivos, sin embargo, tampoco se cuenta con esta información.

⁴³⁴ No se cuenta con información del número de comunas con componente para los años 1999 y 2000.

entregaron en dicho período. Los supuestos detrás de esta estimación son que ninguna persona logró acceder más de una vez a las atenciones del componente y que ninguna prótesis entregada por concepto del componente fue instalada en pacientes que no recibieron alta odontológica bajo este mismo concepto⁴³⁵.

De acuerdo a los datos exhibidos en las tablas 3.1.1.9 a 3.1.1.15, durante el período 1999-2003, el número de beneficiarios efectivos experimentó un crecimiento de 266,91% sobre su valor inicial, con lo que, hasta el año 2003, se dio atención odontológica integral a 54.580 mujeres y 8.913 hombres en todo el país, lo que da un total de 63.493 pacientes atendidos.

b) Beneficiarios Institucionales

La siguiente tabla muestra el número de beneficiarios institucionales del componente Odontológico para el período 1999-2003. La información a nivel de establecimientos sólo está disponible hasta el año 2001.

Tanto a nivel comunal como de Servicios de Salud es posible apreciar la gran expansión que ha experimentado el componente en el período bajo análisis, destacándose el importante incremento de un 355% en el número de comunas beneficiarias.

Tabla 3.1.2.2.

Beneficiario Institucional	1999	2000	2001	total 2002	2002		2003	variación porcentual 1999-2003
					mujeres	hombres		
Servicios de Salud	22	22	26	27	27	24	27	22,73%
Comunas	49	49	79	141	136	58	223	355,10%
Establecimientos	53	53	85	-	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL⁴³⁶

3.1.2.1.3 Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

a) Beneficiarios Efectivos:

No es posible determinar un número de beneficiarios efectivos del componente IRA debido a que sólo se registra información sobre número de atenciones entregadas y no de pacientes atendidos. Si embargo, el equipo evaluador no tuvo acceso a información de calidad de parte de los Servicios de Salud sobre las estadísticas de atenciones del componente. Al respecto, el equipo evaluador sólo cuenta con la información primaria

⁴³⁵ De acuerdo a la opinión de un informante calificado en MINSAL, el componente Odontológico está orientado a cumplir con el primer supuesto, es decir, ninguna persona podría ser elegible para las atenciones del mismo si ya fue beneficiaria en algún momento del tiempo. En relación al segundo supuesto, si bien en los documentos del componente no se hace mención respecto a la posibilidad de instalar prótesis sin dar alta odontológica al paciente, las entrevistas con algunos informantes clave en distintos niveles de ejecución entregan cierto indicio de que esto no parece ocurrir en la práctica.

⁴³⁶ Cabe señalar que desde el año 2002 no se cuenta con información de número de establecimientos beneficiarios debido a que el Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos deja a criterio de cada municipio la posibilidad de realizar atenciones en consultas dentales privadas, por cuanto a nivel central no existe una cuantificación de dichos recintos.

extraída de las encuestas a los beneficiarios del componente. Dichas estadísticas no permiten cuantificar a los beneficiarios efectivos del componente, sin embargo, es posible obtener una caracterización estadísticamente representativa de los mismos. Así, en términos generales, se aprecia en las tablas presentadas a continuación que una proporción significativa de los encuestados⁴³⁷ reporta que los diagnósticos por los cuales los pacientes han recibido atención en salas IRA se enmarcan dentro de las patologías que el componente teóricamente, según los documentos oficiales, debe atender. Lo anterior queda de manifiesto al ver que más del 85% de los diagnósticos se encuentran concentrados entre Neumonía, Bronquitis Obstructiva o SBO, y Asma.

Es interesante también observar que un porcentaje importante, de casi un 38% de los encuestados, reporta que el paciente padece alguna enfermedad respiratoria crónica, lo que representa un aporte significativo a la atención primaria debido a que, según conocimiento extraído de informantes calificados, éstos pacientes eran anteriormente tratados en otros niveles de atención de salud.

Por otro lado, respecto de los tipos de prestaciones de salud que entrega el componente IRA, los datos revelan que las sesiones de ejercicios kinésicos son la prestación más significativa. Del mismo modo, el kinesiólogo representa al profesional más mencionado dentro del equipo de salud del componente.

Tabla 3.1.2.3: Número de Atenciones en Salas IRA según diagnóstico.

último diagnóstico recibido	Nº de casos ⁴³⁸	Porcentaje
neumonía	793	13,82%
bronquitis obstructiva	3.323	57,92%
asma bronquial	773	13,47%
fibrosis quística	39	0,68%
otras enfermedades respiratorias crónicas	78	1,36%
enfermedades respiratorias altas	265	4,62%
otras enfermedades respiratorias no especificada	156	2,72%
no bien especificado	310	5,40%
Total	5.737	100%

Tabla 3.1.2.4: Beneficiarios de Salas IRA con enfermedades respiratorias crónicas.

¿padece enfermedad respiratoria crónica?	Nº de casos ⁴³⁹	porcentaje
Sí	2.178	37,96%
No	3.367	58,69%
no sabe	192	3,35%
Total	5.737	100%

⁴³⁷ Debido a que el componente IRA atiende en su mayoría a niños, los encuestados no son directamente los beneficiarios sino que, en general, sus madres. La descomposición exacta de la relación de parentesco de los encuestados con los beneficiarios de la muestra se encuentra en el anexo de tabulación de la encuesta.

⁴³⁸ El número de casos expresado representa al número de encuestados que contestaron la pregunta multiplicado por un factor de expansión.

⁴³⁹ El número de casos expresado representa al número de encuestados que contestaron la pregunta multiplicado por un factor de expansión.

Tabla 3.1.2.5: Número de Atenciones en Salas IRA según tipos de prestaciones realizadas.

último tipo de servicio recibido	Nº de casos ⁴⁴⁰	porcentaje ⁴⁴¹
consulta con médico IRA	2.951	51,56%
sesiones de ejercicios kinésicos	4.269	74,59%
control de salud por enf. respiratoria crónica	618	10,80%
control de salud por enf. respiratoria aguda	687	12,00%
hospitalización abreviada	120	2,10%
sin dato	5	0,09%
Total	8.650	

Tabla 3.1.2.6: Número de Atenciones en Salas IRA según los profesionales que la realizaron.

último profesional que lo atendió	Nº de casos ⁴⁴²	porcentaje ⁴⁴³
médico IRA	2762	48,14%
kinesiólogo IRA	4398	76,66%
auxiliar médico	337	5,87%
Total	7.497	

b) Beneficiarios Institucionales

El componente IRA muestra una tendencia creciente en cuanto a beneficiarios institucionales. Lo anterior se ve reflejado en un aumento del 40% en los establecimientos de atención primaria que cuentan con salas IRA durante el período de 1999 al 2003. También se observa un incremento en el número de comunas a lo largo del país con salas IRA, ya que estas últimas han aumentado en más de un 10% entre los años 2000 al 2003. Estas cifras son significativas, considerando que el componente IRA, ya dejó atrás sus primeros años de implementación donde debe haber experimentado las mayores expansiones.

⁴⁴⁰ El número de casos expresado representa al número de encuestados que contestaron la pregunta multiplicado por un factor de expansión.

⁴⁴¹ La suma total de los porcentajes es superior al 100% debido a que los porcentajes de cada categoría están calculados sobre el total de beneficiarios encuestados, y no sobre el total de casos. Este último número es mayor porque cada encuestado podía responder en más de una categoría. (pregunta de respuesta múltiple).

⁴⁴² El número de casos expresado representa al número de encuestados que contestaron la pregunta multiplicado por un factor de expansión.

⁴⁴³ La suma total de los porcentajes es superior al 100% debido a que los porcentajes de cada categoría están calculados sobre el total de beneficiarios encuestados, y no sobre el total de casos. Este último número es mayor porque cada encuestado podía responder en más de una categoría. (pregunta de respuesta múltiple).

Tabla 3.1.2.7

Beneficiario Institucional	1999⁴⁴⁴	2000	2001	2002	2003	variación porcentual 1999-2003
Servicios de Salud	27	28	28	28	28	3,70%
Comunas	-	187	204	204	223	19,25%
Establecimientos	280	319	358	367	411	46,79%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

3.1.2.1.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

a) Beneficiarios Efectivos:

No es posible determinar un número de beneficiarios efectivos del componente ERA debido a que sólo se registra información sobre número de atenciones entregadas y no de pacientes atendidos. Si embargo, el equipo evaluador no tuvo acceso a información de calidad de parte de los Servicios de Salud sobre las estadísticas de atenciones del componente. Al respecto, el equipo evaluador sólo cuenta con la información primaria extraída de las encuestas a los beneficiarios del componente. Dichas estadísticas no permiten cuantificar los beneficiarios efectivos del componente, sin embargo, es posible obtener una caracterización estadísticamente representativa de los mismos. Así, en términos generales, se aprecia en las tablas presentadas a continuación, que una proporción significativa de los encuestados⁴⁴⁵ reporta que los diagnósticos por los cuales los pacientes han recibido atención en salas ERA se enmarcan dentro de las patologías que el componente teóricamente, según los documentos oficiales, debe atender. Lo anterior queda de manifiesto al ver que más del 70% de los diagnósticos se encuentran concentrados entre Neumonía, Bronquitis, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Asma.

Es interesante también observar que un porcentaje muy importante de los encuestados, más del 75%, reporta que el paciente padece alguna enfermedad respiratoria crónica, lo cual indicaría un aporte de la atención primaria a la costo efectividad de las acciones en la red de prestadores públicos, debido a que, según conocimiento extraído de informantes calificados, estos pacientes eran anteriormente tratados en otros niveles de atención de salud.

Por otro lado, respecto de los tipos de prestaciones de salud que entrega el componente ERA, los datos revelan que las consultas con el médico ERA son la prestación más frecuente. Del mismo modo, el médico ERA es el profesional más mencionado dentro del equipo de salud del componente.

⁴⁴⁴ No se cuenta con información sobre comunas y establecimientos para el año 1999. Por esta razón, no se incluye el número de comunas, y además el número de establecimientos corresponde al número de salas IRA, asumiendo que ambos son similares.

⁴⁴⁵ Debido a que el componente ERA atiende a una gran proporción de adultos mayores, es posible que los encuestados no sean directamente los beneficiarios sino que, en algunos casos, familiares que se encargan de ellos. La descomposición exacta de la relación de parentesco de los encuestados con los beneficiarios de la muestra se encuentra en el anexo de tabulación de la encuesta.

Tabla 3.1.2.8: Número de Atenciones en Salas ERA según diagnóstico.

último diagnóstico recibido	Nº de casos	porcentaje
neumonía	80	5,51%
bronquitis aguda	216	14,87%
enfermedad pulmonar obstructiva crónica	255	17,55%
asma bronquial	518	35,65%
control	188	12,94%
otras enfermedades	44	3,03%
no bien especificado	152	10,46%
Total	1.453	100%

Tabla 3.1.2.9: Beneficiarios de Salas ERA con enfermedades respiratorias crónicas.

padece enfermedad respiratoria crónica	Nº de casos	porcentaje
Sí	1.146	78,87%
No	268	18,44%
no sabe	39	2,68%
Total	1.453	100%

Tabla 3.1.2.10: Número de Atenciones en Salas ERA según tipos de prestaciones realizadas

último tipo de servicio recibido	Nº de casos	porcentaje ⁴⁴⁶
consulta con médico era	848	58,36%
sesiones de ejercicios kinésicos	462	31,80%
control de salud por enf. respiratoria crónica	586	40,33%
control de salud por enf. respiratoria aguda	142	9,77%
hospitalización abreviada	38	2,62%
ver exámenes y radiografías	20	1,38%
Nebulización	18	1,24%
retirar inhaladores	8	0,55%
toma de presión y peso	4	0,28%
control no especificado	14	0,96%
no bien especificado	30	2,06%
Total	2.170	

⁴⁴⁶ La suma total de los porcentajes es superior al 100% debido a que los porcentajes de cada categoría están calculados sobre el total de beneficiarios encuestados, y no sobre el total de casos. Este último número es mayor porque cada encuestado podía responder en más de una categoría (pregunta de respuesta múltiple).

Tabla 3.1.2.11: Número de Atenciones en Salas ERA según los profesionales que la realizaron.

último profesional que lo atendió	Nº de casos	porcentaje ⁴⁴⁷
médico era	924	63,59%
kinesiólogo era	403	27,74%
enfermera era	490	33,72%
auxiliar médico	60	4,13%
Total	1.877	

b) Beneficiarios Institucionales

En el componente ERA, el número de beneficiarios institucionales se incrementó en un 350% en cuanto a Servicios de Salud, en un 380% en cuanto a comunas, y en un 660% en términos de establecimientos de atención primaria con salas ERA, durante el período 2001-2003. De este modo, se puede apreciar que el componente ERA ha expandido fuertemente el número de beneficiarios institucionales en todas las categorías antes mencionadas. Este proceso se ve acentuado y explicado, en parte, por los encargados del componente a nivel central y, como se señaló en el punto anterior, por la reciente implementación del componente ERA en la atención primaria, y además por los buenos resultados sanitarios y de aceptación social mostrados en años anteriores por el componente IRA.

Cabe señalar, que sin perjuicio de lo anterior, el componente ERA se encuentra todavía en una etapa inicial en lo que a comunas y establecimientos beneficiarios se refiere; ya que aún existe una cantidad importante de comunas y establecimientos de atención primaria sin el componente.

Tabla 3.1.2.12

Beneficiario Institucional	2001	2002	2003	variación porcentual 2001-2003
Servicios de Salud	6	11	27	350%
Comunas	15	42	72	380%
Establecimientos	15	64	114	660%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

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

a) Beneficiarios Efectivos:

No es posible presentar el número de beneficiarios efectivos del componente Apoyo

⁴⁴⁷ La suma total de los porcentajes es superior al 100% debido a que los porcentajes de cada categoría están calculados sobre el total de beneficiarios encuestados, y no sobre el total de casos. Este último número es mayor porque cada encuestado podía responder en más de una categoría (pregunta de respuesta múltiple).

Diagnóstico por no contar con dicha información, ya que ésta no se consolida en el nivel central.

b) Beneficiarios Institucionales

El componente muestra un considerable aumento de beneficiarios institucionales. Esto se ve reflejado en el crecimiento de un 170% de los Servicios de Salud que cuentan con apoyo radiológico. También experimentó un significativo aumento el número de comunas a nivel nacional que accedieron a la toma de radiografías de tórax por este componente, con un incremento de 254% aproximadamente.

Cabe señalar que no se cuenta con información acerca de los establecimientos beneficiarios para el año 2003.

Tabla 3.1.2.13.

Beneficiario Institucional	2002	2003⁴⁴⁸	variación porcentual 2002-2003
Servicios de Salud	10	27	170%
Comunas	39	138	253.85%
Establecimientos	65	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

3.1.2.1.6 Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

a) Beneficiarios Efectivos

No es posible determinar un número de beneficiarios efectivos del componente SAPU debido a que sólo se consolida información sobre el número de atenciones entregadas y no de pacientes atendidos⁴⁴⁹.

b) Beneficiarios Institucionales

La tabla que se presenta a continuación resume el número de beneficiarios institucionales del componente SAPU para el período 1999-2003.

La evolución temporal indica un aumento sostenido del número de comunas y establecimientos beneficiarios en los últimos cinco años, de modo tal que en dicho período se incrementaron los establecimientos en casi un 38%, mientras que el número de comunas y Servicios de Salud beneficiarios crecieron en un 25 y un 15% respectivamente.

⁴⁴⁸ No se cuenta con información sobre el número de establecimientos de atención primaria que contaban con el componente el año 2003.

⁴⁴⁹ Fuente: MINSAL. Entrevista con informante calificado

Tabla 3.1.2.14

Beneficiario Institucional	1999	2000	2001	2002	2003	variación porcentual 1999-2003
Servicios de Salud	20	20	20	21	23	15%
Comunas	52	51	53	59	65	25%
Establecimientos	61	62	68	73	84	37,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

3.1.2.2. Análisis de Cobertura

3.1.2.2.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

a) Cobertura del Componente:

No se presenta la cobertura efectiva de las líneas de acción sectorización, OIRS y registro y gestión de listas de espera de interconsulta, dada la dificultad de determinar beneficiarios efectivos para éstas.

La Tabla 3.1.2.15 presenta la cobertura de la línea de acción odontológica para niños de 6 y 12 años por región. Ésta se ha construido utilizando los beneficiarios efectivos presentados en la Tabla 3.1.2.1 en base a la información existente - en el nivel central - de alta odontológica total hasta el mes de Septiembre y los beneficiarios potenciales presentados en el capítulo de descripción. Los supuestos detrás de este análisis son que la población potencial estimada representa el conjunto elegible de beneficiarios y que ningún sujeto puede ser beneficiario de esta línea más de una vez durante el período analizado.

Tabla 3.1.2.15

Región	cobertura en niños de 6 años	cobertura en niños de 12 años
I	76%	27%
II	57%	41%
III	20%	12%
IV	42%	27%
V	95%	39%
VI	61%	28%
VII	68%	29%
VIII	51%	22%
IX	43%	20%
X	57%	29%
XI	66%	45%
XII	59%	27%
RM	62%	27%
TOTAL	60%	27%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL

Para calcular la cobertura institucional se consideran 28 Servicios de Salud - se excluye Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente - y las 342 comunas a lo largo del país.

Como se desprende de la Tabla 3.1.2.16, el Fondo de Incentivo se encuentra en la totalidad de los Servicios desde el año 2000. A nivel de comunas, aunque aún existen espacios no cubiertos, el porcentaje es superior al 90% para todos los años que se cuenta con información. El año 2003 presenta una caída en la cobertura comunal, llegando incluso por debajo de lo alcanzado el año 2001⁴⁵⁰.

Existe una amplia difusión del componente entre los municipios. Una posible justificación para este hecho es que las comunas por la sola suscripción del compromiso recibirán un monto de recursos independiente del cumplimiento de metas. De este modo, el componente inyecta recursos a la atención primaria para actividades que de todos modos deben realizar en ausencia del incentivo, puesto que la mayoría de las líneas de acción son parte de los compromisos de gestión anuales entre el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud.

Tabla 3.1.2.16

Cobertura Institucional	1999	2000	2001	2002	2003
Servicios de Salud	82%	100%	100%	100%	100%
Comunas	-	-	94%	96%	92%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL, FONASA.

b) Cobertura Planificada

La cobertura planificada para la línea de acción odontológica de este componente corresponde al total de beneficiarios efectivos sobre el total de beneficiarios objetivo, es decir, a los porcentajes de cumplimiento en altas odontológicas totales. El cálculo de estos porcentajes ya fue presentado en las Tabla 3.1.1.7 para los niños de 6 años y en la Tabla 3.1.1.8 para los niños de 12 años.

No es posible presentar la cobertura para las restantes líneas de acción por no contar con los beneficiarios efectivos de éstas.

⁴⁵⁰ Los cambios en cobertura dependen única y exclusivamente de que las comunas decidan participar o no del Fondo de Incentivo. Esta decisión está sujeta a las líneas de acción a incentivar, la situación inicial de los establecimientos de atención primaria respecto a estas líneas y lo exigido para obtener el incentivo. Así, si la meta es muy lejana a la realidad del establecimiento, se decide no suscribir el convenio del Fondo de Incentivo.

3.1.2.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

a) Cobertura del Componente:

Para analizar la cobertura efectiva del componente a nivel de beneficiarios, tal como se hizo en la determinación de la población potencial, es necesario separar el componente en dos períodos:

a.i) Componente Odontológico para Mujeres Jefas de Hogar (1999- 2001)

La siguiente tabla muestra la evolución de la cobertura alcanzada por el componente Odontológico durante el período 1999-2003.

El primer supuesto detrás de este análisis es que la población potencial estimada en el capítulo de descripción del componente representa el conjunto elegible de beneficiarios al año 1999. Por otra parte, el análisis supone también que dicho conjunto no cambia significativamente durante el período de estudio, por cuanto al aumentar el número de beneficiarios efectivos cada año, inequívocamente debe aumentar la cobertura acumulada.⁴⁵¹ Finalmente, la estimación asume que ningún sujeto puede ser beneficiario del componente más de una vez durante dicho período y que el conjunto efectivo corresponde efectivamente a un subconjunto del potencial⁴⁵².

Como se puede apreciar, los datos muestran que, concluido el año 2001, el componente alcanza una cobertura acumulada cercana a un 21% de su población potencial.

Tabla 3.1.2.17

Región	Cobertura 1999 ⁴⁵³	Cobertura 2000	Cobertura acumulada 2000	Cobertura 2001	Cobertura acumulada 2001
I	9.29%	8.78%	18.08%	8.6%	26.68%
II	10.08%	9.25%	19.33%	6.4%	25.72%
III	7.13%	0.00%	7.13%	4.9%	12.01%
IV	5.52%	5.87%	11.39%	4.8%	16.18%
V	11.30%	10.36%	21.66%	12.8%	34.47%
VI	5.81%	5.34%	11.15%	6.3%	17.41%
VII	15.26%	9.25%	24.51%	11.4%	35.86%
VIII	5.76%	5.94%	11.70%	9.0%	20.70%
IX	1.75%	3.06%	4.81%	6.3%	11.09%
X	9.30%	8.94%	18.24%	9.1%	27.37%
XI	23.34%	19.76%	43.10%	17.0%	60.14%
XII	0%	0%	0%	5.7%	5.67%
RM	7.19%	6.20%	13.39%	7.4%	20.82%
TOTAL	7.74%	6.85%	14.59%	8.5%	23.10%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos MINSAL, FONASA.

⁴⁵¹ Esto equivale a suponer que en el cálculo de la cobertura, el denominador de la expresión se mantuvo constante entre los años 1999 y 2001.

⁴⁵² Esto equivale a decir que el componente cumple a cabalidad con sus criterios de elección de beneficiarios.

⁴⁵³ Por ser el año 1999 el primero que comprende el presente estudio, la cobertura del año coincide con la cobertura acumulada.

a.ii) Componente Odontológico para mujeres y hombres de escasos recursos (2002-2003)

Las siguientes tablas muestran la evolución de la cobertura del componente durante los años 2002 y 2003 respecto a la población potencial estimada en el primer capítulo, de acuerdo a las definiciones de grupo 1, grupo 2 y grupo 3⁴⁵⁴.

Los supuestos detrás de esta estimación son básicamente los mismos que se utilizaron en a), es decir:

- La población potencial ya estimada representa el conjunto elegible de beneficiarios al año 2002.
- Dicho conjunto no cambia significativamente durante el período de estudio (2002-2003)⁴⁵⁵.
- La estimación asume que ningún sujeto puede ser beneficiario del componente más de una vez durante dicho período.
- El conjunto efectivo corresponde a un subconjunto del potencial⁴⁵⁶.

Para la estimación de la cobertura acumulada, dada la redefinición de la población potencial en el año 2002, fue necesario estimar cuántas de las beneficiarias efectivas del componente mujeres jefas de hogar entre 1999 y 2001 correspondían a población elegible por el componente mujeres y hombres de escasos recursos. Dado que no se cuenta con datos sobre niveles educacionales ni de edad de las mujeres que se atendieron entre esos años, se debió realizar una estimación a través de la encuesta CASEN 2000, sobre la base de las poblaciones potenciales expuestas en el primer capítulo de este documento⁴⁵⁷. Obtenido ese número, estas personas se sumaron a las atendidas por el componente mujeres y hombres de escasos recursos en los años 2002 y 2003, para obtener la cobertura acumulada total del período 1999-2003.

Como se puede apreciar, la cobertura alcanzada por el componente hacia finales del año 2003, se relaciona estrechamente a las definiciones de los tres grupos de población potencial ya expuestas. En efecto, la cobertura acumulada en dicho año asciende a un 21%, 17% y 14% para grupo 1, grupo 2 y grupo 3, respectivamente. Sin embargo, común a todas las definiciones, se encuentra evidencia de una muy superior cobertura anual a la población femenina por sobre la masculina. Según la información exhibida para el año 2003, de acuerdo a las tres definiciones, la cobertura de las mujeres supera en más de 8 veces la cobertura alcanzada por los hombres.

⁴⁵⁴ Consultar sección 4.1.2 b) del primer capítulo de este documento.

⁴⁵⁵ Esto equivale a suponer que en el cálculo de la cobertura el denominador de la expresión se mantuvo constante entre los años 2002 y 2003.

⁴⁵⁶ Nuevamente, esto equivale a decir que el componente cumple a cabalidad con sus criterios de elección de beneficiarios.

⁴⁵⁷ En concreto, se estimó a través de CASEN 2000 el número de personas, a nivel regional, que cumplían con las siguientes características: ser mujer, jefa de hogar, tener entre 18 y 55 años cumplidos, ser beneficiaria del sistema público de salud, encontrarse bajo la línea de la pobreza y, sólo para los grupos 1 y 2, tener escasa escolaridad (menor o igual a 8 años para el grupo 1 y menor a 12 años para el grupo 2). Estas personas (denominadas por simplicidad población potencial común), corresponden a los beneficiarios que calificarían tanto para el componente mujeres jefas de hogar, como para el componente hombres y mujeres de escasos recursos. Posteriormente, se calculó un ponderador regional dividiendo, para cada región, la población potencial común sobre la población potencial del componente mujeres jefas de hogar. Finalmente, al aplicar este ponderador sobre la población efectivamente atendida por el componente mujeres jefas de hogar se puede obtener una aproximación respecto a cuántas de ellas cumplían con los requisitos del componente mujeres y hombres de escasos recursos.

Tabla 3.1.2.18a: Grupo 1, año 2002

Región	2002				
	Cobertura mujer	Cobertura acumulada mujer	Cobertura Hombre ⁴⁵⁸	Cobertura total	Cobertura acumulada total
I	44,51%	71,19%	3,38%	18,94%	29,04%
II	37,67%	63,39%	14,83%	26,63%	39,92%
III	24,01%	36,02%	0,00%	9,31%	13,97%
IV	21,60%	37,77%	3,27%	7,06%	10,40%
V	24,11%	58,58%	1,94%	9,34%	20,86%
VI	11,57%	28,98%	0,70%	2,69%	5,87%
VII	36,16%	72,02%	0,00%	5,24%	10,44%
VIII	28,87%	49,57%	0,00%	5,44%	9,34%
IX	15,82%	26,91%	0,00%	2,38%	4,04%
X	23,91%	51,28%	0,05%	4,89%	10,44%
XI	26,00%	86,14%	0,00%	7,94%	26,31%
XII	15,26%	20,93%	0,00%	7,76%	10,64%
RM	25,26%	46,07%	0,00%	5,67%	10,34%
TOTAL	25,45%	48,65%	0,45%	5,84%	10,84%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL

Tabla 3.1.2.18b: Grupo 1, año 2003

Región	2003					
	Cobertura mujer	Cobertura acumulada mujer	Cobertura hombre	Cobertura acumulada hombre	Cobertura total	Cobertura acumulada total
I	47,97%	119,16%	3,75%	7,13%	20,48%	49,52%
II	25,50%	88,89%	15,73%	30,56%	20,78%	60,70%
III	25,54%	61,56%	5,19%	5,19%	13,08%	27,06%
IV	40,87%	78,65%	3,20%	6,47%	10,99%	21,39%
V	36,56%	95,14%	10,35%	12,29%	19,11%	39,97%
VI	20,10%	49,08%	0,96%	1,66%	4,46%	10,33%
VII	36,16%	108,19%	2,89%	2,89%	7,72%	18,16%
VIII	40,01%	89,58%	3,99%	3,99%	10,78%	20,12%
IX	24,42%	51,33%	1,16%	1,16%	4,65%	8,69%
X	40,63%	91,90%	4,65%	4,71%	11,95%	22,39%
XI	21,20%	107,34%	2,11%	2,11%	7,94%	34,25%
XII	13,29%	34,21%	0,00%	0,00%	6,75%	17,39%
RM	31,36%	77,44%	4,40%	4,40%	10,45%	20,79%
TOTAL	33,88%	82,53%	3,99%	4,45%	10,43%	21,27%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL

⁴⁵⁸ Dado que el año 2002 fue el primero en que se incorporaron hombres al componente Odontológico, la cobertura acumulada y la cobertura del año coinciden para este género.

Tabla 3.1.2.19a: Grupo 2, año 2002

Región	2002				
	Cobertura mujer	Cobertura acumulada Mujer	Cobertura hombre ⁴⁵⁹	Cobertura total	Cobertura acumulada total
I	32,28%	58,96%	2,12%	12,53%	21,74%
II	30,81%	56,53%	5,26%	13,36%	21,52%
III	21,49%	33,50%	0,00%	7,21%	11,24%
IV	16,94%	33,12%	2,35%	5,17%	8,29%
V	15,95%	50,43%	1,23%	6,01%	17,22%
VI	8,17%	25,58%	0,54%	2,06%	5,52%
VII	33,19%	69,05%	0,00%	4,30%	8,95%
VIII	22,62%	43,32%	0,00%	4,06%	7,77%
IX	12,88%	23,97%	0,00%	1,94%	3,61%
X	19,52%	46,89%	0,04%	3,96%	9,47%
XI	22,97%	83,10%	0,00%	6,89%	24,91%
XII	10,20%	15,87%	0,00%	4,17%	6,48%
RM	16,05%	36,86%	0,00%	3,54%	8,13%
TOTAL	18,57%	41,75%	0,32%	4,17%	9,06%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL

Tabla 3.1.2.19b: Grupo 2, año 2003

Región	2003					
	Cobertura mujer	Cobertura acumulada mujer	Cobertura hombre	Cobertura acumulada hombre	Cobertura total	Cobertura acumulada total
I	34,78%	93,73%	2,36%	4,48%	13,55%	35,29%
II	20,86%	77,39%	5,59%	10,85%	10,43%	31,94%
III	22,85%	56,35%	3,70%	3,70%	10,13%	21,37%
IV	32,06%	65,17%	2,30%	4,65%	8,04%	16,33%
V	24,20%	74,62%	6,57%	7,80%	12,30%	29,52%
VI	14,20%	39,77%	0,75%	1,29%	3,42%	8,94%
VII	33,19%	102,24%	2,33%	2,33%	6,33%	15,28%
VIII	31,35%	74,66%	2,94%	2,94%	8,03%	15,80%
IX	19,88%	43,85%	0,95%	0,95%	3,80%	7,42%
X	33,17%	80,06%	3,76%	3,80%	9,67%	19,14%
XI	18,73%	101,83%	1,82%	1,82%	6,89%	31,80%
XII	8,88%	24,75%	0,00%	0,00%	3,63%	10,11%
RM	19,92%	56,78%	2,73%	2,73%	6,53%	14,66%
TOTAL	24,72%	66,47%	2,84%	3,16%	7,46%	16,52%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL

⁴⁵⁹ Dado que el año 2002 fue el primero en que se incorporaron hombres al componente Odontológico, la cobertura acumulada y la cobertura del año coinciden para este género.

Tabla 3.1.2.20a: Grupo 3, año 2002

Región	2002				
	Cobertura mujer	Cobertura acumulada Mujer	Cobertura hombre ⁴⁶⁰	Cobertura total	Cobertura acumulada total
I	21,57%	48,25%	1,30%	7,92%	16,62%
II	22,62%	48,33%	3,39%	8,95%	16,39%
III	17,72%	29,73%	0,00%	5,15%	8,64%
IV	12,23%	28,41%	1,84%	3,98%	7,31%
V	12,77%	47,25%	0,86%	4,38%	14,58%
VI	7,16%	24,57%	0,44%	1,68%	4,90%
VII	27,18%	63,04%	0,00%	3,61%	8,36%
VIII	17,96%	38,66%	0,00%	3,26%	7,02%
IX	10,11%	21,20%	0,00%	1,64%	3,44%
X	16,67%	44,04%	0,04%	3,41%	8,95%
XI	22,15%	82,28%	0,00%	6,12%	22,74%
XII	8,92%	14,59%	0,00%	3,32%	5,42%
RM	12,45%	33,26%	0,00%	2,73%	7,29%
TOTAL	14,72%	37,82%	0,25%	3,29%	8,15%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL

Tabla 3.1.2.20b: Grupo 3, año 2003

Región	2003					
	Cobertura mujer	Cobertura acumulada mujer	Cobertura hombre	Cobertura acumulada hombre	Cobertura total	Cobertura acumulada total
I	23,24%	71,50%	1,45%	2,75%	8,56%	25,18%
II	15,31%	63,64%	3,60%	6,99%	6,99%	23,38%
III	18,85%	48,58%	2,47%	2,47%	7,23%	15,87%
IV	23,15%	51,55%	1,80%	3,64%	6,20%	13,51%
V	19,37%	66,62%	4,59%	5,45%	8,96%	23,54%
VI	12,44%	37,01%	0,60%	1,04%	2,79%	7,69%
VII	27,18%	90,22%	1,96%	1,96%	5,31%	13,67%
VIII	24,90%	63,56%	2,37%	2,37%	6,46%	13,49%
IX	15,61%	36,81%	0,81%	0,81%	3,21%	6,65%
X	28,33%	72,37%	3,24%	3,28%	8,32%	17,27%
XI	18,06%	100,34%	1,56%	1,56%	6,12%	28,86%
XII	7,76%	22,35%	0,00%	0,00%	2,89%	8,31%
RM	15,45%	48,72%	2,10%	2,10%	5,03%	12,31%
TOTAL	19,60%	57,42%	2,24%	2,49%	5,89%	14,03%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL

La Tabla 3.1.2.21 presenta la evolución de la cobertura institucional del componente Odontológico en el período 1999-2003, estimada a través de un universo de 28 Servicios de Salud y 342 comunas a lo largo de todo el país.

⁴⁶⁰ Dado que el año 2002 fue el primero en que se incorporaron hombres al componente Odontológico, la cobertura acumulada y la cobertura del año coinciden para este género.

A nivel de establecimientos no es posible realizar un análisis de cobertura debido a que este componente puede ser ejecutado en establecimientos públicos o particulares, según disponga el municipio, por lo tanto, no se puede identificar un universo de establecimientos potenciales.

Tabla 3.1.2.21

Cobertura Institucional	1999	2000	2001	total 2002	2002		2003
					Mujeres	hombres	
Servicios de Salud	78.57%	78.57%	92.86%	96.43%	96.43%	85.71%	96.43%
Comunas	14.33%	14.33%	23.10%	41.23%	39.77%	16.96%	65.20%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL

b) Cobertura Planificada:

La cobertura planificada de este componente corresponde al total de beneficiarios efectivos sobre el total de beneficiarios objetivo, es decir, a los porcentajes de cumplimiento en altas odontológicas e instalación de prótesis. El cálculo de estos porcentajes para el período 1999-2003 ya fue presentado en el punto 3.1.1.2 de esta misma sección.

3.1.2.2.3 Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

a) Cobertura del Componente:

Dada la dificultad de determinar beneficiarios efectivos para este componente y la mala calidad de la información sobre número de atenciones reportada por los Servicios de Salud, el análisis sólo podrá referirse a beneficiarios institucionales.

Los porcentajes de cobertura del componente IRA se calcularon sobre un universo de 28 Servicios de Salud, 342 comunas y 633 establecimientos de atención primaria. En el caso de estos últimos, la cifra total considera consultorios generales urbanos, consultorios generales rurales, centros de salud familiar, hospitales tipo 4 y recintos SAPU.

La cobertura del componente IRA muestra una tendencia creciente en todas las categorías de beneficiarios institucionales. Se aprecia además que el año 2000 se encontraba la totalidad de los Servicios de Salud cubiertos por el componente. Sin embargo, a nivel de comunas y establecimientos de atención primaria aún quedan espacios no cubiertos.

Tabla 3.1.2.22

Cobertura Institucional	1999	2000	2001	2002	2003
Servicios de Salud	96%	100%	100%	100%	100%
Comunas	-	54%	60%	60%	65%
Establecimientos	44%	50%	56%	58%	65%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL, FONASA.

b) Cobertura Planificada

Dado que no es posible identificar un universo de población efectiva tanto en términos de beneficiarios como de número de atenciones, no es posible realizar análisis de cobertura planificada.

3.1.2.2.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

a) Cobertura del Componente:

Dada la dificultad de determinar beneficiarios efectivos para este componente y la mala calidad de la información sobre número de atenciones reportada por los Servicios de Salud, el análisis sólo podrá referirse a beneficiarios institucionales.

Los porcentajes de cobertura del componente ERA se calcularon sobre un universo de 28 Servicios de Salud, 342 comunas y 633 establecimientos de atención primaria. En el caso de estos últimos, la cifra total considera consultorios generales urbanos, consultorios generales rurales, centros de salud familiar, hospitales tipo 4 y recintos SAPU.

Según la Tabla 3.1.2.23., la cobertura del componente ERA muestra una tendencia creciente en todas las categorías de beneficiarios institucionales. Sin embargo, existen claras diferencias en los niveles alcanzados por cada una de ellas. Así, mientras a nivel de Servicios de Salud, ya se contaba con más de un 95% cubierto por el componente el año 2003, a nivel de comunas, y más específicamente, a nivel de Establecimientos de atención primaria, la brecha que queda sin cobertura es mucho más amplia. Este fenómeno da luces, de que el componente ERA ha ido expandiendo su presencia de manera tal, de cubrir el máximo territorio posible; ya que se observa que no existe una concentración en la distribución de las salas ERA a lo largo de todo el país, a pesar del corto horizonte de vida que tiene el componente⁴⁶¹.

Tabla 3.1.2.23

Cobertura Institucional	2001	2002	2003
Servicios de Salud	21%	39%	96%
Comunas	4%	12%	21%
Establecimientos	2%	10%	18%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL, FONASA.

⁴⁶¹ Esto se deduce del hecho de que en el año 2001 el componente estaba presente sólo en la Región Metropolitana, pero ya el año 2003 se encontraba en 27 de los 28 Servicios de Salud del país.

b) Cobertura Planificada

Dado que no es posible identificar un universo de población efectiva tanto en términos de beneficiarios como de número de atenciones, no es posible realizar análisis de cobertura planificada.

3.1.2.2.5. Componente Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de Enfermedades Respiratorias en Niños y Adultos.

a) Cobertura del Componente:

Dada la dificultad de determinar beneficiarios efectivos para este componente, el análisis sólo podrá referirse a beneficiarios institucionales.

Para calcular la cobertura se consideran 28 Servicios de Salud - se excluye Servicio de Salud del Medio Ambiente -, las 342 comunas a lo largo del país y 462 establecimientos de atención primaria⁴⁶².

Según la Tabla 3.1.2.24., el componente muestra un incremento de cobertura para todos los beneficiarios institucionales - Servicios de Salud y comunas -. El mayor crecimiento se observa en los Servicios de Salud, pasando de un 35,7% en el 2002 a un 96,4% en el 2003. A nivel de comunas el aumento es más moderado, 29 puntos porcentuales, es decir, aún queda un alto porcentaje no cubierto por el componente dado el corto período de funcionamiento de éste.

Tabla 3.1.2.24

Cobertura Institucional	2002	2003⁴⁶³
Servicios de Salud	36%	96%
Comunas	11%	40%
Establecimientos	14%	-

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL

b) Cobertura Planificada

Dado que no es posible identificar un universo de población efectiva, no es posible realizar análisis de cobertura planificada.

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

a) Cobertura del Componente

Dada la imposibilidad de determinar beneficiarios efectivos para este componente, el análisis sólo podrá referirse a beneficiarios institucionales⁴⁶⁴.

⁴⁶² Esta cifra considera como establecimientos de atención primaria potenciales a los consultorios generales urbanos, consultorios generales rurales y centros de salud familiar.

⁴⁶³ No se cuenta con información sobre el número de establecimientos de atención primaria que contaban con el componente el año 2003.

La tabla que se muestra a continuación exhibe la evolución de la cobertura institucional del componente SAPU para el período 1999-2003, estimada a través de un universo de 28 Servicios de Salud, 342 comunas y 411 consultorios generales urbanos y rurales⁴⁶⁵ a lo largo de todo el país.

Tabla 3.1.2.25

Cobertura Institucional	1999	2000	2001	2002	2003
Servicios de Salud	71.43%	71.43%	75%	75%	82.14%
Comunas	15.20%	14.91%	15.50%	17.25%	19.01%
Establecimientos	14.84%	15.09%	16.55%	17.52%	20.44%

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL

b) Cobertura Planificada

Dado que no es posible identificar un universo de población efectiva, no es posible realizar análisis de cobertura planificada. Además a nivel institucional, los beneficiarios efectivos coinciden con los beneficiarios objetivo.⁴⁶⁶

3.1.3. Grado de Focalización del Programa

3.1.3.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

Como se señaló en el capítulo I, sección 2.2.1, el componente no presenta criterios de focalización para las líneas de acción consideradas.

3.1.3.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

En primer lugar, cabe recordar que los documentos explicativos del componente Odontológico para mujeres y hombres de escasos recursos señalan que la población potencial, corresponde a hombres y mujeres entre 18 y 55 años, de escaso nivel de escolaridad, que se encuentren bajo la línea de la pobreza, jefas y jefes de hogar, principalmente pertenecientes a las familias de Chile Solidario⁴⁶⁷.

⁴⁶⁴ Si bien se podría intentar aproximar un análisis de cobertura efectiva, utilizando el número de atenciones como proxy de beneficiarios, el equipo evaluador desestimó esta posibilidad debido a que el estudio del perfil de demanda en SAPU realizado a partir de los datos de la encuesta a beneficiarios arrojó que la mayor parte de los pacientes que se atienden en SAPU son policonsultantes. En efecto, mientras que un 18% de los encuestados señaló haber asistido a un SAPU sólo una vez en el año en curso, un 52,54% reportó haber ido 4 veces o más en igual período. Para un mayor detalle sobre este punto, consultar Anexo N°4.

⁴⁶⁵ Para la estimación de número potencial de recintos SAPU a nivel nacional, se consideró como referente la creación de un SAPU adosado a cada consultorio (rural o urbano) existente en el país, aún cuando en estricto rigor es posible encontrar recintos SAPU independientes, no adosados a consultorios.

⁴⁶⁶ Esto quiere decir que las comunas que a principio de año se comprometen con la ejecución del componente, efectivamente cumplen con ella.

⁴⁶⁷ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2004).

A través de un análisis de estadística descriptiva obtenido de la información de la encuesta a beneficiarios, se buscará establecer en qué medida estos criterios se reflejan en la práctica⁴⁶⁸.

Lo primero que se puede apreciar es que los beneficiarios del componente son fundamentalmente mujeres. En efecto, como se puede observar en la tabla N°3.1.3.1, un 76,6% de la muestra resultó ser mujer.

En relación a la edad de los pacientes atendidos, la mayor parte de éstos se encuentra en el segmento que comprende entre los 30 y los 60 años, con independencia de su género. La edad promedio de los beneficiarios asciende a 44 años para el caso de los hombres y 42 para el caso de las mujeres⁴⁶⁹.

Cabe señalar que no se encontraron beneficiarios menores de 18 años, sin embargo un 11% de la muestra resultó ser mayor de 55 años, por lo que dicho porcentaje representaría la tasa de filtración de acuerdo al criterio de edad definido por el componente.

Otro aspecto de interés lo constituye la situación de jefatura de hogar de los beneficiarios. Como se observa en la tabla N°3.1.3.3, el 49% de la muestra reporta ser jefe de hogar, porcentaje desigualmente distribuido entre hombres y mujeres. En efecto, mientras el 87% de los hombres encuestados declara ser jefe de hogar, sólo el 37% de las mujeres reconoce serlo.

Tabla 3.1.3.1: Beneficiarios Componente Odontológico según sexo

sexo del paciente	Nº de casos	porcentaje
hombre	1469	23,38%
mujer	4813	76,62%
total	6282	100%

Tabla 3.1.3.2: Beneficiarios Componente Odontológico según edad y sexo

edad del paciente	hombre		mujer		total	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje
hasta 30	182	12,39%	600	12,47%	782	12,45%
31- 40	513	34,92%	1768	36,73%	2281	36,31%
41 – 50	309	21,03%	1524	31,66%	1833	29,18%
51 – 60	247	16,81%	668	13,88%	915	14,57%
61 – 70	218	14,84%	107	2,22%	325	5,17%
más de 70	0	0%	146	3,03%	146	2,32%
total	1469	100%	4813	100%	6282	100%

⁴⁶⁸ Cabe señalar que la información obtenida a través de la encuesta corresponde a la realidad de los beneficiarios al momento de la realización de la misma (último trimestre de 2004). En el caso de que para algún dato en particular se hubiera cuestionado a los beneficiarios sobre su situación anterior a su ingreso al componente (tomando como referencia el año 2002) ello se encontrará señalado explícitamente en el presente informe.

⁴⁶⁹ La media de edad para ambos grupos en conjunto es de 43 y 19 años.

Tabla 3.1.3.3: Beneficiarios Componente Odontológico según jefatura de hogar y sexo

el paciente es jefe de hogar	sexo del paciente					
	hombre		mujer		Total	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje
sí	1282	87,27%	1803	37,46%	3085	49,11%
no	187	12,73%	301	6,25%	3197	50,89%
total	1469	100%	4813	43,71%	6282	100%

La información sobre nivel socioeconómico de los seleccionados, se reporta a través de las tablas 3.1.3.4, 3.1.3.5 y 3.1.3.6.

En primer lugar, es posible apreciar que el componente Odontológico se encuentra fuertemente focalizado sobre la población que posee 12 o menos años de escolaridad. En efecto, el 98% de la muestra reporta contar con 12 años de estudios o menos. De igual forma, el porcentaje de beneficiarios que poseen hasta 8 años de estudios es sumamente alto, abarcando cerca de un 70,5% del total. Cabe señalar que el nivel de escolaridad promedio reportado por los beneficiarios es de 7,44 años para el caso de los hombres y de 7,07 para el caso de las mujeres.

En segundo lugar, de acuerdo a la información expuesta en la tabla N°3.1.3.5, un 17% de la muestra reporta pertenecer a una familia que participa en Chile Solidario a través del Programa Puente.

En la tabla N°3.1.3.6 se presentan los tramos estimados de ingreso per capita promedio del hogar para la muestra de beneficiarios⁴⁷⁰. De acuerdo a esta estimación, el 70,5% del total que reportó ingreso familiar per-cápita, recibiría un monto mensual por debajo de los \$25000. Los valores promedio de ingreso per cápita del hogar, ascienden a \$26669 para el caso urbano y \$25795 para el caso rural⁴⁷¹.

Es importante señalar que de acuerdo a los valores de la línea de pobreza rural y urbana, y las estimaciones de ingreso per capita promedio del hogar, hacia octubre de 2002 aproximadamente un 85% de la muestra se encontraba en situación de pobreza⁴⁷².

⁴⁷⁰ Dado que cada beneficiario reportó el tramo de ingreso total mensual del hogar y el número de integrantes de su hogar, se dividió el límite superior y el inferior del intervalo para obtener un tramo de ingreso per capita del hogar. Finalmente, el ingreso per capita promedio del hogar se calculó como el valor medio de dicho tramo.

⁴⁷¹ La media de ingreso para ambos grupos en conjunto asciende a \$26255.

⁴⁷² Para determinar el porcentaje de pobreza, se llevaron los valores de la línea de pobreza urbana y rural, estimado por la encuesta CASEN 2000, a pesos de octubre de 2002. Los valores resultantes fueron: \$42996 para el caso urbano y \$28990 para el caso rural.

Tabla 3.1.3.4: Beneficiarios Componente Odontológico según años de educación

años de educación del paciente	Nº de casos	porcentaje
0	307	4,89%
1	52	0,83%
2	32	0,51%
3	510	8,12%
4	474	7,55%
5	239	3,8%
6	1238	19,71%
7	488	7,77%
8	1085	17,27%
9	183	2,91%
10	601	9,57%
11	138	2,2%
12	817	13,01%
13	2	0,03%
14	71	1,13%
15	29	0,46%
16	3	0,05%
17	13	0,21%
total	6282	100%

Tabla 3.1.3.5: Beneficiarios Componente Odontológico según participación en Chile Solidario

participa ud. o su familia en chile solidario	Nº de casos	porcentaje
Sí	1090	17,35%
no, no fue invitada	5001	79,61%
no, fue invitada pero no aceptó	14	0,22%
no, estábamos participando pero ya no lo hacemos	54	0,86%
no sabe, no recuerda	123	1,96%
Total	6282	100%

Tabla 3.1.3.6: Beneficiarios Componente Odontológico según ingreso per cápita del hogar promedio de 2002 y zona urbano/rural

tramo de ingreso per cápita del hogar promedio de 2002	zona urbana		zona rural		Total	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos ⁴⁷³	porcentaje
hasta \$5000	68	2,06%	165	5,56%	233	3,71%
\$5001 - \$10000	488	14,76%	433	14,58%	921	14,67%
\$10001 - \$15000	438	13,24%	351	11,82%	789	12,57%
\$15001 - \$20000	294	8,89%	764	25,72%	1058	16,86%
\$20001 - \$25000	753	22,77%	676	22,76%	1429	22,77%
\$25001 - \$30000	84	2,54%	0	0%	84	1,34%
\$30001 - \$40000	486	14,70%	303	10,20%	789	12,57%
\$40001 - \$50000	429	12,97%	76	2,56%	505	8,05%
\$50001 - \$100000	238	7,20%	27	0,91%	265	4,22%
más de \$100000	29	0,88%	175	5,89%	204	3,25%
Total	3307	100%	2970	100%	6277	100%

⁴⁷³ El número total de respuestas no coincide con las 6282 observaciones totales debido a que algunos entrevistados no dieron respuesta a esta pregunta.

Con el objetivo de ampliar el análisis de focalización anterior, se entrega a través de las tablas 3.1.3.7 y 3.1.3.8 una caracterización de los beneficiarios del componente de acuerdo a su situación laboral con anterioridad a su ingreso a dicho mercado.

De acuerdo a la información expuesta, un 55% de las personas que se declaran jefes de hogar, manifiestan poseer un trabajo remunerado en octubre de 2002. Asimismo, dentro de los beneficiarios jefes de hogar que reportaron no contar con un trabajo remunerado en esa fecha, cerca de un 7% señala haber realizado una actividad remunerada en algún otro mes del año 2002.

Tablas 3.1.3.7 y 3.1.3.8: Beneficiarios Componente Odontológico según situación laboral en 2002 y jefatura de hogar

tenía usted un trabajo remunerado en octubre de 2002	jefe de hogar		no jefe de hogar		total	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje
Sí	1704	55,24%	660	20,64%	2364	37,63%
No	1381	44,76%	2537	79,36%	3918	62,37%
Total	3085	100%	3197	100%	6282	100%

tenía usted un trabajo remunerado antes de octubre de 2002	jefe de hogar		no jefe de hogar		Total	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos ⁴⁷⁴	porcentaje
Sí	94	6,81%	29	1,14%	123	3,14%
No	1287	93,19%	2508	98,86%	3795	96,86%
total	1381	100%	2537	100%	3918	100%

Finalmente, el tipo de sistema provisional de los beneficiarios del componente Odontológico, se presenta la tabla 3.1.3.9.

Los datos recogidos, dan cuenta que cerca de un 87% de la muestra pertenece a los grupos A y B de FONASA, mientras que aproximadamente un 0,2% reconoce estar afiliado a una ISAPRE⁴⁷⁵

⁴⁷⁴ El número total de respuestas equivale a las 3918 observaciones que reportaron no tener un trabajo remunerado en octubre de 2002.

⁴⁷⁵ Los grupos A y B de FONASA se encuentran definidos en la Ley de Salud N°18469. El grupo A comprende a todas aquellas personas que no imponen en ninguna institución previsional de salud y que, además utilizan algún tipo de identificación de indigencia para atenderse. Esto incluye a las personas acreditadas como de escasos recursos por el asistente social del consultorio, los beneficiarios de Pensiones Asistenciales, los causantes del Subsidio Familiar, los miembros de las Familias de Chile Solidario y otros como PRAIS (programa de retornados). El grupo B comprende a quienes están inscritos en el Fondo Nacional de Salud, FONASA y cuyo ingreso bruto mensual familiar sea igual o menor a \$115648.

Tabla 3.1.3.9: Beneficiarios Componente Odontológico según sistema previsional de salud

sistema previsional de salud	Nº de casos	porcentaje
sistema público grupo a	3768	59,98%
sistema público grupo b	1673	26,63%
sistema público grupo c	364	5,79%
sistema público grupo d	99	1,58%
sistema público no sabe grupo	53	0,84%
isapre	10	0,16%
otro sistema	7	0,11%
Ninguno	238	3,79%
no sabe	70	1,11%
Total	6282	100%

Con el fin de concluir el grado de cumplimiento respecto al conjunto de criterios de focalización definidos por el componente, se determinará el porcentaje de beneficiarios que cumple con todos ellos. Debido a lo poco específico del criterio “escaso nivel de escolaridad”, se tomarán en cuenta los mismos tres grupos definidos en el análisis de población potencial⁴⁷⁶ Sin embargo, dado que el Componente Odontológico no explicita dentro de sus definiciones que las personas elegibles para las atenciones dentales deben ser beneficiarios del Sistema Público de Salud, se presentarán las estimaciones con y sin este requerimiento.

Al realizar el cruce de las variables expuestas, se encontró que el porcentaje de los beneficiarios que cumple con todos los criterios de focalización y pertenece al grupo 1 asciende a un 20,39% del total, con lo que la tasa de filtración del componente corresponde a un 79,61%. Al no considerar como requerimiento el pertenecer al Sistema Público de Salud la cifra de beneficiarios que cumplen con los requerimientos se eleva a 23,81% con una tasa de filtración de 76,19%

Al realizar la misma estimación, pero considerando al grupo 2, se encuentra que la población beneficiaria que reúne todos los requisitos para ser elegible asciende a un 25,93%, con lo que la tasa de filtración corresponde en este caso a un 74,07%. Sin embargo, al tomar en cuenta a la población sin considerar su pertenencia al Sistema Público de Salud, el porcentaje de beneficiarios que respetan los criterios de focalización es de 29,58%, lo que conlleva un 70,42% de filtración.

En el caso del grupo 3, la estimación indica que un 30,99% de los beneficiarios del componente reúne los requisitos de focalización, de modo que la tasa de filtración en este caso ascendería a un 69,01%. No obstante, al omitir el criterio de pertenecer al Sistema Público de Salud, el porcentaje de beneficiarios que refleja cabalmente los criterios de focalización alcanza un 34,64%, con lo que la tasa de filtración sería en este caso de 65,36%

Lo anterior permite concluir que la elección de los beneficiarios del componente no se ajusta mayormente a los criterios de focalización determinados por éste⁴⁷⁷

⁴⁷⁶ Para mayor detalle sobre la configuración de estos tres grupos, consultar la sección 4.1.2 b), del capítulo descriptivo del presente informe.

⁴⁷⁷ Cabe señalar que estos cálculos NO incluyen la característica “pertenecer a una familia de Chile Solidario” como criterio de focalización exigido, debido a que los documentos descriptivos del componente sólo señalan que este tipo de personas serán atendidas preferentemente.

3.1.3.3 Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

En base a la información extraída de las encuestas a los beneficiarios del componente, es posible apreciar en la siguiente tabla que efectivamente en la práctica las salas IRA atienden al grupo de población objetivo que pretende atender, esto es, niños menores de 19 años. Respecto a la focalización, los beneficiarios menores de 1 año representan una proporción importante del total. El equipo evaluador, en base a esta información y lo extraído de múltiples entrevistas, considera que el componente IRA cumple con sus criterios de focalización.

Tabla 3.1.3.10: Beneficiarios de Salas IRA según grupos etáreos.

edad	Nº de casos	porcentaje
0-11 meses	1787	31,22%
1-5 años	3065	53,55%
6-13 años	781	13,66%
14-16 años	90	1,57%
Total	5.723 ⁴⁷⁸	100%

3.1.3.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

En base a la información extraída de las encuestas a los beneficiarios del componente, es posible apreciar en la siguiente tabla, que efectivamente en la práctica las salas ERA atienden al grupo de población objetivo que pretende atender, esto es, adultos y adultos mayores. Respecto a la focalización, los beneficiarios mayores de 65 años representan una proporción importante del total. El equipo evaluador, en base a esta información y lo extraído de múltiples entrevistas, considera, al igual que en IRA, que el componente ERA cumple con sus criterios de focalización.

Tabla 3.1.3.11: Beneficiarios de Salas ERA según grupos etáreos.

Edad	Nº de casos	porcentaje
15-19 años	14	0,97%
20-44 años	227	15,64%
45-64 años	662	45,56%
65 y más años	550	37,85%
Total	1.453	100%

3.1.3.5. Componente Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de problemas Respiratorios en Niños y Adultos

No existe información suficiente para determinar el grado de focalización del componente.

⁴⁷⁸ El total del Nº de casos es menor al habitual debido a una observación sin dato.

3.1.3.6 Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia

No es posible efectuar una evaluación de la focalización del componente debido a que éste está diseñado para no efectuar rechazos y, por lo tanto, no considera criterios de selección de beneficiarios.

No obstante, dada la importancia de conocer el perfil demográfico, socioeconómico y las características de salud de los beneficiarios de SAPU, a continuación se presenta un análisis de caracterización de demanda.

i) Características Demográficas de los beneficiarios

Las tablas N°3.1.3.12 y N°3.1.3.13 muestran la caracterización de los beneficiarios de SAPU de acuerdo a su sexo y edad.

Como puede apreciarse, destaca una mayor proporción de mujeres beneficiarias y una alta concentración hacia pacientes menores de 20 años, especialmente en el caso de los hombres. Asimismo, dentro de este grupo, el tramo de menores de 5 años constituye una porción muy elevada de la demanda, tanto en el caso de las mujeres como de los hombres.

Como contraparte de lo anterior, sobresale la baja afluencia de mayores de 60 años.

Tabla 3.1.3.12: Beneficiarios SAPU según sexo

Sexo del paciente	Nº de casos	Porcentaje
Hombre	4113	43,11%
Mujer	5427	56,89%
Total	9540	100%

Tabla 3.1.3.13: Beneficiarios SAPU, según sexo y tramo etáreo

Tramo de edad del paciente	Hombre		Mujer		Total	
	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje	Nº de casos	Porcentaje
1 – 5	907	22,05%	938	17,28%	1845	19,34%
6 – 10	344	8,36%	605	11,15%	949	9,95%
11 – 20	953	23,17%	674	12,42%	1627	17,05%
21 – 30	374	9,09%	602	11,09%	976	10,23%
31 – 40	337	8,19%	681	12,55%	1018	10,67%
41 – 50	439	10,67%	699	12,88%	1138	11,93%
51 – 60	349	8,49%	529	9,75%	878	9,20%
61 – 70	268	6,52%	365	6,73%	633	6,64%
71 – 80	142	3,45%	241	4,44%	383	4,01%
80 o más	0	0%	93	1,71%	93	0,97%
Total	4113	100%	5427	100%	9540	100%

ii) Características de salud de los beneficiarios

De acuerdo a lo reportado en la tabla N°3.1.3.14, se puede concluir que, pese a que la atención en SAPU está abierta a todo el público, los usuarios del servicio son

fundamentalmente personas beneficiarias de FONASA. En efecto, mientras que el 93% de los encuestados reporta estar afiliado al sistema público de salud, sólo un 3% reconoce estar adscrita a una ISAPRE.

Cabe destacar además que la amplia mayoría de los beneficiarios (44,5% del total) corresponde a personas pertenecientes al grupo A de FONASA.

En relación al auto reporte de salud de los beneficiarios, como se aprecia en la tabla N°3.1.3.15, éstos manifiestan una percepción intermedia de su estado de salud. Mientras que un 88% de los encuestados se inclina por las opciones “buena” o “regular”, un 12,5% se inclina por las opciones extremas de “muy buena” o “mala”.

Tabla 3.1.3.14: Beneficiarios SAPU, según sistema previsional

Sistema previsional de salud	Nº de casos	Porcentaje
Sistema público grupo a	4249	44,54%
Sistema público grupo b	2701	28,31%
Sistema público grupo c	1108	11,61%
Sistema público grupo d	539	5,65%
Sistema público no sabe grupo	311	3,26%
Isapre	295	3,09%
otro sistema	44	0,46%
Ninguno	271	2,84%
no sabe	22	0,23%
Total	9540	100%

Tabla 3.1.3.15: Beneficiarios SAPU, según percepción de estado de salud

Estado de salud del paciente	Nº de casos	Porcentaje
Muy buena	397	4,16%
Buena	4622	48,45%
Regular	3736	39,16%
Mala	762	7,99%
no sabe	23	0,24%
Total	9540	100%

iii) Caracterización de la demanda por atención en SAPU durante 2004

Con el fin de conocer el perfil de la demanda por atención en SAPU durante un período más extenso, se analiza la frecuencia de consultas de los beneficiarios de SAPU a lo largo de todo el año 2004.

La información reportada en la tabla N°3.1.3.16 permite concluir que el 88% de los beneficiarios realizó más de una consulta en SAPU durante 2004. Asimismo, el 74% de toda la muestra (correspondiente al 86% del total que reporta haber recibido más de una atención) recibió 10 atenciones o menos. Cabe señalar que el promedio de consultas anuales por paciente asciende a 7.

En relación al lugar en que fueron efectuadas esas consultas, los resultados indican que la mayoría de los beneficiarios frecuentan el mismo recinto SAPU en todas sus

atenciones. En efecto, como se expone en la tabla N°3.1.3.17, el 88% de aquellos encuestados que reportaron haber recibido más de una atención, recibieron todas ellas en el mismo establecimiento.

Por otra parte, de acuerdo a lo reportado por los beneficiarios respecto a su última atención, se puede desprender que la gran mayoría de los pacientes frecuenta el SAPU adosado al Consultorio en el que se encuentran inscritos. Como se puede apreciar en la tabla N°3.1.3.18 sólo un 18% de los encuestados declara haber asistido en esa oportunidad a un recinto SAPU no asociado al Consultorio que asiste regularmente.

Al realizar un cruce de la información presente en las tablas 3.1.3.17 y 3.1.3.18 se pueden extraer conclusiones más completas sobre el perfil de demanda por SAPU durante 2004. En efecto, de acuerdo a lo exhibido en la tabla N°3.1.3.19, es posible concluir que en un 75% de los casos, el beneficiario realizó todas sus atenciones del año 2004 en el mismo recinto SAPU, correspondiente a aquel adosado al consultorio en que se encuentra inscrito.

Este conjunto de información permite concluir que la mayor parte de la demanda que enfrentan los recintos SAPU mantiene una asistencia habitual durante un período dado de tiempo y proviene de la población inscrita en el consultorio al cual se encuentran adosados.

Tabla 3.1.3.16: Beneficiarios SAPU, según frecuencia de atenciones durante 2004

Nº de veces que fue atendido en un recinto SAPU durante 2004	Nº de casos	Porcentaje
1	1363	14,29%
2	1687	17,68%
3	1479	15,50%
4	1341	14,06%
5	1019	10,68%
6 – 10	1529	16,03%
11 – 15	365	3,83%
16 – 20	287	3,01%
20 – 30	219	2,30%
más de 30	251	2,63%
Total	9540	100%

Tabla 3.1.3.17: Beneficiarios SAPU, según asistencia a un mismo recinto durante 2004

En qué recintos recibió la atención ⁴⁷⁹	Nº de casos	Porcentaje
todas las atenciones en el mismo local	7211	88,19%
las atenciones fueron en locales diferentes	919	11,24%
no sabe, no recuerda	47	0,57%
Total	8177	100%

⁴⁷⁹ Estimado sobre el universo de beneficiarios que reportaron haber asistido más de una vez a un recinto SAPU durante 2004.

Tabla 3.1.3.18: Beneficiarios SAPU, según asistencia al recinto adosado al Consultorio en que está inscrito en su última atención

El SAPU al que asistió en la última oportunidad corresponde al del consultorio en que está inscrito	Nº de casos	Porcentaje
Sí	7790	81,66%
No	1503	15,75%
no está inscrito	247	2,59%
Total	9540	100%

Tabla 3.1.3.19: Beneficiarios SAPU, según asistencia al recinto adosado al Consultorio en que está inscrito en su última atención y asistencia a un mismo recinto durante 2004

las atenciones en SAPU recibidas durante 2004, se realizaron todas en el mismo recinto	recibió su última atención en el recinto SAPU adosado al consultorio en que está inscrito			
	sí	no	no está inscrito	total
Sí	7174	1200	200	8574 ⁴⁸⁰
no	616	303	0	919
no sabe, no recuerda	0	0	47	47
Total	7790	1503	247	9540

iv) Caracterización del grado de Urgencia de la Demanda en su última atención en SAPU

La percepción de los beneficiarios sobre el grado de urgencia de las consultas que enfrentan los establecimientos SAPU se reporta a través de las tablas 3.1.3.20 y 3.1.3.21.

Como se puede observar en la tabla N°3.1.20, una alta proporción de los beneficiarios, correspondiente a un 84% del total, considera que su última atención en SAPU se trató de una emergencia. Sin embargo, al ser consultados sobre si la gravedad de su patología hubiese podido esperar hasta el día siguiente, el 14% de este grupo responde que sí.

Por tanto, finalmente se tiene que, del total de la muestra, un 70,5% cree que su última atención en SAPU fue una emergencia que no hubiera podido esperar hasta el día siguiente.

Tablas 3.1.3.20 y 3.1.3.21: Beneficiarios SAPU, según percepción del grado de urgencia de su última atención

La última atención fue una emergencia	Nº de casos	Porcentaje
Sí	7991	83,76%
No	1549	16,24%
Total	9540	100%

⁴⁸⁰ El valor no coincide con el de la tabla N°3.1.6 debido a que esta celda incluye además a aquellos beneficiarios que reportaron haberse atendido sólo una vez durante 2004.

Su problema habría podido esperar hasta el día siguiente	Nº de casos	Porcentaje respecto al total de encuestados	Porcentaje respecto al número de respuestas
Sí	1136	11,91%	14,22%
No	6725	70,49%	84,16%
No sabe, no recuerda	130	1,36%	1,63%
Total	7991	83,76%	100%

3.1.4. Calidad del Programa

3.1.4.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

Sólo se puede hablar de satisfacción de la línea de acción OIRS en base a la información levantada a través de encuestas. Se intentó rescatar ciertos aspectos relevantes a través de un módulo de preguntas incorporado en cada una de las encuestas realizadas - componentes ERA, IRA, SAPU, Odontológico Control y Tratamiento - referido a la experiencia de los usuarios con la Oficina de Información Reclamos y/o Sugerencias.

Así, se debe tener presente que los resultados obtenidos no son representativos de los beneficiarios de las OIRS, puesto que no se diseñó una muestra de éstos. Es decir, las conclusiones obtenidas son válidas para todos aquellos beneficiarios de los componentes ERA, IRA, Odontológico y SAPU que han utilizado las OIRS.

Satisfacción usuaria

a) Accesibilidad al componente

Alrededor de un 69% de los encuestados declara que en su consultorio existe una OIRS, cerca de un 20% no sabe. En la actualidad, según los encargados del componente, la OIRS se encuentra presente en todos los consultorios a lo largo del país y debe estar en un lugar visible para facilitar el acceso de los usuarios a sus servicios.

Tabla 3.1.4.1: Conocimiento del usuario acerca de la existencia de la OIRS

existe en su consultorio lugar para pedir información, hacer reclamos o sugerencias	Nº de casos	porcentaje
sí	19.121	68,47%
no existe	3.143	11,25%
no sabe	5.664	20,28%
Total	27.928	100%

b) Oportunidad de la atención

Como se observa en la tabla siguiente casi la totalidad de los usuarios recibió respuesta a su inquietud durante el mismo día que la expresó. Sin embargo existe alrededor de un 30% que no recibió respuesta⁴⁸¹.

⁴⁸¹ Ver tabla "Número de solicitudes a las que se entregó respuesta" en el ítem de resultados intermedios.

Tabla 3.1.4.2: Tiempo de respuesta a la inquietud del usuario

cuánto tardó en recibir respuesta	Nº de casos	porcentaje
1 ^{er} día	2.517	90,01%
1 ^{era} semana	66	2,36%
2 ^{da} semana	7	0,25%
3 ^{era} semana	40	1,43%
4 ^{ta} semana	88	3,15%
Más de un mes	78	2,8%
Total	2.796	100%

c) Calidad de la atención

La calidad de la atención en la OIRS es evaluada positivamente por un alto porcentaje de beneficiarios. No obstante, el número de casos en la categoría regular no deja de ser importante (30,47%).

Tabla 3.1.4.3: Percepción del usuario acerca de la calidad de la atención

calidad de la atención de la OIRS	Nº de casos	Porcentaje
Muy buena	482	12,21%
Buena	1.663	42,12%
Regular	1.203	30,47%
Mala	393	9,95%
muy mala	207	5,24%
Total	3948	100%

d) Percepción de seguridad y confianza

De aquellos beneficiarios que no han utilizado las OIRS, un 71% declara que no ha necesitado sus servicios, un porcentaje menor (2,9%) menciona que su motivo fue el temor a represalias por parte del personal del consultorio. Existe un 10% que considera que los servicios que entrega esta oficina no sirven de nada.

Tabla 3.1.4.4: Número de beneficiario según motivo para no visitar la OIRS

Por qué no ha visitado la oficina de información o reclamo?	Nº de casos	porcentaje
no ha necesitado los servicios	10.697	70,5%
no sirve de nada	1.520	10,02%
temor a represalias	440	2,9%
falta de tiempo	595	3,92%
otra razón	1.381	9,1%
no bien especificado	144	0,95%
sin dato	396	2,61%
Total	15.173	100%

3.1.4.2 Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

Satisfacción Usuaría

a) Accesibilidad al componente

De acuerdo a lo reportado por sus beneficiarios, las formas más usuales de conocer el Componente Odontológico son a través del consultorio general (mencionada por un 50% de ellos) y del consejo de una tercera persona (con un 35% de menciones). Este resultado entrega evidencia respecto a que logran acceder al componente en su mayoría personas cercanas a la atención primaria habitual en consultorio. También se destaca que la tercera vía de importancia para conocer el componente es el Programa Chile Solidario, que fue reportada por un 12% de los beneficiarios.

En relación a la forma en que los encuestados lograron ser atendidos por el componente, resalta el elevado porcentaje de personas que responden haberse presentado en el lugar de atención por iniciativa propia (cerca de un 36%), en adición a los que responden haber sido derivados por personal del consultorio o un odontólogo (27 y 13,5% respectivamente). Por tanto, la información presentada refuerza la idea ya expuesta sobre la cercanía de los beneficiarios de este componente a la atención primaria habitual.

Respecto a la percepción sobre la facilidad de acceso al componente, se aprecia una gran inclinación hacia la alternativa “fácil” lo que hace que en conjunto, un 77% de los beneficiarios planteen que llegar a ser atendido por el componente es fácil o muy fácil.

Tabla 3.1.4.5: Beneficiarios Componente Odontológico según forma en que conocieron el programa

A través de qué medio se enteró del programa dental?	Nº de casos	porcentaje respecto al total de encuestados ⁴⁸²
programa chile solidario	775	12,34%
consultorio general	3131	49,84%
posta rural	653	10,39%
consultorio de especialidades	41	0,65%
Hospital	26	0,41%
Sernam	71	1,13%
oficina de colocación municipal	201	3,20%
otro organismo municipal	192	3,06%
consejo de una tercera persona	2198	34,99%
folletos o afiches informativos	261	4,15%
otro	37	0,59%
total	7586	120,76%

⁴⁸² En este caso, el número de observaciones supera el número de encuestados debido a que la pregunta permitía contestar hasta tres fuentes de información, de acuerdo a la preferencia del entrevistado.

Tabla 3.1.4.6: Beneficiarios Componente Odontológico según forma en que lograron ser citados

De qué forma logró ser citado por el programa dental?	Nº de casos	porcentaje
se presentó en lugar de atención por iniciativa propia	2248	35,78%
se presentó en la municipalidad por iniciativa propia	250	3,98%
fue derivado por un dentista	848	13,5%
fue contactado por personal de su consultorio	1681	26,76%
fue contactado por personal de su municipalidad	501	7,98%
fue contactado por personal del Sernam	54	0,86%
fue contactado por personal de Chile Solidario	529	8,42%
otra forma	166	2,64%
no sabe, no recuerda	5	0,08%
Total	6282	100%

Tabla 3.1.4.7: Beneficiarios Componente Odontológico según facilidad de acceso a la atención

facilidad para ser atendido por el programa dental	Nº de casos	porcentaje
muy fácil	635	10,11%
Fácil	4217	67,13%
Regular	611	9,73%
Difícil	819	13,04%
Total	6282	100%

Una segunda dimensión de accesibilidad a analizar lo constituye la **facilidad de acceso al lugar físico de atención del componente**.

De acuerdo a la información de la tabla N°3.1.4.8, la mayoría de los beneficiarios del componente accede al lugar de atención caminando. Si bien el 64% reportado incluye observaciones que además de la caminata utilizaron otro medio de transporte, al eliminar estos casos se obtiene que un 46,5% de la muestra accede al lugar de atención sólo caminando. También es posible observar que la segunda forma más frecuente de acceso al lugar de atención es a través de microbús, taxibus (liebre) o colectivo.

En relación al tiempo total de traslado al lugar de atención, incluyendo el tiempo de ida y de vuelta, se puede apreciar que casi un 50% de la muestra reporta tardar 30 minutos o menos, y que aproximadamente un 75% declara tardar una hora o menos. El tiempo de viaje promedio que registran los beneficiarios es de 55,1 minutos.

Consultados directamente sobre la facilidad de acceso al lugar de atención, cerca de un 74% de los beneficiarios se inclina por las alternativas fácil o muy fácil, lo que resulta consistente con la información reportada sobre medios y tiempos de transporte.

Respecto al costo de movilización desde y hacia el lugar de atención, resalta el hecho de que un 49% de la población beneficiaria reporta no gastar dinero, dato que resulta consecuente con la proporción de personas que llega al lugar de atención caminando. Además, puede observarse que un 61% declara gastar \$500 o menos y aproximadamente un 91% señala que gasta \$1000 o menos entre el costo de ida y el de vuelta. El gasto promedio en transporte es de \$473.

Tabla 3.1.4.8: Medios de transporte utilizados para acceder a la atención del Componente Odontológico

medio de transporte utilizado para asistir a programa dental	Nº de casos ⁴⁸³	porcentaje
caminata	4045	64,39%
microbús, taxibus, colectivo	2809	44,72%
auto particular	309	4,92%
bicicleta	199	3,17%
taxi	51	0,81%
vehículo del consultorio	5	0,08%
otro	42	0,67%

Tabla 3.1.4.9: Tiempo estimado de viaje para acceder a las atenciones del Componente Odontológico

tiempo total de traslado al centro de atención dental	Nº de casos	porcentaje
0 – 10	806	12,83%
11 – 20	1153	18,35%
21- 30	975	15,52%
31 – 45	735	11,70%
46 – 60	1024	16,30%
61 – 90	700	11,14%
91 – 120	399	6,35%
121- 180	300	4,78%
Más de 180	190	3,02%
Total	6282	100%

Tabla 3.1.4.10: Facilidad de acceso al lugar de atención del Componente Odontológico

facilidad de acceso al lugar de atención del programa dental	Nº de casos	porcentaje
muy fácil	1099	17,49%
fácil	3524	56,10%
regular	949	15,11%
difícil	710	11,30%
total	6282	100%

Tabla 3.1.4.11: Gasto estimado en transporte para acceder a las atenciones del Componente Odontológico

costo de transporte para acceder al centro de atención dental	Nº de casos	porcentaje
\$ 0	3103	49,40%
\$1 - \$500	749	11,92%
\$501 - \$1000	1851	29,47%
\$1001 - \$ 2000	443	7,05%
más de \$2000	136	2,16%
total	6282	100%

La última dimensión de accesibilidad que se analiza es la percepción de **facilidad de acceso al horario en que se realizan las atenciones** del componente.

⁴⁸³ El número de respuestas es mayor que el total de encuestados debido a que algunos de éstos se movilizaron hacia el centro de atención dental a través de más de un medio de transporte.

Como se puede apreciar en la tabla N°3.1.4.12, la mayor parte de los beneficiarios se inclina por la opción de “fácil acceso”, con lo que, en conjunto, un 85% del total de encuestados plantea que acceder al horario del componente es fácil o muy fácil.

Tabla 3.1.4.12: Facilidad de acceso al horario en que recibió las atenciones del Componente Odontológico

calificación del horario de atención	Nº de casos	porcentaje
de muy fácil acceso	1935	30,8%
de fácil acceso	3421	54,46%
de regular acceso	603	9,6%
de difícil acceso	263	4,19%
no sabe	60	0,96%
Total	6282	100%

b) Oportunidad en la atención

Para el caso del componente Odontológico la única dimensión de oportunidad de la atención susceptible de análisis es el tiempo de espera durante las atenciones dentales⁴⁸⁴.

De acuerdo a los datos de la tabla N°3.1.4.13, se concluye que cerca de un 53% de la muestra tuvo que esperar en promedio 20 minutos o menos por las atenciones odontológicas; un 70,5% hasta 30 minutos y un 87% hasta una hora. El tiempo promedio de espera fue de 37,5 minutos.

Tabla 3.1.4.13: Tiempo aproximado de espera durante las atenciones del Componente Odontológico

tiempo de espera aproximado en cada consulta dental	Nº de casos	porcentaje
0 – 5	455	7,24%
6 – 10	908	14,45%
11 – 20	1951	31,06%
21 – 30	1119	17,81%
31 – 60	1056	16,81%
61 – 90	241	3,84%
91 – 120	324	5,16%
121 – 180	186	2,96%
más de 180	42	0,67%
total	6282	100%

⁴⁸⁴ La información referente a si la persona estuvo en una lista de espera, que aparece en el Anexo 4, se refiere a la espera por atención odontológica corriente en el consultorio en que se encuentra inscrita y NO a la espera por las atenciones del componente, por tanto esta variable no puede ser introducida en el análisis de oportunidad. Debido a que una gran parte de los beneficiarios “en espera” por atenciones del Componente Odontológico ni siquiera conocen que son parte de una lista de potenciales beneficiarios del componente hasta el momento en que son llamados para ofrecerles el servicio, el equipo evaluador no consideró pertinente incluir en la encuesta la variable “tiempo promedio de permanencia en la lista de espera del componente antes de ser atendido”, por lo que no se cuenta con dicha información.

c) Calidad de la atención

De acuerdo a la opinión de expertos, dos importantes dimensiones de calidad del tratamiento odontológico son el **número de atenciones totales recibidas** y el **tiempo promedio de duración de dichas atenciones**⁴⁸⁵. Esta información se resume a través de las tablas 3.1.4.14 y 3.1.4.15.

En relación al número de atenciones recibidas, se puede observar una concentración de la muestra en torno al tramo comprendido entre 4 y 10 consultas, de hecho, aproximadamente el 67% de los beneficiarios reporta haber recibido un número de atenciones contenido en ese tramo. Además, el número promedio de consultas registradas por paciente es de 8,8.

Por otra parte, como se aprecia en la tabla N°3.1.4.15, la duración promedio de las consultas reportada por cada beneficiario se concentra preferentemente en el tramo entre los 11 y los 30 minutos. En efecto, un 84% de las observaciones se sitúan en ese tramo. Sin embargo, a nivel general, la media obtenida para esta variable asciende a 31,6 minutos.

Tabla 3.1.4.14: Número de atenciones recibidas durante el tratamiento del Componente Odontológico

número de atenciones recibidas	Nº de casos	porcentaje
1	25	0,40%
2 – 3	381	6,06%
4 – 5	1957	31,15%
6 – 10	2239	35,64%
11 – 15	831	13,23%
16 – 20	555	8,83%
20 – 30	186	2,96%
más de 30	108	1,72%
Total	6282	100%

Tabla 3.1.4.15: Tiempo aproximado de duración de las atenciones del Componente Odontológico

tiempo de duración de cada atención (en minutos)	Nº de casos	porcentaje
hasta 10	290	4,62%
11 – 20	2792	44,44%
21 – 30	2478	39,45%
31 – 60	484	7,70%
61 – 120	51	0,81%
121 – 180	35	0,56%
180 – 240	152	2,42%
Total	6282	100%

⁴⁸⁵ Idealmente, esta medida de calidad debiera ser controlada a través de la gravedad real del paciente, pero esta información no es posible de construir con los datos de la encuesta que sólo reflejan percepciones.

La siguiente dimensión de calidad del componente bajo análisis es la **realización de actividades educativas y preventivas**.

La tabla N°3.1.4.16 da cuenta de las actividades de educación reportadas por los beneficiarios.

En primer lugar destaca el hecho de que un 88% de los beneficiarios manifiestan haber recibido explicaciones respecto a cómo realizar el aseo dental, mientras que aproximadamente un 46% plantea haber recibido educación relativa a las consecuencias de malos hábitos alimenticios sobre la salud dental.

Adicionalmente, al grupo que reportó haber recibido este último tipo de educación se le pidió explicitar si le entregaron consejos sobre cómo cambiar su alimentación para mejorar su salud dental, obteniéndose un 75% de respuestas positivas, que equivalen a un 34% del total de beneficiarios.

En relación a la claridad de la información recibida se obtuvo que, entre aquellos que declararon haber recibido educación sobre higiene dental un 99% consideró que los consejos recibidos fueron claros o muy claros, mientras que un 97,5% de aquellos que recibieron consejos sobre alimentación los calificó de igual manera.

Tabla 3.1.4.16: Actividades de Educación recibidas durante las atenciones del Componente Odontológico

En alguna atención del programa dental recibió educación	sobre cómo lavar sus dientes		sobre las consecuencias de una mala alimentación en la salud dental		sobre como cambiar su alimentación para mejorar su salud dental	
	N° de casos	porcentaje	N° de casos	porcentaje	N° de casos ⁴⁸⁶	porcentaje
Sí	5536	88,12%	2873	45,73%	2163	75,29%
No	684	10,89%	3391	53,98%	696	24,23%
no sabe, no recuerda	62	0,99%	18	0,29%	14	0,49%
Total	6282	100%	6282	100%	2873	100%

Tabla 3.1.4.17: Claridad de los consejos recibidos durante las atenciones del Componente Odontológico

claridad de los consejos recibidos	sobre cómo lavar sus dientes		sobre alimentación	
	N° de casos ⁴⁸⁷	porcentaje	N° de casos ⁴⁸⁸	porcentaje
muy claros	2293	41,42%	657	30,37%
claros	3194	57,70%	1453	67,18%
poco claros	35	0,63%	53	2,45%
nada claros	5	0,09%	0	0%
no sabe, no recuerda	9	0,16%	0	0%
total	5536	100%	2163	100%

⁴⁸⁶ El número total de respuestas equivale a las 2873 observaciones que reportaron haber recibido explicaciones sobre las consecuencias de una mala alimentación en la salud dental.

⁴⁸⁷ El número total de respuestas equivale a las 5536 observaciones que reportaron haber recibido explicaciones sobre cómo lavar sus dientes.

⁴⁸⁸ El número total de respuestas equivale a las 2163 observaciones que reportaron haber recibido explicaciones sobre las consecuencias de una mala alimentación sobre su salud dental y sobre cómo mejorar hábitos alimenticios.

Otra de las principales dimensiones de calidad del tratamiento del Componente Odontológico es la que se refiere a las **prótesis entregadas a los beneficiarios**.

Al consultar directamente a los beneficiarios por la percepción sobre la calidad de las prótesis, se puede apreciar que un 78% de quienes recibieron prótesis superior manifiestan que ésta es de buena o muy buena calidad y un 81% de aquellos que recibieron prótesis inferior creen que ésta es de calidad buena o muy buena.

La realización de controles dentales con posterioridad a la entrega de prótesis se analiza en la tabla N°3.1.4.19. Como puede apreciarse cerca de un 21% de los beneficiarios que recibieron prótesis señala no haber asistido a controles para ver como se sentía con ella(s). Además un 26% reportó haber asistido sólo a uno. Esta información podría explicar las razones de no uso expuestas.

Finalmente, las tablas N°3.1.4.20 y 3.1.4.21 exponen la percepción de necesidad de prótesis entre aquellos que no recibieron una o ambas.

Como puede apreciarse, un 68,5% de quienes no recibieron ninguna prótesis manifiesta no haber necesitado ninguna. Sin embargo, resalta el hecho de que al interior de este grupo, la cantidad de beneficiarios que reporta haber necesitado ambas es ampliamente superior a los que creen haber necesitado sólo una.

En relación a los beneficiarios que sólo obtuvieron una prótesis, entre un 66 y un 69% de ellos coinciden en no haber necesitado la prótesis que no le dieron, independiente de cual fuera ésta.

Tabla 3.1.4.18: Percepción sobre calidad de las prótesis entregadas por el Componente Odontológico

percepción sobre calidad	prótesis superior		prótesis inferior	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje
muy buena	763	17,52%	712	22,19%
buena	2646	60,76%	1887	58,82%
regular	565	12,97%	363	11,32%
mala	323	7,42%	222	6,92%
no sabe, no recuerda	58	1,33%	24	0,75%
Total	4355	100%	3208	100%

Tabla 3.1.4.19: Número de atenciones de control con posterioridad a la entrega de prótesis

a cuántos controles asistió para ver como se sentía con la(s) prótesis	Nº de casos ⁴⁸⁹	Porcentaje
ningún control	1078	20,81%
sólo uno	1361	26,27%
dos controles	2010	38,80%
tres controles	575	11,10%
cuatro o más controles	75	1,45%
asistió a controles pero no recuerda a cuántos	42	0,81%
no sabe, no recuerda	40	0,77%
Total	5181	100%

Tabla 3.1.4.20: Percepción sobre necesidad de prótesis en pacientes que no recibieron ninguna

creo ud que necesitaba prótesis	Nº de casos ⁴⁹⁰	Porcentaje
sí, sólo una	72	6,54%
sí, ambas	164	14,90%
ninguna	755	68,57%
no sabe	110	9,99%
Total	1101	100%

Tabla 3.1.4.21: Percepción sobre necesidad de prótesis en pacientes que sólo recibieron una

Necesitaba la prótesis que no le dieron	cuál prótesis le dieron					
	superior		inferior		total	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos ⁴⁹¹	porcentaje
sí	626	31,73%	260	31,48%	886	31,65%
no	1321	66,95%	566	68,52%	1887	67,42%
no sabe, no recuerda	26	1,32%	0	0%	26	0,93%
Total	1973	100%	826	100%	2799	100%

La última dimensión de calidad del tratamiento bajo estudio es la **percepción sobre la calidad de las tapaduras**. Como se expone en la tabla N°3.1.4.22, los beneficiarios dan cuenta de un buen nivel, que se refleja en que aproximadamente un 82% de ellos se inclinan por las opciones “buena” o “muy buena”.

Tabla 3.1.4.22: Percepción sobre calidad de las tapaduras realizadas por el Componente Odontológico

cómo cree que es la calidad de las tapaduras	Nº de casos	porcentaje
muy buena	725	21,25%
buena	2060	60,39%
regular	391	11,46%
mala	191	5,60%
no sabe	44	1,29%
Total	3411	100%

⁴⁸⁹ El número total de respuestas equivale a las 5181 observaciones que reportaron haber recibido dos o una prótesis.

⁴⁹⁰ El número total de respuestas equivale a las 1101 observaciones que reportaron no haber recibido ninguna prótesis.

⁴⁹¹ El número total de respuestas equivale a las 2799 observaciones que reportaron haber recibido sólo una prótesis.

d) Percepción de seguridad y confianza

La tabla N°3.1.4.23 da cuenta de la percepción de los beneficiarios sobre el trato entregado por el odontólogo. De acuerdo a los resultados, cerca de un 51% de los casos reporta haber recibido un trato muy bueno. Cabe destacar que la agrupación de las opciones de respuesta “bueno” y “muy bueno” concentra casi al 98% del total de las observaciones.

Tabla 3.1.4.23: Percepción sobre el trato entregado por el odontólogo del Componente Odontológico

el dentista, le dio un buen trato	Nº de casos	porcentaje
muy bueno	3195	50,86%
bueno	2952	46,99%
regular	85	1,35%
malo	50	0,80%
Total	6282	100%

e) Utilidad del tratamiento

Con el fin de evaluar la utilidad del tratamiento ofrecido por el componente Odontológico, se cuestionó a los beneficiarios sobre el grado de acuerdo o desacuerdo frente a los enunciados que se plantean en las tablas 3.1.4.24 y 3.1.4.25.

Como se puede apreciar, el aspecto mejor evaluado por los beneficiarios es la recuperación de la salud dental. En efecto, un 56,5% señala estar muy de acuerdo con que el componente significó una importante mejoría de su salud dental, mientras que un 41% reconoce estar de acuerdo con dicho enunciado. En conjunto ambas opciones agrupan casi el 98% de las observaciones.

En relación a la mejora en la autoestima, se obtuvo que un 56% declara estar muy de acuerdo con que éste le ayudó a valorarse como persona y un 40% reconoce estar de acuerdo. En conjunto, ambas opciones agrupan el 96% de las observaciones.

Por otra, parte, un 42% de los beneficiarios plantea estar muy de acuerdo con que el componente le permitió que otras personas lo valoraran más, mientras que un 50% sostiene estar de acuerdo. En conjunto, ambas opciones concentran aproximadamente un 92% de las observaciones.

En relación a la situación laboral de los beneficiarios, los datos reportados, dan cuenta de que éstos no visualizan una mejora en sus condiciones de trabajo atribuible al componente. En efecto, para cada uno de los enunciados planteados, predominó la elección de la alternativa “no aplica” lo que da cuenta de que una gran mayoría de beneficiarios no percibe haber experimentado cambios de significancia en los temas que se cuestiona. Inclusive, excluyendo las observaciones que responden “no aplica” del análisis, en cada uno de los ítems consultado el número de respuestas que declaran estar en desacuerdo y muy en desacuerdo superan la suma de las respuestas que reportan estar de acuerdo o muy de acuerdo.

Por tanto, se concluye que la mayoría de los beneficiarios no percibe que el componente haya sido de utilidad para lograr mejoras en su situación laboral.

Tabla 3.1.4.24: Percepción sobre utilidad del tratamiento en salud dental y autoestima del beneficiario

grado de acuerdo	el programa significó una importante mejoría para su salud dental		el programa le ayudó a valorarse como persona		el programa le permitió que otras personas lo valoraran más	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje
muy de acuerdo	3549	56,49%	3534	56,26%	2668	42,47%
de acuerdo	2606	41,48%	2528	40,24%	3162	50,33%
en desacuerdo	96	1,53%	160	2,55%	288	4,58%
muy en desacuerdo	31	0,49%	23	0,37%	47	0,75%
no aplica	0	0%	37	0,59%	117	1,86%
total	6282	100%	6282	100%	6282	100%

Tabla 3.1.4.25: Percepción sobre utilidad del tratamiento en situación laboral del beneficiario

grado de acuerdo	el programa le permitió acceder a un trabajo		el programa le ayudó a decidirse a buscar trabajo		el programa le permitió acceder a un trabajo más estable		el programa le permitió acceder a jornada de trabajo menos pesada	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje
muy de acuerdo	547	8,71%	787	12,53%	474	7,55%	418	6,65%
de acuerdo	411	6,54%	830	13,21%	231	3,68%	203	3,23%
en desacuerdo	1246	19,83%	749	11,92%	1085	17,27%	1018	16,21%
muy en desacuerdo	741	11,8%	274	4,36%	323	5,14%	501	7,98%
no aplica	3337	53,12%	3642	57,98%	4169	66,36%	4142	65,93%
total	6282	100%	6282	100%	6282	100%	6282	100%

3.1.4.3 Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

Satisfacción Usuaría

Es importante destacar que el componente IRA corresponde a una estrategia de salud que se encuentra inserta en los centros de salud de la atención primaria y la evaluación de la satisfacción de los usuarios del componente hace el intento, dentro de lo posible, de aislar al componente del consultorio o centro de salud familiar correspondiente en todo lo que respecta a cada uno de los aspectos a tratar.

a) Accesibilidad al componente

El componente IRA muestra una evaluación positiva por parte de los encuestados en lo que se refiere a accesibilidad, tanto al lugar físico donde se encuentran las salas IRA, como a los servicios que el componente entrega. Lo anterior se ve reforzado por las tablas siguientes, donde se aprecia, entre otras cosas, que la proporción más significativa de los encuestados va a las salas IRA directamente desde su domicilio (83%), caminando (58%), y por ende sin costos de transporte (51%).

En las estadísticas siguientes se puede ver que las principales vías a través de las cuales acceden los beneficiarios a las salas IRA son: citados previamente (45%), por derivación del médico pediatra del consultorio (30%), y por demanda espontánea (15%); también es posible apreciar que más de un 56% de los encuestados reporta que tardan menos de media hora en llegar a la sala IRA.

Tabla 3.1.4.26: Vías a través de las cuales se tiene acceso a las Salas IRA.

forma de acceso a sala ira	Nº de casos	porcentaje
pidiendo una hora previamente	2.558	44,59%
directamente, sin pedir hora	844	14,71%
derivado por Dr. del mismo consultorio	1.711	29,82%
derivado por Dr. de otro consultorio	180	3,14%
derivado de algún servicio de urgencia	444	7,74%
Total	5.737	100%

Tabla 3.1.4.27: Beneficiarios que llegaron desde su domicilio a la Sala IRA.

¿Fue directamente desde su domicilio?	Nº de casos	porcentaje
Sí	4.784	83,39%
No	934	16,28%
no sabe	19	0,33%
Total	5.737	100%

Tabla 3.1.4.28: Tiempo de transporte ida y vuelta a las Salas IRA.

tiempo de viaje ida y vuelta	Nº de casos	porcentaje
0 a 10 min	498	8,67%
11 a 20 min	1.437	25,06%
21 a 30 min	1.308	22,8%
31 a 1 hora	1.743	30,37%
1 a 1 hora y media	285	4,96%
1 hora y media a 2 horas	369	6,44%
Más de 2 horas	97	1,68%
Total	5.737	100%

Tabla 3.1.4.29: Medios de transportes utilizados para trasladarse a la sala IRA.

medios de transporte utilizados la última vez	Nº de casos	porcentaje ⁴⁹²
Caminata	3.320	57,87%
vehículo del consultorio	33	0,58%
Microbús, taxibús, colectivo	2.439	42,51%
Metro	14	0,24%
Taxi	167	2,91%
auto particular	270	4,71%
bicicleta, triciclo	47	0,82%
no bien especificado	12	0,21%
Total	6.302	

⁴⁹² La suma total de los porcentajes es superior al 100% debido a que los porcentajes de cada categoría están calculados sobre el total de beneficiarios encuestados, y no sobre el total de casos. Este último número es mayor porque cada encuestado podía responder en más de una categoría. (pregunta de respuesta múltiple)

Tabla 3.1.4.30: Costos de transporte.

dinero gastado en transporte la última vez (ida y vuelta)	Nº de casos	porcentaje
0	2.932	51,11%
1 a 500	726	12,66%
501 a 1000	1631	28,43%
1001 a 2000	418	7,29%
más de 2000	30	0,52%
Total	5.737	100%

Tabla 3.1.4.31: Percepción de los beneficiarios respecto del acceso físico a las Salas IRA.

facilidad para llegar a la sala ira	Nº de casos	porcentaje
muy fácil	547	9,53%
Fácil	3.959	69,01%
Regular	879	15,32%
Difícil	352	6,14%
Total	5.737	100%

Tabla 3.1.4.32: Percepción de los beneficiarios respecto del acceso a los servicios que entregan las Salas IRA.

facilidad para ser atendido en la sala ira	Nº de casos	porcentaje
muy fácil	303	5,28%
Fácil	3.284	57,24%
Regular	1.657	28,88%
Difícil	493	8,59%
Total	5.737	100%

La percepción de los encuestados respecto del acceso tanto al lugar físico donde se encuentran ubicadas las salas IRA como a los servicios que éstas entregan también es muy positiva, ya que más del 78% de los encuestados declara considerar “muy fácil” o “fácil” llegar físicamente a las salas IRA y más del 62% se encuentra en las mismas categorías de respuesta para el caso de acceder a los servicios que se entregan en las salas.

b) Oportunidad en la atención

En lo que se refiere a la oportunidad de la atención de las salas IRA, las estadísticas descriptivas presentadas a continuación muestran señales positivas, en tanto que de aquellos encuestados que reportan haber accedido a las salas pidiendo hora previamente, más del 60% recibió la atención a más tardar después de un día de haber pedido la hora. En el caso de aquellos encuestados que reportan que los pacientes fueron derivados desde otros centros de salud a las salas IRA, más del 60% expresa haber recibido atención en las salas antes de una hora.

Tabla 3.1.4.33: Tiempo de espera desde pedir hora hasta ser atendido.

tiempo de espera desde que se pide hora hasta que es atendido	Nº de casos	porcentaje
0-1 hora	691	27,49%
2-3 horas	160	6,36%
4-12 horas	71	2,83%
1 día	667	26,53%
2 días	229	9,11%
3 días	150	5,97%
4 días	83	3,3%
5 días	43	1,71%
7 días	201	8%
8-15 días	90	3,58%
30-59 días	71	2,83%
60 días	18	0,72%
6 meses	30	1,19%
Total	2.504	100%

Tabla 3.1.4.34: Tiempo de espera desde la derivación hasta la atención.

tiempo de espera desde que fue derivado (hrs)	Nº de casos	porcentaje
Menos de 1 hora	1493	62,76%
1 - 2 horas	230	9,67%
2-3 horas	91	3,82%
3-24 horas	434	18,25%
1 a 3 días	76	3,19%
4 a 15 días	28	1,17%
15 a 30 días	22	0,93%
Más de 30 días	5	0,21%
Total	2.379	100%

Tabla 3.1.4.35: Percepción de los beneficiarios respecto de la oportunidad de la atención que entregan las Salas IRA.

oportunidad de atención profesional	Nº de casos	porcentaje
muy oportuna	1.358	23,67%
oportuna	3.599	62,73%
tardía	717	12,5%
muy tardía	63	1,1%
Total	5.737	100%

Las percepciones de los encuestados respecto a la oportunidad de la atención de las salas IRA se concentra en más de un 85% entre las alternativas “oportuna” y “muy oportuna”. Esto da muestras de que el componente IRA entrega una atención que es percibida, en general, como oportuna.

c) Calidad de la atención

Respecto a la calidad de la atención que entregan las salas IRA, se observa una percepción positiva en todos los aspectos evaluados, concentrándose siempre la mayor proporción de las respuestas en las alternativas más favorables, esto es, evaluando la calidad como “buena” o “muy buena”. Además, se observa que una proporción importante de los encuestados que recibieron alguna prescripción de medicamentos no debió comprarlos, sino que probablemente se les fueron entregados gratuitamente en el mismo recinto. Por otro lado, al consultar qué profesional recetó o indicó los medicamentos, el porcentaje más importante de los encuestados reporta que fue el médico, lo que indica una buena práctica generalizada, por parte del equipo IRA.

Tabla 3.1.4.36: Profesionales que recetan o indican los medicamentos.

profesional que le recetó medicamentos	Nº de casos	porcentaje
médico ira	3.902	68,01%
kinesiólogo ira	1.029	17,94%
auxiliar médico	32	0,56%
no le recetaron	774	13,49%
Total	5.737	100%

Tabla 3.1.4.37: Beneficiarios de las Salas IRA que compraron medicamentos después de ser atendidos.

tuvo que comprar medicamentos	Nº de casos	porcentaje
Sí	1.806	36,39%
No	3.145	63,37%
no sabe	12	0,24%
Total	4.963	100%

Tabla 3.1.4.38: Gasto en medicamentos.

dinero gastado en medicamentos	Nº de casos	porcentaje
0 – 1000	151	8,37%
1001 – 3000	344	19,04%
3001 – 5000	479	26,52%
5001 – 10000	485	26,84%
Más de 10000	347	19,21%
Total	1.806	100%

Tabla 3.1.4.39: Percepción de los beneficiarios respecto de la calidad de la atención que entregan las Salas IRA.

calidad de la atención recibida	tratamiento médico		tratamiento kinesiológico		trato recibido		medicamentos recetados		limpieza del lugar	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje
muy buena	966	18,46%	1.555	28,21%	1.782	31,08%	804	15,67%	1.561	27,23%
buena	3.335	63,74%	3.382	61,35%	3.428	59,79%	3.448	67,21%	3.592	62,65%
regular	735	14,05%	457	8,29%	426	7,43%	666	12,98%	467	8,15%
mala	196	3,75%	119	2,16%	97	1,69%	212	4,13%	113	1,97%
Total ⁴⁹³	5.232	100%	5.513	100%	5.733	100%	5.130	100%	5.733	100%

Por otro lado, en las estadísticas de la encuesta se puede observar que la generalidad de los encuestados señala que ha recibido información para evitar y/o saber manejar enfermedades respiratorias de los pacientes de las salas IRA, un 79% y un 67% respectivamente. Además se destaca la buena evaluación que los encuestados, en general, hacen de la claridad de dicha información. Lo anterior se ve reflejado en que el 95% de los encuestados, que recibieron información, evalúa como “clara” o “muy clara” la información de tipo preventiva que imparte el componente; y el 97% de los encuestados, que recibieron información, evalúa como “clara” o “muy clara” la información de tipo curativa que imparte el componente.

Tabla 3.2.40: Beneficiarios⁴⁹⁴ de las Salas IRA que reciben información y educación preventiva.

¿recibió información para evitar enfermedades respiratorias?	Nº de casos	porcentaje
Sí	4.514	78,68%
No	1.216	21,2%
no sabe	7	0,12%
Total	5.737	100%

Tabla 3.2.41: Calidad de la información.

claridad de la información	Nº de casos	Porcentaje
muy clara	1.888	41,83%
clara	2.393	53,01%
poco clara	233	5,16%
Total	4.514	100%

Tabla 3.2.42: Beneficiarios de las Salas IRA que reciben información y educación curativa.

¿recibió información sobre cómo actuar frente a una enfermedad respiratoria?	Nº de casos	porcentaje
Sí	3.853	67,16%
No	1.884	32,84%
Total	5.737	100%

⁴⁹³ Los totales presentados son menores a los reportados anteriormente debido a que la encuesta incluía una alternativa “no aplica”, la cual se eliminó de los cálculos de los totales y de los porcentajes.

⁴⁹⁴ Debido a que los beneficiarios de las salas IRA son niños, la información se le entrega a la persona que lo acompaña, la que según los datos de la encuesta es general la madre (ver anexo de tabulación de la encuesta).

Tabla 3.2.43: Calidad de la información.

claridad de la información	Nº de casos	porcentaje
muy clara	1.622	42,1%
clara	2.119	55%
poco clara	112	2,91%
Total	3.853	100%

d) Seguridad y confianza.

Se aprecia una evaluación positiva en lo que respecta a la seguridad y confianza en las salas IRA. Esta idea se ve reflejada en que más del 90% de los encuestados expresa que recomendaría las salas IRA. Hacia la misma dirección apuntan tanto los datos que muestran que una gran proporción de los encuestados revela que los pacientes no fueron llevados a consultar a otro médico por el mismo problema, así como los que destacan que la mayoría estaría dispuesta a pagar por los servicios que reciben de las salas IRA. Dichas estadísticas se complementan con aquellas que revelan una percepción positiva en todos los aspectos evaluados, agrupándose los porcentajes más importantes de las respuestas entre las alternativas más favorables. Esto es, evaluando la seguridad y confianza como “buena” o “muy buena” en cada una de las líneas consultadas con porcentajes que van desde un 83% a un 93% agrupando ambas alternativas.

Tabla 3.1.4.44: Beneficiarios de las Salas IRA que recomendarían sus servicios.

¿recomendaría a un familiar o amigo la sala ira?	Nº de casos	porcentaje
Sí	5.208	90,78%
No	421	7,34%
no sabe	108	1,88%
Total	5.737	100%

Tabla 3.1.4.45: Beneficiarios de las Salas IRA que pidieron una segunda opinión médica.

¿llevó al paciente a otro médico por el mismo problema?	Nº de casos	porcentaje
Sí	1.106	19,28%
No	4.615	80,44%
no sabe	16	0,28%
Total	5.737	100%

Tabla 3.1.4.46: Beneficiarios de las Salas IRA que se muestran dispuestos a pagar por los servicios recibidos.

¿habría estado dispuesto a pagar por esta atención?	Nº de casos	porcentaje
Sí	4.366	76,1%
No	1.226	21,37%
no sabe	145	2,53%
Total	5.737	100%

Tabla 3.1.4.47: Percepción de los beneficiarios respecto de la seguridad y confianza en la atención que entregan las Salas IRA.

seguridad y confianza	médicos ira		kinesiólogos		Medicamentos recetados	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje
muy buena	1.639	31,82%	2.027	37,302%	1.140	22,09%
buena	2.706	52,53%	3.073	56,551%	3.194	61,89%
regular	722	14,02%	253	4,656%	669	12,96%
mala	84	1,63%	81	1,491%	158	3,06%
Total ⁴⁹⁵	5.151	100%	5.434	100%	5.161	100%

e) Utilidad del tratamiento.

La utilidad del tratamiento recibido en las salas IRA registra una evaluación favorable en la generalidad de los encuestados. Así, casi un 80% reporta que no se vio en la necesidad de llevar al paciente a algún servicio de urgencia de salud, luego de ser atendido en las salas IRA. Del mismo modo, el porcentaje más importante expresa que el tratamiento que el paciente recibió en la sala le sirvió mucho.

Tabla 3.1.4.48: Beneficiarios de las Salas IRA que, sin ser derivados, acudieron a un Servicio de Salud de urgencia.

¿tuvo que ir, por iniciativa propia, a un servicio de urgencia por el mismo problema?	Nº de casos	porcentaje
Sí	1.176	20,5%
No	4.557	79,43%
no sabe	4	0,07%
Total	5.737	100%

Tabla 3.1.4.49: Percepción de los beneficiarios respecto de la utilidad del tratamiento que entregan las Salas IRA.

utilidad del tratamiento recibido	Nº de casos	porcentaje
mucho, se recuperó bien	4.186	72,96%
más o menos	1.275	22,22%
nada, su salud está igual	276	4,81%
Total	5.737	100%

3.1.4.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

Satisfacción Usuaría

Es importante destacar que el componente ERA corresponde a una estrategia de salud que se encuentra inserta en los centros de salud de la atención primaria. En este contexto, la evaluación de la satisfacción de los usuarios del componente hará el intento, dentro de lo posible, de aislar al componente del consultorio o centro de salud familiar correspondiente en todo lo que respecta a cada uno de los aspectos a tratar.

⁴⁹⁵ Los totales presentados son menores a los reportados anteriormente debido a que la encuesta incluía una alternativa “no aplica”, la cual se eliminó de los cálculos de los totales y de los porcentajes.

a) Accesibilidad al componente

El componente ERA muestra una evaluación positiva por parte de los encuestados en lo que se refiere a accesibilidad, tanto al lugar físico donde se encuentran las salas ERA, como a los servicios que el componente entrega. Lo anterior se ve reflejado en las tablas siguientes, donde se aprecia que casi el 90% de los encuestados va a las salas ERA directamente desde su domicilio, caminando (53%) y por ende sin costos de transporte (47%). La mitad de la muestra ocupa como máximo 30 minutos de su tiempo en transporte. Además, en las estadísticas siguientes se puede ver que las principales vías a través de las cuales acceden los beneficiarios a las salas IRA son: citados previamente (51%), por derivación del médico general del consultorio (21%), y por demanda espontánea (22%).

Tabla 3.1.4.50: Vías a través de las cuales se tiene acceso a las Salas ERA.

forma de acceso a sala era	Nº de casos	porcentaje
pidiendo una hora previamente	738	50,79%
directamente, sin pedir hora	325	22,37%
derivado por dr. del mismo consultorio	301	20,72%
derivado por dr. de otro consultorio	36	2,48%
derivado de algún servicio de urgencia	53	3,65%
Total	1.453	100%

Tabla 3.1.4.51: Beneficiarios que llegaron directamente desde su domicilio a la Sala ERA.

¿fue directamente desde su domicilio?	Nº de casos	porcentaje
Sí	1.300	89,47%
No	153	10,53%
Total	1.453	100%

Tabla 3.1.4.52: Tiempo de transporte ida y vuelta a las Salas ERA.

tiempo de viaje ida y vuelta	Nº de casos	porcentaje
0 a 10 min	114	7,85%
11 a 20 min	366	25,18%
21 a 30 min	228	15,69%
31 a 1 hora	535	36,8%
1 a 1 hora y media	69	4,76%
1 hora y media a 2 horas	62	4,27%
más de 2 horas	79	5,44%
Total	1.453	100%

Tabla 3.1.4.53: Medios de transportes utilizados para trasladarse a la sala ERA.

Medio de transporte utilizados la última vez	Nº de casos	Porcentaje ⁴⁹⁶
caminata	768	52,86%
vehículo del consultorio	33	2,27%
microbús, taxibús, colectivo	729	50,17%
metro	4	0,28%
taxi	134	9,22%
auto particular	73	5,02%
bicicleta	17	1,17%
ascensor	20	1,38%
no bien especificado	3	0,21%
Total	1.781	

Tabla 3.1.4.54: Costos de transporte.

dinero gastado en transporte la última vez (ida y vuelta)	Nº de casos	porcentaje
0	687	47,28%
1 a 500	298	20,52%
501 a 1000	256	17,61%
1001 a 2000	158	10,89%
más de 2000	54	3,72%
Total	1.453	100%

La percepción de los encuestados respecto del acceso tanto al lugar físico dónde se encuentran ubicadas las salas ERA como a los servicios que éstas entregan también es positiva, toda vez que más del 78% de los encuestados declara considerar “muy fácil” o “fácil” llegar físicamente a las salas ERA y más del 80% se encuentra en las mismas categorías de respuesta para el caso de acceder a los servicios que se entregan en las salas.

Tabla 3.1.4.55: Percepción de los beneficiarios respecto del acceso físico a las Salas ERA.

facilidad para llegar a la sala era	Nº de casos	porcentaje
Muy fácil	140	9,64%
Fácil	996	68,55%
Regular	217	14,93%
Difícil	100	6,88%
Total	1.453	100%

⁴⁹⁶ La suma total de los porcentajes es superior al 100% debido a que los porcentajes de cada categoría están calculados sobre el total de beneficiarios encuestados, y no sobre el total de casos. Este último número es mayor porque cada encuestado podía responder en más de una categoría (pregunta de respuesta múltiple).

Tabla 3.1.4.56: Percepción de los beneficiarios respecto del acceso a los servicios que entregan las Salas ERA.

facilidad para ser atendido en la sala era	Nº de casos	porcentaje
Muy fácil	122	8,4%
Fácil	1.048	72,13%
Regular	200	13,76%
Difícil	83	5,71%
Total	1.453	100%

b) Oportunidad en la atención

En lo que se refiere a la oportunidad de la atención de las salas ERA, las estadísticas descriptivas presentadas a continuación muestran señales positivas, en tanto que, de aquellos encuestados que reportan haber accedido a las salas pidiendo hora previamente, casi un 30% recibió la atención máximo después de un día de haberla solicitado. Este porcentaje, aunque parece menor, corresponde a una proporción importante de los encuestados si se tiene en consideración el carácter crónico de la mayoría. Estos últimos son citados de manera permanente con 1 ó 2 meses de antelación.

En el caso de aquellos que reportan que los pacientes fueron derivados desde otros centros de salud a las salas ERA, más del 60% expresa haber recibido atención en las salas antes de una hora.

Tabla 3.1.4.57: Tiempo de espera desde pedir hora hasta ser atendido.

tiempo de espera para ser atendido	Nº de casos	porcentaje
0-1 hora	85	13,87%
2-3 horas	15	2,45%
4-12 horas	2	0,33%
1 día	81	13,21%
2 días	40	6,53%
3 días	4	0,65%
4 días	6	0,98%
5 días	20	3,27%
7 días	11	1,79%
8-15 días	55	8,97%
16-30 días	180	29,37%
31-60 días	64	10,43%
61-90 días	50	8,16%
Total	613	100%

Tabla 3.1.4.58: Tiempo de espera desde la derivación hasta la atención.

tiempo de espera desde que fue derivado	Nº de casos	porcentaje
0-1 hora	319	61,96%
2-3 horas	38	7,37%
3-24 horas	25	4,85%
1 a 3 días	19	3,69%
4 a 15 días	22	4,27%
15 a 30 días	29	5,64%
31-60 días	44	8,55%
más de 60 días	19	3,69%
Total	515	100%

La percepción de los encuestados respecto de la oportunidad de la atención de las salas ERA se concentran en casi un 90% entre las alternativas “oportuna” y “muy oportuna”. Esto da muestras de que el componente ERA entrega una atención que es percibida, en general, como oportuna.

Tabla 3.1.4.59: Percepción de los beneficiarios respecto de la oportunidad de la atención que entregan las Salas ERA.

oportunidad de atención profesional	Nº de casos	porcentaje
muy oportuna	356	24,5%
oportuna	937	64,49%
tardía	152	10,46%
muy tardía	8	0,55%
Total	1.453	100%

c) Calidad de la atención.

Respecto a la calidad de la atención que entregan las salas ERA, se observa una percepción positiva en todos los aspectos evaluados, concentrándose siempre el grueso de las respuestas entre las alternativas más favorables, esto es, evaluando la calidad como “buena” o “muy buena”. Además, se observa que el 76% de los encuestados que recibieron alguna prescripción de medicamentos reporta que no debió comprarlos, sino que probablemente le fueron entregados gratuitamente en el mismo recinto. Por otro lado, casi el 70% señala que fue el médico el profesional que le indicó o recetó medicamentos.

Tabla 3.1.4.60: Profesionales que recetan o indican los medicamentos.

profesional que le recetó o indicó medicamentos	Nº de casos	porcentaje
médico ERA o del consultorio	1.006	69,2%
kinesiólogo	164	11,3%
auxiliar médico	19	1,3%
enfermera	35	2,4%
otro médico y posta	10	0,7%
no le recetaron	219	15,1%
Total	1.453	100%

Tabla 3.1.4.61: Beneficiarios de las Salas ERA que compraron medicamentos después de ser atendidos.

tuvo que comprar medicamentos	Nº de casos	porcentaje
Sí	296	23,99%
No	934	75,69%
No sabe	4	0,32%
Total	1.234	100%

Tabla 3.1.4.62: gasto en medicamentos.

dinero gastado en medicamentos	Nº de casos	porcentaje
0 – 1000	15	5,07%
1001 – 3000	47	15,89%
3001 – 5000	35	11,83%
5001 – 10000	101	34,13%
Más de 10000	98	33,11%
Total	296	100%

Tabla 3.1.4.63: percepción de los beneficiarios respecto de la calidad de la atención que entregan la Sala ERA

calidad de la atención recibida	tratamiento médico		tratamiento kinesiológico		tratamiento de enfermeras		trato recibido		medicamentos recetados		limpieza del lugar	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%
Muy buena	333	23,85	233	24,47	237	18,52	420	29,07	323	23,14	403	27,97
Buena	883	63,25	650	68,28	948	74,06	955	66,09	939	67,26	971	67,38
Regular	156	11,17	59	6,20	71	5,55	48	3,32	114	8,17	59	4,09
Mala	24	1,72	10	1,05	24	1,88	22	1,52	20	1,43	8	0,56
Total ⁴⁹⁷	1396	100	952	100	1280	100	1445	100	1396	100	1441	100

Por otro lado, es muy positivo observar en las estadísticas de la encuesta que la mayoría de los encuestados señala que ha recibido información para evitar y/o saber manejar enfermedades respiratorias, un 67% y un 51%, respectivamente. Además se destaca la buena evaluación que los encuestados, en general, hacen de la claridad de dicha información. Lo anterior se ve reflejado en que el 94% de los encuestados, que recibieron información, evalúa como “clara” o “muy clara” la información de tipo preventiva que imparte el componente; y el 96% de los encuestados, que recibieron información, evalúa como “clara” o “muy clara” la información de tipo curativa que imparte el componente.

Tabla 3.1.4.64: Beneficiarios de las Salas ERA que reciben información y educación preventiva.

¿Recibió información para evitar enfermedades respiratorias?	Nº de casos	porcentaje
Sí	966	66,48%
No	455	31,31%
no sabe	32	2,2%
Total	1.453	100%

⁴⁹⁷ Los totales presentados son menores a los reportados anteriormente debido a que la encuesta incluía una alternativa “no aplica”, la cual se eliminó de los cálculos de los totales y de los porcentajes.

Tabla 3.1.4.65: Calidad de la información preventiva.

claridad de la información	Nº de casos	porcentaje
muy clara	406	42,03%
clara	505	52,28%
poco clara	40	4,14%
no contesta	15	1,55%
Total	966	100%

Tabla 3.1.4.66: Beneficiarios de las Salas ERA que reciben información y educación curativa.

¿recibió información sobre cómo actuar frente a una enfermedad respiratoria?	Nº de casos	porcentaje
Sí	743	51,14%
No	697	47,97%
no sabe	13	0,89%
Total	1.453	100%

Tabla 3.1.4.67: Calidad de la información curativa.

claridad de la información	Nº de casos	porcentaje
muy clara	406	54,64%
clara	308	41,45%
poco clara	22	2,96%
nada clara	7	0,94%
Total	743	100%

d) Percepción de seguridad y confianza.

El componente revela una evaluación positiva en lo que respecta a la seguridad y confianza en las salas ERA. Esta idea se ve reflejada en que más del 90% de los encuestados expresa que recomendaría las salas. Hacia la misma dirección apuntan tanto los datos que muestran que la mayoría de los encuestados expresa que los pacientes no fueron llevados a consultar a otro médico por el mismo problema, así como los que destacan que gran parte estaría dispuesta a pagar por los servicios que reciben de las salas ERA. Dichas estadísticas se complementan con aquellas que revelan una percepción positiva en todos los aspectos considerados, agrupándose la mayoría de las respuestas en las alternativas más favorables, esto es, calificando la seguridad y confianza como “buena” o “muy buena” consultadas con porcentajes que van desde un 91% a un 94% agrupando ambas alternativas.

Tabla 3.1.4.68: Beneficiarios de las Salas ERA que recomendarían sus servicios.

¿Recomendaría a un familiar o amigo la sala era?	Nº de casos	porcentaje
Sí	1.366	94,01%
No	65	4,47%
no sabe	22	1,51%
Total	1.453	100%

Tabla 3.1.4.69: Beneficiarios de las Salas ERA que pidieron una segunda opinión médica.

¿llevó al paciente a otro médico por el mismo problema?	Nº de casos	porcentaje
Sí	202	13,9%
No	1.248	85,89%
no sabe	3	0,21%
Total	1.453	100%

Tabla 3.1.4.70: Beneficiarios de las Salas ERA que se muestran dispuestos a pagar por los servicios recibidos.

¿habría estado dispuesto a pagar por esta atención?	Nº de casos	porcentaje
Sí	925	63,66%
No	377	25,95%
no sabe	151	10,39%
Total	1.453	100%

Tabla 3.1.4.71: Percepción de los beneficiarios respecto de la seguridad y confianza en la atención que entregan las Salas ERA.

seguridad y confianza	médicos era		kinesiólogos		enfermeras		medicamentos recetados	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%
Muy buena	360	25,86	326	32,70	316	24,40	336	24,45
Buena	913	65,59	616	61,79	910	70,27	927	67,47
Regular	96	6,90	48	4,81	61	4,71	85	6,19
Mala	23	1,65	7	0,70	8	0,62	26	1,89
Total ⁴⁹⁸	1.392	100	997	100	1.295	100	1.374	100

e) Utilidad del tratamiento.

La utilidad del tratamiento recibido en las salas ERA presenta una evaluación favorable de parte de la mayoría de los encuestados. Así, casi un 80 % reporta que no se vio en la necesidad de llevar al paciente a algún servicio de urgencia de salud después de recibir atención en las salas ERA. Del mismo modo, el 53% expresa que el tratamiento que el paciente recibió en la sala le sirvió mucho.

Tabla 3.1.4.72: Beneficiarios de las Salas ERA que, sin ser derivados, acudieron a un Servicio de Salud de urgencia.

¿tuvo que ir, por iniciativa propia, a un servicio de urgencia por el mismo problema?	Nº de casos	porcentaje
Sí	301	20,72%
No	1.149	79,08%
no sabe	3	0,21%
Total	1.453	100%

⁴⁹⁸ Los totales presentados son menores a los reportados anteriormente debido a que la encuesta incluía una alternativa “no aplica”, la cual se eliminó de los cálculos de los totales y de los porcentajes.

Tabla 3.1.4.73: Percepción de los beneficiarios respecto de la utilidad del tratamiento que entregan las Salas ERA.

utilidad del tratamiento recibido	Nº de casos	porcentaje
mucho, se recuperó bien	775	53,34%
más o menos	458	31,52%
nada, su salud está igual	220	15,14%
Total	1.453	100%

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

Los resultados presentados a continuación han sido extraídos de un módulo de preguntas incluido en las encuestas a los beneficiarios de los componentes ERA e IRA.

Al no existir una muestra de beneficiarios para el componente, no es posible distinguir entre aquellos encuestados que se realizaron una radiografía de tórax gracias al Apoyo Diagnóstico y aquellos que lo hicieron a través del medio regular - acudir a la atención secundaria y terciaria para la toma del examen -, esto ocurre básicamente por los siguientes motivos⁴⁹⁹:

- i) Los establecimientos de atención primaria se escogieron en base a la presencia de los componentes ERA o IRA, por lo tanto no necesariamente contaban con el Apoyo Diagnóstico.
- ii) Sólo se consideran las radiografías de tórax indicadas desde las salas ERA/IRA, sin embargo, el médico de morbilidad general del consultorio también realiza esta tarea y, según entrevistas realizadas, esto podría representar un porcentaje importante.
- iii) Incluso si todos los establecimientos escogidos contaran con la presencia del componente, éste puede coexistir con el medio regular de funcionamiento.

Así, los resultados que se presentan a continuación resultan útiles para analizar la satisfacción usuaria de los beneficiarios de los componentes ERA e IRA que han necesitado la toma de una radiografía de tórax, ya sea para confirmar o descartar un diagnóstico. Dada la imposibilidad de distinguir a aquellos encuestados beneficiados del componente radiológico, en un intento por acercarse a éstos, se presentan en algunos casos los resultados de aquellos que declaran haber contado con acceso al examen dentro de las 24 horas posteriores a la consulta, tal como plantean los documentos descriptivos del componente.

Satisfacción de usuarios

a) Grado de accesibilidad

Como se observa en las tablas, existe una evaluación positiva de los beneficiarios con respecto al acceso al lugar en que se tomaron la radiografía. Un porcentaje significativo

⁴⁹⁹ Esta explicación es válida para todos los resultados extraídos de la encuesta, sean éstos a nivel de producto o a nivel de resultados intermedios.

-alrededor de un 62%- señala que dicho lugar se encuentra a menos de 30 minutos de su consultorio y que no tuvieron que pedir hora para realizarse el examen.

Los medios de transporte más utilizados son el microbús, taxibus y colectivo, también existe un gran porcentaje (29%) que accedió caminando.

En cuanto al dinero gastado en costo de transporte, el número de casos se concentra en el rango entre 500 y 1000 pesos - ida y vuelta -, no obstante, un porcentaje importante (29%) señala no haber gastado dinero.

Estas conclusiones no se alteran significativamente al considerar sólo a aquellos beneficiarios que tuvieron acceso a la radiografía dentro de las 24 horas posteriores a la consulta.

Tabla 3.1.4.74: Accesibilidad al lugar en que le tomaron la radiografía

facilidad para llegar al establecimiento donde se tomó lo radiografía	Nº de casos	porcentaje
Muy fácil	486	11,34%
Fácil	2890	67,41%
Regular	588	13,72%
Difícil	323	7,53%
Total	4.287	100%

Tabla 3.1.4.75: Accesibilidad al lugar en que le tomaron la radiografía (se realizó examen dentro de 24 horas posteriores a la consulta)

facilidad para llegar al establecimiento donde se tomó la radiografía	Nº de casos	porcentaje
Muy fácil	411	13,54%
Fácil	2.028	66,8%
Regular	416	13,7%
Difícil	181	5,96%
Total	3.036	100%

Tabla 3.1.4.76: Número de beneficiarios ERA/IRA según rango de tiempo que tardan en llegar al lugar en que le tomaron la radiografía

tiempo de traslado desde el consultorio (minutos)	Nº de casos	Porcentaje
0 a 10	966	22,53%
11 a 20	1.131	26,38%
21 a 30	875	20,41%
31 a 40	246	5,74%
41 a 60	671	15,65%
61 a 90	184	4,29%
mas de 90	214	4,99%
Total	4287	100%

Tabla 3.1.4.77: Medios de transporte utilizados

Medio de transporte para llegar al establecimiento de radiografía	Nº de casos	porcentaje sobre el total de beneficiarios ⁵⁰⁰
caminata	1257	29,32%
vehículo del consultorio	175	4,08%
microbús, taxibus, colectivo	2702	63,03%
metro	37	0,86%
taxi	174	4,06%
auto particular	188	4,39%
bicicleta	60	1,40%
ambulancia	12	0,28%
estaba en el lugar	23	0,54%
no responde	1	0,02%
Total	4629	107,98%

Tabla 3.1.4.78: Dinero gastado en transporte

dinero gastado en transporte para tomarse la radiografía (ida y regreso)	Nº de casos	Porcentaje
0	1.228	28,64%
1 a 500	588	13,72%
501 a 1000	1654	38,58%
1001 a 2000	655	15,28%
más de 2000	162	3,78%
Total	4.287	100%

b) Oportunidad de la atención

En general la atención es percibida como oportuna, un porcentaje importante (59%) evalúa como “fácil” conseguir una hora para la toma de radiografía. No obstante, existe un 20% que se inclina por la opción “regular”.

La mayoría de los beneficiarios (71%) reporta que accedió a tomarse la radiografía dentro de las 24 horas posteriores a la consulta, concentrándose un mayor número de casos (35%) en el tramo de menos de dos horas.

Un porcentaje significativo, 28%, debió esperar menos de 10 minutos para ser atendido en el centro radiológico, situación que se acentúa cuando se considera la restricción de 24 horas.

Tabla 3.1.4.79: Facilidad para conseguir atención oportuna ERA/IRA

conseguir una hora oportuna para la radiografía es	Nº de casos	porcentaje
Muy fácil	433	10,1%
Fácil	2541	59,27%
Regular	892	20,81%
Difícil	421	9,82%
Total	4.287	100%

⁵⁰⁰ El porcentaje se calculó sobre el total de beneficiarios; éste es mayor al 100% porque algunos individuos utilizaron más de un medio de transporte para llegar al lugar en que se tomaron la radiografía.

Tabla 3.1.4.80: Tiempo transcurrido entre la indicación y la toma de la radiografía

tiempo transcurrido desde la indicación a la toma de la radiografía (horas)	Nº de casos	Porcentaje
0 a 2	1519	35,43%
3 a 5	402	9,38%
6 a 10	39	0,91%
11 a 15	177	4,13%
16 a 24	899	20,97%
25 a 48	355	8,28%
49 a 72	123	2,87%
Más de 72	773	18,03%
Total	4287	100%

Tabla 3.1.4.81: Tiempo para ser atendido en el centro radiológico

tiempo de espera para ser atendido en centro radiológico (minutos)	Nº de casos	porcentaje
0 a 10	1199	27,97%
11 a 20	877	20,46%
21 a 30	979	22,84%
31 a 45	131	3,06%
46 a 60	491	11,45%
61 a 90	98	2,29%
91 a 120	438	10,22%
mas de 120	74	1,73%
Total	4287	100%

Tabla 3.1.4.82: Tiempo para ser atendido en el centro radiológico (se realizó examen dentro de 24 horas posteriores a la consulta)

tiempo de espera para ser atendido en centro radiológico (minutos)	Nº de casos	porcentaje
0 a 10	957	31,52%
11 a 20	550	18,12%
21 a 30	681	22,43%
31 a 45	82	2,70%
46 a 60	381	12,55%
61 a 90	75	2,47%
91 a 120	273	8,99%
Mas de 120	37	1,22%
Total	3.036	100%

3.1.4.6 Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia

Satisfacción Usuaría

a) Accesibilidad al componente

La primera dimensión de accesibilidad al componente que se analiza es la forma de difusión del Servicio entregado en SAPU.

Como se muestra en la tabla N°3.1.4.83, al consultar a los beneficiarios sobre la forma en que conocieron la existencia del Servicio de Atención Primaria de Urgencia, cerca de un 67% de ellos reconoce haberlo hecho a través de un Consultorio. Esta información señala que una importante porción de la demanda por atención en SAPU proviene de los mismos beneficiarios del consultorio al que se encuentra adjunto.

Asimismo, puede observarse que, en segundo lugar de importancia, un 22% del total manifiesta haber conocido el servicio entregado en SAPU a través del consejo de una tercera persona.

Tabla 3.1.4.83: Formas de difusión del servicio entregado en SAPU

conoció la existencia del sapu a través de:	Nº de casos	porcentaje
Consultorio general	6381	66,89%
posta rural	75	0,79%
Consultorio de especialidades	104	1,09%
hospital público	168	1,76%
consejo de tercera persona	2112	22,14%
folletos o afiches con información	320	3,35%
publicidad en diarios, revistas, radio,	380	3,98%
Total	9540	100%

Otra importante dimensión de accesibilidad al componente la constituye la **facilidad de acceso al lugar físico de atención**. Las siguientes cuatro tablas dan cuenta de lo reportado por los beneficiarios en relación a su última consulta efectuada en SAPU.

En primer lugar, cabe señalar que, consultados sobre los medios de transporte que utilizaron para llegar al recinto SAPU, el 96,5% de los beneficiarios reconoce haber usado un medio de transporte y un escaso 3,5% manifiesta haber utilizado dos.

En relación al tipo de transporte utilizado, como puede apreciarse, la mayoría de los casos manifiesta haber llegado hasta el recinto de atención caminando. Si bien el 58% que se reporta en la tabla N°3.1.4.84 corresponde al total de personas que mencionaron que por lo menos uno de los medios de transporte utilizados para llegar al SAPU fue la caminata, al considerar sólo la proporción de personas que no necesitaron utilizar otro medio de transporte fuera de aquél, el porcentaje desciende levemente a un 55%. En segundo lugar de importancia, los beneficiarios SAPU reconocen la utilización de microbús, taxibus (liebre) o colectivo. En tercer lugar, aparece el auto particular.

En lo que respecta a tiempo estimado de viaje, el tiempo promedio de movilización reportado es de 26,4 minutos. Además se puede destacar que un 77% de la muestra señala haber tardado 30 minutos o menos en transportarse al recinto SAPU, considerando la suma del tiempo de ida y de vuelta, lo que permite suponer que gran parte de la demanda de los recintos SAPU se origina en los sectores más cercanos al establecimiento.

La información anterior se refuerza con el hecho de que aproximadamente un 90% de los entrevistados señala que la accesibilidad al recinto SAPU en el que recibió su última atención es “muy fácil” o “fácil”.

En cuanto al dinero gastado en transporte, resalta el hecho de que cerca de un 65% de los entrevistados reporta no haber efectuado gasto alguno, ni en la ida ni en la vuelta⁵⁰¹. Además, un 25% manifiesta haber desembolsado hasta \$1000 en total, incluyendo ida y vuelta al recinto. El gasto promedio en transporte asciende a \$329

Tabla 3.1.4.84: Medios de transporte utilizados para acceder a la última atención en SAPU

medio de transporte para llegar al sapu	Nº de casos	porcentaje respecto al total de encuestados
caminando	5.552	58,20%
vehículo del consultorio	213	2,23%
microbus, taxibus, colectivo	2.427	25,44%
taxi	596	6,25%
auto particular	1.004	10,52%
Otro	85	0,89%

Tabla 3.1.4.85: Tiempo estimado de viaje para acceder a la última atención en SAPU

tiempo de viaje al sapu en minutos (ida y vuelta)	Nº casos	porcentaje
0 – 10	2533	26,55%
11 – 20	2890	30,29%
21- 30	1936	20,29%
31 – 45	823	8,63%
46 – 60	1194	12,52%
61 – 90	54	0,57%
91 – 120	55	0,58%
más de 120	17	0,18%
Total	9502	99,60%

Tabla 3.1.4.86: Facilidad de acceso al último recinto SAPU en el que fue atendido

Facilidad para llegar a sapu	Nº de casos	porcentaje
Muy fácil	1405	14,73%
Fácil	7139	74,83%
Regular	673	7,05%
Difícil	323	3,39%
Total	9540	100%

⁵⁰¹ El hecho de que el porcentaje de beneficiarios que declara haber gastado \$0 en transportarse desde y hacia el lugar de atención sea superior al porcentaje de personas que reporta haber llegado caminando, se debe a que dentro de la respuesta “otros” los beneficiarios mencionaron algunos tipos de movilización aparentemente gratuitos como la bicicleta.

Tabla 3.4.1.87: Gasto estimado en transporte para acceder a la última atención en SAPU

monto gastado en transporte para llegar al sapu (ida + regreso)	Nº de casos	porcentaje
\$ 0	6190	64,88%
\$1 - \$500	596	6,25%
\$501 - \$1000	1756	18,41%
\$1001 - \$ 2000	873	9,15%
más de \$2000	106	1,11%
no sabe / no responde	19	0,20%
Total	9540	100%

La última dimensión de accesibilidad que se presenta corresponde a los **desembolsos efectuados por los beneficiarios** por concepto de la atención propiamente tal, ya sea por pago de la consulta o gasto en medicamentos.

En relación al pago por la consulta, resalta el hecho de que un 97% de los encuestados declara no haber efectuado ningún desembolso por su atención en SAPU, ya sea porque la consulta fue gratuita o porque tuvo cobertura total a través de una ISAPRE. Sin embargo, en este último dato, se aprecia una contradicción entre la cifra expuesta en la tabla N°3.1.4.88 y el 3% que reportó estar adscrito a una ISAPRE en la sección anterior.

En la tabla N°3.1.4.89, se presenta una caracterización de los montos pagados por el 2% de los beneficiarios que sostienen haber cancelado el total o parte de la consulta. El gasto promedio declarado por estas personas asciende a \$5684. Cabe señalar que el mínimo pago reportado fue de \$500 y el máximo de \$15000.

Finalmente, a través de la tabla N°3.1.4.90 se entrega la información sobre el desembolso en medicamentos. Dentro del grupo que manifestó haber cancelado parte o la totalidad de una receta entregada en el SAPU (correspondiente al 31,5% de la muestra total), el gasto promedio fue de \$5418 y los valores reportados fluctuaron entre \$400 y \$100000.

Tabla 3.1.4.88: Clasificación de las modalidades de pago por la última consulta en SAPU

Tuvo que pagar algo por la atención recibida en el SAPU	Nº de casos	porcentaje
no, nada	8615	90,3%
no, cobertura 100% isapre	646	6,77%
sí, total	136	1,43%
sí, parcial con bonos isapre	34	0,36%
sí, parcial fonasa	29	0,30%
no sabe, no recuerda	80	0,84%
Total	9540	100%

Tabla 3.1.4.89: Monto cancelado por la consulta durante la última atención en SAPU

monto cancelado en el SAPU ⁵⁰²	Nº de casos ⁵⁰³	porcentaje respecto al total de encuestados	porcentaje respecto al número de respuestas
hasta \$1000	68	0,71	34,17%
\$1001 - \$5000	34	0,36	17,09%
\$5001 - \$10000	68	0,71	34,17%
\$10001 - \$15000	29	0,30	14,57%
Total	199	2,09	100%

Tabla 3.1.4.90: Gasto estimado en medicamentos, producto de la última atención en SAPU

monto gastado en medicamentos por atención en SAPU	Nº de casos ⁵⁰⁴	porcentaje sobre el total de encuestados	porcentaje sobre el número de respuestas
hasta \$1000	512	5,37%	17,01%
\$1001 - \$2000	508	5,32%	16,88%
\$2001 - \$3000	440	4,61%	14,62%
\$3001 - \$4000	341	3,57%	11,33%
\$4001 - \$5000	418	4,38%	13,89%
\$5001 - \$7500	259	2,71%	8,60%
\$7501 - \$10000	254	2,66%	8,44%
\$10001 - \$20000	164	1,72%	5,45%
más de \$20000	71	0,74%	2,36%
no responde	43	0,45%	1,43%
Total	3010	31,55%	100%

b) Oportunidad en la atención

Para realizar una caracterización del grado de oportunidad de la atención en SAPU se ha decidido considerar las variables **tiempo de espera por la atención** y **tiempo total de la derivación**, en caso de que el paciente haya requerido ser trasladado a un centro de atención de urgencia de mayor complejidad.

De acuerdo a la información que se expone en la tabla N°3.1.4.91, se puede observar que un 72% de la muestra manifiesta haber tenido un tiempo de espera igual o menor a 30 minutos, y cerca de un 88% reporta haber tenido que esperar por la atención una hora o menos. El tiempo de espera promedio obtenido fue de 35,8 minutos y los valores reportados fluctuaron entre 0 minutos y 4 horas.

En lo que respecta al tiempo total de la derivación en ambulancia⁵⁰⁵, se cuestionó a cada beneficiario sobre el tiempo total que duró el proceso desde el momento en que le

⁵⁰² Corresponde al monto descontando los reembolsos.

⁵⁰³ Corresponde a las respuestas: “sí, total”, “sí, parcial”, “con bonos isapre” y “sí, parcial fonasa”, de la tabla anterior.

⁵⁰⁴ Se hace referencia al universo que responde haber tenido que cancelar la totalidad o parte de la receta de medicamentos que le entregaron en SAPU.

⁵⁰⁵ En algunas ocasiones, cuando el establecimiento SAPU se encuentra sin ambulancia disponible y se presenta un paciente que requiere de atención de mayor complejidad inmediata, puede ocurrir que éste sea derivado a través de otro medio, incluyendo taxis o vehículos particulares. Sin embargo, se decidió considerar el tiempo de espera sólo para el caso de aquellos pacientes que fueron derivados en ambulancia debido a que los encuestados podrían confundir la derivación con una orden para

dijeron que debía ser trasladado, hasta que llegó a otro centro de urgencia. Los resultados que se reportan en la tabla N°3.1.4.92 muestran que la duración promedio de las derivaciones fluctuaron entre los 5 y los 180 minutos, alcanzando un valor medio de 1 hora y 27 minutos.

Adicionalmente, se consultó a los beneficiarios sobre su grado de conformidad con el tiempo total que duró la derivación. Como puede apreciarse en la tabla N°3.1.4.93, las opiniones se encuentran concentradas en las opciones “muy conforme” con un 39% y “disconforme” con cerca de un 40% de las respuestas. Cabe señalar que la alternativa “muy disconforme” no fue elegida por ninguno de los encuestados.

Tabla 3.1.4.91: Tiempo de espera por la consulta, durante la última atención en SAPU

tiempo de espera para ser atendido en última visita a SAPU (en minutos)	Nº de casos	porcentaje
0 – 5	2022	21,19%
6 – 10	1196	12,54%
11 – 20	1826	19,14%
21 – 30	1865	19,55%
31 – 60	1478	15,49%
61 – 90	364	3,82%
91 – 120	394	4,13%
121 – 150	122	1,28%
151 – 180	143	1,50%
181 – 240	82	0,86%
Más de 240	48	0,50%
Total	9540	100%

Tabla 3.1.4.92: Tiempo de espera por derivación a otro centro de urgencia, durante la última atención en SAPU

tiempo total de la derivación (en minutos)	Nº de casos ⁵⁰⁶	porcentaje
5	7	1,63%
10	63	14,69%
20	140	32,63%
30	182	42,42%
180	37	8,62%
Total	429 ⁵⁰⁷	100%

Tabla 3.1.4.93: Conformidad con el tiempo de espera por derivación, durante la última atención en SAPU

grado de conformidad con el tiempo que duró la derivación	Nº de casos	porcentaje
Muy conforme	170	38,99%
Conforme	86	19,72%
Disconforme	173	39,68%
No sabe, no recuerda	7	1,61%
Total	436	100%

interconsulta u otra sugerencia de atenciones posteriores que no necesariamente se asocie a cuadros que involucren una emergencia.

⁵⁰⁶ Sólo califican para este cuadro aquellos casos que fueron derivados en ambulancia.

⁵⁰⁷ Existen 7 personas derivadas en ambulancia que se encuentran sin dato.

c) Calidad de la atención

Para estudiar la calidad de la atención entregada en SAPU se escogieron cuatro dimensiones: tiempo de duración de la consulta, calidad del tratamiento recibido, entrega de recomendaciones curativas y preventivas, y suficiencia de personal e infraestructura.

La tabla N°3.1.4.94 da cuenta del **tiempo total de duración de la consulta** en minutos. Como se puede apreciar, la mayor parte de las atenciones son de corta duración, con un 73% de ellas efectuada en 20 minutos o menos. No obstante, el tiempo promedio de duración de las consultas reportadas fue de 31 minutos.

Tabla 3.1.4.94: Tiempo estimado de duración de la última consulta en SAPU

tiempo de duración de la consulta (en minutos)	Nº de casos	porcentaje
0 – 5	1652	17,32%
6 – 10	2635	27,62%
11 – 20	2704	28,34%
21 – 30	890	9,33%
31 – 60	528	5,53%
61 – 90	316	3,31%
91 – 120	410	4,30%
121 – 180	231	2,42%
181 – 240	60	0,63%
240 – 360	72	0,75%
más de 360	42	0,44%
Total	9540	100%

En segundo lugar, se aprecia una evaluación positiva de la **calidad del trato** entregado por parte del personal del SAPU, durante la última atención. Como se puede constatar en la tabla N°3.1.4.95, cerca de un 78,5% de los beneficiarios encuestados cree haber recibido un trato “bueno” o “muy bueno”.

Adicionalmente, con el fin de evaluar la **habilidad del personal** SAPU para dar una respuesta confiable y comprensible a las dudas de los pacientes, se consultó a los beneficiarios sobre la capacidad de las personas que lo atendieron para responder a sus inquietudes. En este punto, los encuestados se inclinaron preferentemente por las opciones intermedias, es decir “buena” o “regular”, sin embargo, las opiniones en el extremo superior siguen predominando con un 68% que responde “buena” o “muy buena”.

Tabla 3.1.4.95: Trato entregado por el personal, durante la última atención en SAPU

trato recibido	Nº de casos	porcentaje
Muy bueno	1637	17,16%
Bueno	5847	61,29%
Regular	1422	14,91%
Malo	634	6,65%
Total	9540	100%

Tabla 3.1.4.96: Capacidad del personal para responder inquietudes, durante la última atención en SAPU

capacidad de las personas que lo atendieron para responder a sus inquietudes	Nº de casos	porcentaje
Muy buena	1067	11,18%
Buena	5456	57,19%
Regular	2157	22,61%
Mala	809	8,48%
no sabe / no recuerda	51	0,53%
Total	9540	100%

La eventual **entrega de consejos y recomendaciones** durante la atención en SAPU se analiza a través de las tablas N° 3.1.4.97 – 3.1.4.100. De acuerdo a la información expuesta, la mayor parte de los pacientes (aproximadamente, un 68%) da cuenta de haber recibido explicaciones acerca de su enfermedad y tratamiento, pero esto no ocurre para el caso de consejos preventivos, que sólo fueron entregados a un 46% de la muestra total.

No obstante, la apreciación sobre la claridad de los consejos es evaluada de forma positiva por parte de los beneficiarios. En efecto, en el caso de los pacientes que recibieron consejos curativos, el 92% de este grupo señala que éstos fueron “claros” o “muy claros”. Asimismo, entre los pacientes que recibieron consejos preventivos el 94% los califican de igual forma.

Tabla 3.1.4.97: Entrega de recomendaciones curativas, durante la última atención en SAPU

recibió recomendaciones sobre su enfermedad y tratamiento	Nº de casos	porcentaje
Sí	6481	67,94%
No	3052	31,99%
no sabe, no recuerda	7	0,07%
Total	9540	100%

Tabla 3.1.4.98: Claridad de las recomendaciones curativas, durante la última atención en SAPU

claridad de las recomendaciones sobre su enfermedad y tratamiento	Nº de casos	porcentaje respecto al número de respuestas
muy claros	1834	28,3%
claros	4122	63,6%
poco claros	404	6,23%
nada claros	121	1,87%
Total	6481	100%

Tabla 3.1.4.99: Entrega de recomendaciones preventivas, durante la última atención en SAPU

recibió consejos para evitar que se vuelva a repetir su problema de salud	Nº de casos	porcentaje
Sí	4406	46,18%
No	5134	53,82%
Total	9540	100%

Tabla 3.1.4.100: Claridad de las recomendaciones preventivas, durante la última atención en SAPU

claridad de los consejos para evitar que se vuelva a repetir su problema de salud	Nº de casos	porcentaje respecto al número de respuestas
muy claros	1594	36,18%
claros	2547	57,81%
poco claros	218	4,95%
no sabe, no recuerda	47	1,07%
Total	4406	100%

Finalmente, con el fin de conocer la visión de los beneficiarios sobre la **suficiencia de infraestructura y personal médico** del último establecimiento SAPU visitado, se les consultó sobre el grado de acuerdo y de desacuerdo con los enunciados que se exponen en la tabla N°3.1.4.101.

Los resultados, permiten concluir que el aspecto mejor evaluado es la calidad de las instalaciones físicas, lo que se refleja en que el 77% de los encuestados manifiesta estar “de acuerdo” o “muy de acuerdo” en que éstas se encuentran en buen estado para atender a los pacientes.

En relación a la suficiencia de instalaciones físicas, los beneficiarios manifestaron un menor grado de conformidad, de forma tal que el 48% del total plantea estar de acuerdo o muy de acuerdo con que éstas son suficientes para atender a tiempo a los pacientes.

El aspecto de evaluación más deficiente lo constituye la suficiencia de personal médico. Como puede observarse, sólo un 34% de los encuestados declara estar de acuerdo o muy de acuerdo con que el número de médicos es el adecuado para entregar una atención oportuna.

Tabla 3.1.4.101: Suficiencia de infraestructura y personal médico, en el último recinto SAPU visitado

grado de acuerdo	el número de médicos del SAPU es suficiente para atender a tiempo a los pacientes		las instalaciones del SAPU son suficientes para atender a tiempo a pacientes		las instalaciones del SAPU están en buen estado para atender a pacientes	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje
muy de acuerdo	484	5,07%	752	7,88%	1443	15,13%
De acuerdo	2803	29,38%	3869	40,56%	5938	62,24%
En desacuerdo	4971	52,11%	3997	41,90%	1814	19,01%
muy en desacuerdo	1282	13,44%	922	9,66%	345	3,62%
total	9540	100%	9540	100%	9540	100%

Como se vio, una de las principales medidas de percepción de calidad del servicio entregado en SAPU captada por la encuesta es la calidad del trato brindado por el personal.

d) Percepción de seguridad y confianza

Consultados directamente sobre su percepción de seguridad y confianza, tanto en el personal médico, personal auxiliar y medicamentos administrados y recibidos, los beneficiarios se inclinaron preferentemente por las opciones intermedias. El aspecto que recibió una mayor cantidad de respuestas positivas fue el de los medicamentos administrados y recibidos, con un 73% de éstas en las categorías de “buena” o “muy buena”.

Tabla 3.1.4.102: Grado de seguridad y confianza en el personal e insumos de los recintos SAPU

grado de seguridad y confianza en los recintos SAPU en cuanto a :	personal médico		personal auxiliar		medicamentos administrados y recibidos	
	Nº casos	porcentaje	Nº casos	porcentaje	Nº de casos	porcentaje
Muy buena	1489	15,61%	997	10,45%	1528	16,02%
Buena	5065	53,09%	5426	56,88%	5429	56,91%
Regular	2265	23,74%	2093	21,94%	1738	18,22%
Mala	714	7,48%	1024	10,73%	707	7,41%
no sabe, no recuerda	7	0,07%	0	0%	138	1,45%
Total	9540	100%	9540	100%	9540	100%

e) Utilidad del tratamiento

En las siguientes dos tablas se expone la percepción de los encuestados respecto a la utilidad del tratamiento recibido en recintos SAPU.

Mientras la primera tabla se refiere al tratamiento que recibió durante su última atención, la segunda hace alusión al conjunto de atenciones recibidas en distintas oportunidades y establecimientos SAPU. Como se puede observar, en ambos casos se aprecia una percepción preferentemente positiva. Por una parte, más del 50% de los encuestados reporta que la utilidad del tratamiento recibido durante su última consulta le sirvió de mucho y se recuperó bien y, por otra, el 75% del total manifiesta estar “de acuerdo” o “muy de acuerdo” en que las atenciones recibidas en SAPU le han ayudado a mejorar mucho su estado de salud.

Tabla 3.1.4.103: Utilidad del tratamiento recibido durante la última atención en SAPU

cuánto le sirvió el tratamiento recibido en la última atención en sapu	Nº de casos	porcentaje
mucho, se recuperó bien	5249	55,02%
más o menos	2977	31,21%
Nada, sigue con el mismo problema	1314	13,77%
Total	9540	100%

Tabla 3.1.4.104: Contribución de las atenciones en SAPU a la mejoría del estado de salud

en general, las atenciones recibidas en recintos SAPU le han ayudado a mejorar mucho su estado de salud	Nº de casos	porcentaje
muy de acuerdo	2086	21,87%
De acuerdo	5095	53,41%
En desacuerdo	1777	18,63%
muy en desacuerdo	582	6,10%
Total	9540	100%

3.2. Resultados Intermedios

3.2.1. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el Nivel Primario de Salud (Fondo de Incentivos)

No fue posible evaluar los resultados intermedios de todas las líneas de acción del componente. En el caso del cambio de conducta derivado de las altas odontológicas en niños de 6 y 12 años, resultaba imposible ubicar a los beneficiarios dado que existe heterogeneidad en la manera en que éstos acceden al servicio en los distintos establecimientos de atención primaria. En muchos casos, los niños eran enviados desde el colegio, por lo que no tenían ficha en el consultorio, así resultaba imposible encontrar a la madre del niño atendido.

Por otra parte, no se contó con información acerca de las referencias efectuadas por profesionales del establecimiento al nivel secundario y terciario en el caso de la línea gestión y registro de listas de espera de interconsulta⁵⁰⁸.

La incorporación de preguntas sobre funcionamiento de OIRS en las encuestas de beneficiarios de otros componentes permitió contar con la información que se presenta a continuación.

- **Oficina de Información Reclamo y/o Sugerencias**⁵⁰⁹

Un porcentaje significativo recibió algún tipo de respuesta a su inquietud. La mayor parte de las veces ésta se entregó directamente en el consultorio y el mismo día que se requirió el servicio, ya sea para hacer un reclamo, pedir información, u otro.

Tabla 3.2.1: Número de solicitudes a las que se entregó respuesta

recibió algún tipo de respuesta	Nº de casos	porcentaje
Sí	2.796	70,82%
No	1.152	29,18%
total	3.948	100%

Tabla 3.2.2: Forma en que se entregó la respuesta

forma de respuesta	Nº de casos	porcentaje
verbalmente en el consultorio	2.492	89,13%
llamada telefónica	89	3,18%
por escrito, en el consultorio	45	1,61%
por escrito, una carta a su domicilio	88	3,15%
otro	82	2,93%
Total	2.796	100%

⁵⁰⁸ El equipo pudo constatar en terreno la existencia de heterogeneidad de registros entre consultorios, e incluso la inexistencia de éstos en algunos casos.

⁵⁰⁹ Los resultados presentados fueron obtenidos de encuestas. Se debe tener presente que éstos no son representativos de los beneficiarios de las OIRS, puesto que no se diseñó una muestra. Es decir, las conclusiones obtenidas son válidas para todos aquellos beneficiarios de los componentes ERA, IRA, Odontológico y SAPU que han utilizado las OIRS.

Tabla 3.2.3: Tiempo de demora en la respuesta

cuánto tardó en recibir respuesta	Nº de casos	porcentaje
1 ^{er} día	2517	90,01%
1 ^{era} semana	66	2,36%
2 ^{da} semana	7	0,25%
3 ^{era} semana	40	1,43%
4 ^{ta} semana	88	3,15%
más de un mes	78	2,8%
total	2796	100%

En general se aprecia una evaluación positiva de la respuesta recibida, concentrándose en “muy satisfecho” y “satisfecho”.

Tabla 3.2.4: Nivel de satisfacción con la respuesta recibida en la OIRS

grado de satisfacción con la respuesta	Nº de casos	Porcentaje
muy satisfecho	1.108	39,63%
satisfecho	1.242	44,42%
ni satisfecho ni insatisfecho	105	3,76%
insatisfecho	244	8,73%
muy insatisfecho	97	3,47%
total	2.796	100%

3.2.2 Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

De acuerdo a la visión del equipo evaluador, los resultados intermedios esperados del Componente odontológico se pueden dividir en cuatro categorías:

La primera de ellas es el nivel de resolutivez del componente, definida como la capacidad del mismo para dar una solución determinante a los problemas de salud dental de sus beneficiarios por un lapso de tiempo mínimo⁵¹⁰. En este caso, el modelo de evaluación empleará dos instrumentos distintos:

- Las opiniones vertidas en la encuesta a beneficiarios sobre la necesidad de atenciones dentales con posterioridad al alta odontológica integral y la capacidad del componente para atender dichas demandas⁵¹¹.
- Los principales resultados del estudio de calidad técnica del componente, efectuado en terreno por odontólogos y coordinado desde el nivel central durante el año 2004⁵¹².

⁵¹⁰ De acuerdo a las opiniones de odontólogos consultados, es difícil establecer la magnitud de este espacio temporal cuando no ha sido previamente definido por el componente. Esto se debe a que el tiempo que los beneficiarios permanezcan con su dentadura sana guarda una estrecha relación con sus hábitos de alimentación e higiene, las cuales pueden ser muy variables entre distintas personas aún cuando éstas hayan recibido la misma educación por parte del componente. No obstante, sin perder de vista estas consideraciones, la mayoría de las opiniones consultadas variaron en torno a dos años como un lapso razonable.

⁵¹¹ Cabe recordar que los beneficiarios del componente odontológico recibieron el alta odontológica integral aproximadamente un año antes de la fecha en que fueron encuestados, por lo que la necesidad de atenciones dentales posteriores, de existir, se generó a lo largo de dicho año.

⁵¹² Si bien, a nivel central se recopilaban los datos de evaluación enviados por un importante número de comunas de todo el país, los resultados globales de este estudio no fueron agregados ni publicados por MINSAL, por lo que el análisis de estadística descriptiva fue realizado enteramente por el equipo evaluador. Cabe señalar también que dicho estudio de calidad está basado en beneficiarios que recibieron

La segunda de ellas corresponde al uso efectivo de las prótesis entregadas por el componente. En este caso, el modelo de evaluación se basa en las respuestas de la encuesta a beneficiarios en relación a la frecuencia de utilización de la(s) prótesis y sus determinantes.

La tercera categoría comprende los cambios de conducta de los beneficiarios promovidos por las actividades educativas del componente. La determinación y cuantificación de estos cambios se basa en las opiniones vertidas en la encuesta a beneficiarios (tanto grupo control como tratamiento) y la utilización de métodos cuasi-experimentales para su evaluación⁵¹³.

Finalmente, la última categoría a evaluar está dada por la mejora del índice COPD de los beneficiarios. El modelo de evaluación, en este caso, se basa en datos de producción a nivel de servicios de salud e información sobre el COPD inicial de los pacientes atendidos durante el año 2003 a nivel de Servicios de Salud. A este respecto, el equipo evaluador sólo pudo realizar una aproximación general al número de piezas recuperadas por el componente⁵¹⁴, debido a que el único dato de COPD proporcionado por MINSAL corresponde a la descomposición del índice de los beneficiarios al momento de ingresar al componente.

3.2.2.1 Nivel de Resolutividad

a) Estadística Descriptiva basada en Encuesta a Beneficiarios

A través de las tablas N° 3.2.5 y 3.2.6 se intenta analizar la capacidad del componente Odontológico para dar una solución a los problemas de salud dental de sus beneficiarios y a su potencial respuesta ante la percepción de necesidad de nuevas atenciones por parte de éstos.

En primer lugar, los resultados de la encuesta arrojan que un 42% de los beneficiarios reporta haber sentido la necesidad de nuevas atenciones tras el alta entregada por el componente, sin embargo, dentro de este universo, sólo un 41% las solicita en el mismo lugar de atención del componente. Finalmente, sólo un 46,5% de las personas que solicitan nuevas atenciones al componente las reciben, mientras que cerca de un 30% (equivalente a un 56% de quienes declaran no haber recibido) es dejado en lista de espera para atenciones futuras⁵¹⁵.

La tabla N°3.2.6 da cuenta del tiempo (en días) que debieron esperar los beneficiarios que solicitaron y recibieron nuevas atenciones por parte del componente, desde el momento en que hicieron la solicitud hasta que efectivamente los atendieron. En

el alta integral con dos años de anterioridad, por lo que el horizonte en el cual se pueden haber generado nuevas necesidades odontológicas es superior al que se tiene para el caso de los datos de encuesta. Para mayor detalle sobre el estudio de calidad, consultar Anexo N°13.

⁵¹³ Para mayor detalle sobre ésta metodología de evaluación, consultar sección 3.2.2.3 b)

⁵¹⁴ El término “recuperadas” introduce cierta ambigüedad por cuanto, al no contar con los índices COPD de salida, no es posible conocer si las piezas cariadas fueron obturadas o extraídas.

⁵¹⁵ Cabe señalar que la lista de espera para atenciones futuras que se señala, corresponde a la lista de atención habitual que existe en cada consultorio, lo que quiere decir que de recibir nuevas atenciones estos beneficiarios lo harán fuera del contexto del componente.

promedio, el tiempo transcurrido fue de 7,6 días, con máximo de 60 y un mínimo de 0. Cabe señalar que el 79% de este grupo fue atendido antes de 15 días.

Tabla 3.2.5: Atenciones posteriores al alta del Componente Odontológico

atenciones dentales después del programa	sintió la necesidad de nuevas atenciones		pidió nuevas atenciones en el mismo lugar de atención del programa		le dieron nuevas atenciones		lo dejaron en lista de espera	
	Nº de casos	porcentaje	Nº de casos ⁵¹⁶	porcentaje	Nº de casos ⁵¹⁷	porcentaje	Nº de casos ⁵¹⁸	porcentaje
Sí	2655	42,26%	1099	41,39%	512	46,59%	329	56,05%
No	3627	57,74%	1553	58,49%	587	53,41%	251	42,76%
no sabe, no recuerda	0	0%	3	0,11%	0	0%	7	1,19%
Total	6282	100%	2655	100%	1099	100%	587	100%

Tabla 3.2.6: Tiempo aproximado de espera por nuevas atenciones dentales

tiempo de espera por la nueva atención (en días)	Nº de casos	porcentaje
hasta 2	301	58,79%
4 – 7	46	8,98%
8 – 14	58	11,33%
15 – 21	50	9,77%
22 – 30	51	9,96%
más de 30	6	1,17%
total	512	100%

b) Información basada en Estudio de Calidad (MINSAL 2004)

El estudio de calidad del componente odontológico coordinado por MINSAL intentó conocer el estado de salud dental de sus beneficiarios atendidos después de dos años de haber recibido el alta odontológica integral, sobre la base de un examen oral aplicado por profesionales.

A modo general, el estudio de calidad incluyó los siguientes aspectos: estado periodontal, estado de mucosa subprotésica, estado de las prótesis, presencia de caries y necesidad total de tratamiento⁵¹⁹.

En primer lugar, en relación al estado periodontal de los beneficiarios examinados, el estudio permitió observar que la mayor cantidad de éstos (en torno a un 56% de los

⁵¹⁶ El número total de respuestas equivale a las 2655 observaciones que reportaron haber sentido la necesidad de nuevas atenciones una vez terminadas las citas del programa dental.

⁵¹⁷ El número total de respuestas equivale a las 1099 observaciones que reportaron haber pedido nuevas citas en el mismo establecimiento en que fueron tratados por el programa dental.

⁵¹⁸ El número total de respuestas equivale a las 587 observaciones que reportaron no haber recibido nuevas atenciones en el mismo establecimiento del programa dental, pese a haberlo solicitado.

⁵¹⁹ Cabe señalar que además de los puntos señalados, el estudio de calidad del Componente Odontológico incluyó algunas variables de satisfacción usuaria y reporte de uso de utensilios de aseo por parte de los beneficiarios que no serán expuestos en este apartado debido a que proporcionan información similar a la reportada en la encuesta del componente, con la salvedad de que esta última posee representatividad estadística.

casos consignados) no presentaba daño a este respecto. Dentro de los problemas periodontales detectados, el primero en orden de importancia fue inflamación de encías, seguido por la presencia de tártaro, sangramiento de encías y la movilidad dentaria respectivamente.⁵²⁰

En relación al estado de la mucosa subprotésica, nuevamente se detectó que la mayor parte de los beneficiarios observados no reportaba daño (cerca de un 81% de los casos con respuesta). En cuanto a los problemas hallados, la mayor cantidad de casos presentó mucosa irritada y roja, mientras que una fracción muy inferior exhibió alguna clase de trauma en la mucosa subprotésica por causa de la prótesis. Finalmente, en un tercer orden de importancia se detectó el problema de mucosa protésica ulcerada.

Respecto a la presencia de caries, el estudio halló que en casi un 56% de los casos reportados, los beneficiarios no exhibían caries de ningún tipo. Sin embargo, entre los que presentaron caries, la mayor parte de éstas se encontraron en piezas no obturadas anteriormente.

Por otra parte, el análisis del estado de las prótesis denotó que en la mayor parte de los casos (cerca de un 80%), éstas se encontraban en un buen estado. Entre los problemas reportados con las prótesis, se hallaron, en orden de importancia: prótesis desajustada, fractura en retenedor, fractura en base acrílica y pérdida de diente de acrílico.

Otro de los aspectos evaluados por los profesionales fue la higiene oral. A este respecto, hallaron en más de un 80% de los casos registrados que los beneficiarios sabían lavar correctamente sus dientes.

Finalmente, en relación a los requerimientos actuales de tratamiento por parte de la población beneficiaria, el estudio de calidad señaló que el tratamiento que genera más necesidad fue el periodontal, el cual fue recomendado para un 43% de los casos con respuesta. Le siguieron en orden de importancia el tratamiento restaurador, la confección de una nueva prótesis, exodoncias y repetición de prótesis efectuada con anterioridad.

⁵²⁰ Es importante hacer notar que, en cuanto a la evaluación del estado periodontal, estado de mucosa subprotésica, estado de las prótesis y requerimientos actuales de tratamiento, el equipo evaluador ha considerado pertinente indicar sólo tendencias y minimizar el número de cifras entregadas, por las razones que se exponen a continuación. En primer lugar, la base de datos entregada por MINSAL, posee un universo variable de respuestas para cada pregunta realizada. Por ejemplo: el total de respuestas obtenidas para la presencia de tártaro, inflamación de encías, sangramiento de encías y movilidad dentaria, es diferente en cada caso, por lo que, de reportar los porcentajes, éstos no serían estrictamente comparables. En segundo lugar, aunque la muestra, correspondiente al 5% de beneficiarios que recibieron el alta odontológica con dos años de anterioridad, fue escogida de manera aleatoria por MINSAL, la tasa de respuestas obtenidas NO es aleatoria, por lo que los resultados obtenidos se encuentran claramente sesgados y no pueden ser generalizados a nivel nacional. En tercer lugar, la incorporación de este estudio se realizó con el fin de sustituir el estudio de casos debido a que el volumen de información susceptible de ser recogida a través de dicho instrumento sería aún menor que la reportada en el estudio de calidad. Por tanto, al igual que en los demás estudios de casos del resto de los componentes, la información que se expone debe ser analizada desde una perspectiva cualitativa más que cuantitativa. Para un mayor detalle de las estadísticas descriptivas de este estudio, consultar Anexo N°13.

3.2.2.2 Uso de prótesis

La tabla N° 3.2.9 analiza la frecuencia de uso de las prótesis entre los beneficiarios, de acuerdo al tipo de prótesis. Según la información expuesta, cerca de un 23% de aquellos que recibieron prótesis superior y un 27% de los que recibieron prótesis inferior manifiestan no utilizar siempre la prótesis respectiva.

Al consultar sobre las razones por las cuales los beneficiarios no utilizan siempre las prótesis, se encuentran motivaciones similares para ambos tipos, siendo las dos más mencionadas: que “no la siente cómoda” (63% en el caso de prótesis superior y 53% en el de prótesis inferior) y que “le hace daño utilizarla” (36% de las respuestas en prótesis superior y 43% en prótesis inferior). La razón “se le olvida usarla” resulta ser importante sólo para el caso de la prótesis inferior con casi un 24% de las respuestas, mientras que el argumento “la prótesis se encuentra en mal estado” resulta ser el tercero en orden de importancia para el caso de prótesis superior (15%) y el cuarto para el caso de prótesis inferior (17%).

Cabe señalar que del total de razones entregadas por los beneficiarios para no utilizar la prótesis superior, el 86% de ellas se asocian a una percepción de mala calidad de la prótesis o del tratamiento entregado. De manera análoga, del total de razones entregadas por los beneficiarios para no utilizar la prótesis inferior, cerca de un 79% de ellas se asocian a una percepción de mala calidad de la prótesis o del tratamiento.

Tabla 3.2.9: Frecuencia de uso de prótesis entregadas por el componente Odontológico

frecuencia con que usa la prótesis	superior		inferior	
	N° de casos ⁵²¹	porcentaje	N° de casos ⁵²²	porcentaje
siempre	3363	77,22%	2334	72,76%
muy seguido	311	7,14%	298	9,29%
poco seguido	496	11,39%	389	12,13%
nunca	185	4,25%	187	5,83%
Total	4355	100%	3208	100%

⁵²¹ El número total de respuestas equivale a las 4355 observaciones que reportaron haber recibido sólo prótesis superior o ambas prótesis.

⁵²² El número total de respuestas equivale a las 3208 observaciones que reportaron haber recibido sólo prótesis inferior o ambas prótesis.

Tabla 3.2.10: Razones de no uso de las prótesis entregadas por el Componente Odontológico

motivo por el que no utiliza cada prótesis	prótesis superior		prótesis inferior	
	Nº de casos ⁵²³	porcentaje respecto al número de encuestados que responde	Nº de casos ⁵²⁴	porcentaje respecto al número de encuestados que responde
no la siente cómoda	628	63,31%	466	53,32%
le hace daño usarla	355	35,79%	379	43,36%
se le olvida usarla	59	5,95%	208	23,80%
la prótesis está en mal estado	152	15,32%	152	17,39%
la prótesis no se afirma bien	0	0%	39	4,46%
usa otra prótesis	22	2,22%	17	1,95%
cree que no la necesita	0	0%	13	1,49%
la usa cuando quiere verse bien	44	4,44%	8	0,92%
no se acostumbra	52	5,24%	7	0,80%
otro motivo	26	2,62%	24	2,75%
no contesta	152	15,32%	0	0%
Total	1490	150,20%	1313	150,23%

3.2.2.3 Cambios en la conducta de los beneficiarios

a) Análisis de Estadística Descriptiva

Como puede observarse en la tabla N°3.2.11, al consultar a los beneficiarios sobre la frecuencia con que ponen en práctica los consejos de aseo dental, una amplia mayoría, correspondiente al 79% del universo que recibió estas recomendaciones, señaló ponerlas en práctica siempre. Por otra parte, dentro del subconjunto de beneficiarios que recibieron consejos relativos a alimentación, un 66% reportó ponerlos siempre en práctica.

A continuación, en la tabla N°3.2.12 se presenta una descripción de los motivos por los cuales los beneficiarios no ponen siempre en práctica los consejos de aseo dental y de alimentación, entre aquellos que reconocieron no hacerlo. Como es posible apreciar, las razones que se entregan en ambos casos son fundamentalmente las mismas: olvido, falta de dinero y falta de tiempo. Para el caso de consejos de aseo dental, estas tres opciones representan el 93% del total de respuestas, mientras que para el caso de consejos de alimentación, representan cerca del 99% de las respuestas.

⁵²³ El número de respuestas proviene de las 992 observaciones en que se reportó que la prótesis superior no se utilizaba siempre, sin embargo el total es mayor debido a que se le permitió a los entrevistados citar más de una razón en el que caso de que correspondiese.

⁵²⁴ El número de respuestas proviene de las 874 observaciones en que se reportó que la prótesis inferior no se utilizaba siempre, sin embargo el total es mayor es mayor debido a que se le permitió a los entrevistados citar más de una razón en el que caso de que correspondiese.

Tabla 3.2.11: Frecuencia de puesta en práctica de los consejos entregados por el odontólogo

frecuencia con que pone en práctica consejos	sobre cómo lavar sus dientes		sobre alimentación	
	Nº de casos ⁵²⁵	porcentaje	Nº de casos ⁵²⁶	Porcentaje
siempre	4359	78,74%	1437	66,44%
muy seguido	736	13,29%	157	7,26%
poco seguido	415	7,5%	556	25,71%
nunca	26	0,47%	13	0,60%
total	5536	100%	2163	100%

Tabla 3.2.12: Motivos por los que no se ponen siempre en práctica los consejos

porque no pone en práctica más seguido los consejos	sobre cómo lavar sus dientes		sobre alimentación	
	Nº de casos ⁵²⁷	porcentaje	Nº de casos ⁵²⁸	Porcentaje
falta de tiempo	213	18,1%	213	29,34%
falta de dinero	351	29,82%	189	26,03%
se le olvida	535	45,45%	315	43,39%
se aburre	31	2,60%	0	0%
ya no recuerda los consejos	25	2,12%	0	0%
nunca entendió los consejos	3	0,25%	0	0%
toma otras medidas	3	0,25%	0	0%
no lo considera necesario	0	0%	5	0,69%
otro	16	1,40%	4	0,55%
Total	1177	100%	726	100%

b) Metodología cuasi-experimental para efectos en cambio de conducta

En este componente se usaron métodos cuasi-experimentales para la evaluación de resultados intermedios. Para ello se utilizó la información generada en la encuesta realizada entre diciembre de 2004 y enero 2005 a población tratada en el año 2003 y a un grupo de control obtenido de los registros de personas que al momento de realizar el trabajo de terreno se encontraban en la lista de espera del componente o empezando su tratamiento.

Si el tratamiento fuera asignado de forma aleatoria, al menos de manera incondicional, se podría estimar el impacto del componente como las simples diferencias de las variables resultados entre el grupo de tratamiento y de control en el periodo posterior al tratamiento. Para ello, se realizó el test de medias y el test de Kolmogorov-Smirnov

⁵²⁵ El número total de respuestas equivale a las 5536 observaciones que reportaron haber recibido explicaciones sobre cómo lavar sus dientes.

⁵²⁶ El número total de respuestas equivale a las 2163 observaciones que reportaron haber recibido explicaciones sobre las consecuencias de una mala alimentación sobre su salud dental y sobre cómo mejorar hábitos alimenticios.

⁵²⁷ El número total de respuestas equivale a las 1177 observaciones que habiendo recibido consejos sobre cómo lavar sus dientes, reportaron no ponerlos siempre en práctica.

⁵²⁸ El número total de respuestas equivale a las 726 observaciones que habiendo recibido consejos sobre cómo hábitos alimenticios, reportaron no ponerlos siempre en práctica.

para determinar si existen diferencias entre las distribuciones de probabilidad de las variables independientes y de resultados correspondientes a los grupos de control y tratamiento. Los resultados de estos tests muestran que ambos grupos son en general similares en sus características observables, es decir existen diferencias en las medias y la distribución de probabilidad de muy pocas variables de la encuesta. De todos modos, se requiere controlar tales características para evitar sesgos en la estimación del impacto. Ver tabla 3.2.13.a.

Tabla 3.2.13.a: Test para evaluar si la diferencia entre el grupo de beneficiarios y no beneficiarios es estadísticamente significativa

Variables	Media Beneficiarios	Media Control	Test t	Significancia al 10%
Región: Norte (I a IV)	0,101	0,144	1,662	Sí
Fue contactado antes de participar en el programa (1=sí, 0=no)	0,398	0,335	-1,680	Sí
Sus últimos estudios fueron en establecimiento educacional municipal (1=municipal, 0=otro)	0,874	0,816	-2,037	Sí
Pertenece a FONASA grupo A (1=FONASA grupo A, 0=otro)	0,57	0,632	1,614	Sí
Edad en el 2002 (en años)	40,294	40,285	-0,010	No
Sexo (1=hombre, 0=mujer)	0,253	0,25	-0,092	No
Ingresos líquidos laborales mensuales en el año 2002 (en pesos)	53228,97	44324,41	-1,358	No
Recibió un tratamiento dental previo a participar en el componente (1=sí, 0=no)	0,23	0,285	1,620	No
Escolaridad (en años)	7,74	7,876	0,497	No
Paciente Jefe de Hogar (1=sí, 0=no)	0,524	0,517	-0,181	No
Tuvo algún trabajo en el 2002 (1=sí, 0=no)	0,496	0,441	-1,439	No
Horas totales trabajadas por mes (ocupación principal y secundaria, si corresponde)	55,122	58,683	0,549	No
Recibió una atención dental previo a participar en el componente (1=sí, 0=no)	0,615	0,639	0,653	No
Estuvo en lista de espera antes de participar en el componente (1=sí, 0=no)	0,298	0,309	0,317	No
Supo del componente a través de algún consultorio (general o de especialidades) o posta rural (1=sí, 0=no)	0,466	0,444	-0,567	No
Logró ser citado por el componente por iniciativa propia (1=sí, 0=no)	0,395	0,447	1,357	No
Fue derivado al componente por un dentista (1=sí, 0=no)	0,074	0,094	0,931	No
Su familia participa en el Programa Chile Solidario (1=sí, 0=no)	0,195	0,189	-0,189	No
Zona (1=urbana, 0=rural)	0,817	0,82	0,090	No

Nota: Sí=diferencia es estadísticamente significativa al 5%

El sesgo existe en la medida que la asignación del tratamiento entre ambos grupos no haya sido independiente de los resultados potenciales del mismo. Dicho de otra forma, si alguna de estas características distintivas de ambos grupos está correlacionada con la asignación al tratamiento, y con los resultados del mismo y no ha sido incorporada en nuestros modelos de regresión, nos encontramos con un sesgo de selección.

No se logró rechazar el supuesto de identificación del método de *matching* al modelarse las variables resultados pre-programa, sin encontrarse diferencias entre grupo de tratamiento y control (ver anexo 15).

A continuación se reportan, en primer lugar, los resultados obtenidos a partir de tres métodos de evaluación de impacto de corte transversal y después las correspondientes a las estimaciones de diferencias en diferencias⁵²⁹:

Como se señaló anteriormente, el EPP es el efecto promedio del programa estimado sobre todos los potenciales participantes, mientras que el EPPP es el efecto sobre aquellos beneficiarios potenciales que efectivamente participaron. Debe señalarse que en la literatura suele ser más utilizado el EPPP.

Se usaron cuatro tipos de especificaciones, cada una de ellas tiene distintas variables siendo la Especificación I la de menor complejidad y la especificación IV la de mayor⁵³⁰. En el análisis de *matching* (EPP, EPPP), las distintas especificaciones son usadas para estimar los *propensity scores*. La Especificación I incluye como variables explicativas todas aquellas características que, de acuerdo con los test de medias aplicados, son estadísticamente diferentes entre tratados y controles. A partir de esta especificación, se agregan variables adicionales de sexo y edad, y otros controles que intuitivamente podrían estar sesgando las estimaciones.

Los cuadros que se presentan a continuación registran el coeficiente que indica el efecto marginal de la participación del programa obtenido en cada especificación.

En las tablas 3.2.13.b y 3.2.14 se puede observar que la probabilidad de tener un cepillo de dientes y tener un cepillo de dientes de uso personal es estadísticamente mayor en el grupo de tratamiento que en el grupo de control. Además, se aprecia que en el método de *matching* en la probabilidad predicha el componente ha tenido un impacto positivo y significativo en el porcentaje de la población que tiene cepillo de dientes. También se observa mediante los EPPP un impacto positivo del componente sobre las variables señaladas.

⁵²⁹ Como ya se señaló, no fue posible testear la validez de este último enfoque para las variables en análisis puesto que no se dispusieron datos suficientes para chequear los supuestos requeridos. El detalle de las estimaciones realizadas se presentan en el Anexo 6.

⁵³⁰ Ver cuadro N°1.

Cuadro N°1
Especificaciones de los modelos

Especificación I

Se incluyen las variables:

- “Región Norte” (I-IV regiones),
- “Fue contactado antes de participar en el programa” (1=sí, 0=no),
- “sus últimos estudios fueron en establecimiento educacional de dependencia municipal” (1=municipal, 0=otro),
- “pertenece a FONASA, grupo A” (1=Fonasa A, 0=otro sistema o grupo previsional).

Especificación II

A las variables consideradas en la Especificación I se añaden:

- “edad en el año 2002” (en años),
- “sexo” (1=hombre, 0=mujer),

Especificación III

A las variables consideradas en la Especificación II se añaden:

- “ingreso líquido per capita mensual del hogar en el año 2002” (en pesos),
- “recibió un tratamiento dental antes de participar en el componente” (1=sí 0=no).

Especificación IV

A las variables consideradas en la Especificación II se añaden:

- “escolaridad” (en años),
- “paciente jefe de hogar” (1=jefe, 0=otro),
- “tuvo algún trabajo el año 2002” (1=sí, 0=no),
- “horas totales trabajadas en el mes” (horas en ocupación principal y secundaria, si corresponde),
- “recibió atención dental antes de participar el componente” (1=sí, 0=no),
- “recibió un tratamiento dental antes de participar en el componente” (1=sí, 0=no),
- “estuvo en lista de espera antes de participar en el componente” (1=sí, 0=no),
- “supo del componente a través de algún consultorio (general o de especialidades) o posta rural” (1=sí, 0=no),
- “logro ser citado por el componente por propia iniciativa” (1=se presento en el lugar de atención o municipalidad, 0=otro),
- “fue derivado al componente por un dentista” (1=sí, 0=no),
- “su familia participa en el programa Chile Solidario” (1=sí, 0=no),
- “zona” (1=urbana, 0=rural).

En las tablas N°3.2.13 y N°3.2.14 se puede observar que la probabilidad de tener un cepillo de dientes y tener un cepillo de dientes de uso personal es estadísticamente mayor en el grupo de tratamiento que en el grupo de control. Además, se aprecia que en el método de *matching* en la probabilidad predicha el componente ha tenido un impacto positivo y significativo en el porcentaje de la población que tiene cepillo de dientes. También se observa mediante los EPPP un impacto positivo del componente sobre las variables señaladas.

Tabla 3.2.13.b: Variable Dependiente: Tiene cepillo de dientes

Especificación	Número de Observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	664	0,022	***	0,024	*	0,024	**
II	625	0,011	**	0,005		0,027	***
III	614	0,053	***	0,080	***	0,021	**
IV	528	0,014	***	0,016	***	0,021	**

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Tabla 3.2.14: Variable Dependiente: Tiene cepillo de dientes de uso personal

Especificación	Número de Observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	664	0,026	***	0,027	**	0,030	**
II	625	0,018	***	0,015		0,034	**
III	614	0,052	***	0,079	***	0,025	**
IV	528	0,026	***	0,035	***	0,025	**

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Como se reporta en la tabla N°3.2.15, respecto a la frecuencia de cepillado, en la variable “se cepilla los dientes tres o más veces por día”, todos los métodos utilizados rechazaron que el componente tuviera algún efecto sobre la probabilidad de aumentar la frecuencia de cepillado. Sin embargo, en la variable “número de veces por semana que se cepilla los dientes” se observa un efecto positivo del programa. Este último resultado se da a conocer a través de la tabla N°3.2.16.

Tabla 3.2.15: Variable Dependiente: Se cepilla los dientes 3 o más veces al día

Especificación	Número de Observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	651	0,037		0,009		-0,011	
II	615	-0,041		-0,032		-0,022	
III	604	0,011		0,048		-0,010	
IV	571	-0,031		0,046		-0,010	

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Tabla 3.2.16: Variable Dependiente: Número de veces por semana que se cepilla los dientes

Especificación	Número de Observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	651	1,529	***	1,130	**	0,038	
II	615	0,425		0,768		-0,120	
III	604	0,871	**	1,427	***	0,149	
IV	571	0,323		1,235		0,149	

En la Especificación I del modelo MCO sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

En la tabla N°3.2.17 también se puede apreciar un impacto positivo del componente sobre la variable “se cepilla los dientes más de tres veces al día”.

Tabla 3.2.17: Variable Dependiente: Se cepilla los dientes más de tres veces por día

Especificación	Número de Observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	651	0,133	***	0,109	***	-0,006	
II	615	0,044	*	0,073	**	-0,014	
III	604	0,105	***	0,175	***	-0,005	
IV	571	0,033		0,103		-0,005	

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Respecto a la frecuencia de cambio del cepillo de dientes, la evaluación en la variable “cambia el cepillo de dientes cada más de seis meses” revela una mayor proporción del grupo de control que cambia su cepillo cada más de seis meses. La tabla N°3.2.18 da cuenta de dicho resultado. Por el contrario, la evaluación en las variables “cambia el cepillo de dientes máximo cada dos meses” y “número de cepillos que usa en el año” (tablas N°3.2.19 y 3.2.20, respectivamente) muestra como resultado que los beneficiarios del componente renuevan su cepillo de dientes con mayor frecuencia.

Tabla 3.2.18: Variable Dependiente: Cambia el cepillo de dientes cada más de seis meses

Especificación	Número de Observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	664	-0,087	***	-0,076	**	-0,028	
II	615	-0,079	***	-0,085	**	-0,030	
III	604	-0,111	***	-0,116	***	-0,021	
IV	571	-0,007		-0,003		-0,021	

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento
En la Especificación II, III y IV del modelo PROBIT se añade la variable “el precio del cepillo en el año 2002”

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Tabla 3.2.19: Variable Dependiente: Cambia el cepillo de dientes máximo cada dos meses

Especificación	Número de Observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	664	0,041		0,061	*	0,047	
II	615	0,053	***	0,079	***	0,044	
III	604	0,070	***	0,125	***	0,044	
IV	571	0,093	***	0,146	***	0,044	

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

En la Especificación II, III y IV del modelo PROBIT se añade la variable “el precio del cepillo en el año 2002”

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Tabla 3.2.20: Variable Dependiente: Número de cepillos de dientes que usa en un año

Especificación	Número de Observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coeficiente	SE	Coeficiente	SE	Coeficiente	SE
I	651	0,217	**	0,282	**	0,174	
II	615	0,277	***	0,411	***	0,158	
III	604	0,339	***	0,529	***	0,165	
IV	571	0,372	***	0,547	***	0,165	

En la Especificación I del modelo MCO sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

En la Especificación II, III y IV del modelo MCO se añade la variable “el precio del cepillo en el año 2002”

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

La evaluación sobre las variables “uso de la pasta dental siempre” y “número de veces por semana que usa pasta dental” (tablas N°3.2.21 y 3.2.22, respectivamente) registra resultados poco robustos, de hecho en algunas de las metodologías utilizadas se obtuvo que la proporción de beneficiarios que usaba siempre pasta dental y el número de veces por semana que usaban pasta dental era menor en los beneficiarios que en el grupo de control. Es importante señalar que, según opinión de profesionales odontólogos, lo importante en el cuidado dental no es tanto el uso de la pasta dental sino la “técnica de cepillado”.

Tabla 3.2.21: Variable Dependiente: Usa pasta dental siempre

Especificación	Número de Observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coeficiente	SE	Coeficiente	SE	Coeficiente	SE
I	645	-0,028	**	-0,032	**	-0,041	**
II	609	-0,044		-0,044	***	-0,036	
III	598	-0,045		-0,037	*	-0,036	*
IV	566	-0,022		-0,034		-0,036	*

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Tabla 3.2.22: Variable Dependiente: Número de veces por semana que usa pasta dental

Especificación	Número de Observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	642	1,650	***	1,374	***	-0,278	
II	607	0,372		0,768		-0,398	
III	596	0,625	**	1,286	**	-0,108	
IV	564	0,224		1,033		-0,108	

En la Especificación I del modelo MCO sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Los métodos cuasi-experimentales utilizados para la evaluación de resultados intermedios muestran un efecto positivo del componente sobre la higiene dental. Esta afirmación no es robusta, dado que la aplicación del método de diferencias en diferencias que se resume a continuación no pudo entregar resultados estadísticamente significativos atribuibles al componente.

La tabla 3.2.23. (referida a variables continuas), corresponde al modelo estándar:

$$\Delta Y = \delta + \alpha \cdot D + \beta X + \mu$$

Nótese que α denota el estimador del impacto por diferencias en diferencias y la variable D toma el valor de 1 si el individuo pertenece al grupo de beneficiarios y 0 para el grupo de control.

Tabla 3.2.23. Diferencias en Diferencias: Variables de Resultados Intermedios

Variable Dependiente / Estadístico	Especificación				
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Cambio en numero semanal de cepillados					
Coefficiente	0.37	0.04	0.04	0.07	0.25
Error Estándar	0.50	0.47	0.48	0.50	0.47
t-estadístico	0.7	0.1	0.1	0.1	0.5
Numero de Observaciones	625	592	591	581	552
R2	0.0016	0.0398	0.0394	0.0426	0.0718
Cambio en numero de cepillos que usa anualmente					
Coefficiente	-0.05	-0.10	-0.10	-0.12	-0.13
Error Estándar	0.11	0.12	0.12	0.13	0.12
t-estadístico	-0.5	-0.9	-0.8	-1.0	-1.1
Numero de Observaciones	625	592	591	581	552
R2	0.0007	0.0114	0.0125	0.0165	0.0767

Variable Dependiente / Estadístico	Especificación				
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Cambio en uso semanal de pasta					
Coefficiente	0.45	0.15	0.13	0.17	0.39
Error Estándar	0.53	0.52	0.52	0.54	0.52
t-estadístico	0.9	0.3	0.3	0.3	0.8
Numero de Observaciones	609	577	576	566	540
R2	0.0020	0.0394	0.0389	0.0407	0.0640

La especificación 0 sólo contiene como variable explicativa el hecho de ser tratado, y las restantes incluyen los mismos controles que en los modelos de matching (ver cuadro 1)⁵³¹.

Como se adelantó en la sección metodológica (3.0), al controlar por variables observables X, se ha intentado reducir el sesgo de selección. Sin embargo, los resultados indican dos problemas que quedaron sin resolver: algunas variables no observables podrían explicar diferentes sendas en las variables de resultados de grupos de tratamiento y de control; además, la precisión de las estimaciones puede estar siendo comprometida por el escaso poder explicativo de las diferentes regresiones (una gran proporción de la varianza en los cambios en las variables de resultados de antes a después del tratamiento no es explicada por las formas reducidas aquí presentadas, lo que significa una alta varianza de los residuos y de los coeficientes estimados).

Una forma alternativa de realizar la estimación por diferencias en diferencias, aplicable a variables de resultado categóricas, consiste en utilizar como variable dependiente el conjunto de observaciones en ambos períodos. Es decir, cada individuo (sea del grupo de tratamiento o de control) aporta dos observaciones, una correspondiente al período pre programa y otra posterior al programa. En este caso, el modelo a estimar es el siguiente:

$$Y = c + \gamma \text{dtrat} + \lambda t + \theta (\text{dtrat}_t) + \phi X + \varepsilon$$

En este caso, se calcula un coeficiente para « dtrat » que es una dummy que indica el tratamiento. La variable dummy « t » se refiere al período de tiempo (0 en situación prer programa y 1 después del programa). El coeficiente estimado θ que acompaña a la variable interactiva entre las dos anteriores (dtrat_t) corresponde al efecto marginal de diferencias en diferencias. Los resultados obtenidos se reportan en las tablas siguientes. En general, **los resultados de la aplicación de DID muestran estimadores y niveles de significancia distintos en diversas variables de resultados analizadas, comparando con los del método de matching. Esto podría estar indicando que en efecto existen aspectos no observables relevantes correlacionados con la variable de tratamiento que no están siendo controlados en las estimaciones de matching.**

⁵³¹ El Anexo 6 presenta los coeficientes para todas las variables de control.

Tabla 3.2.24.

Variable Dependiente	<i>Cepillados Semanales</i>				
Variables explicativas	0	I	II	III	IV
dtrat_t	0.154659	-0.0888	-0.058543	-0.098097	-0.267995
Error Estándar	1.312815	1.16288	1.118209	1.129516	1.125227
t-estadístico	0.12	-0.08	-0.05	-0.09	-0.24
Dtrat	1.329216	1.70706**	1.431951*	1.508138*	1.549327*
Error Estándar	0.972527	0.86161	0.8209049	0.826293	0.80977
t-estadístico	1.37	1.98	1.74	1.83	1.91
T	1.005057	0.98375	1.217203	1.234858	1.341437*
Error Estándar	0.824065	0.77645	0.7483593	0.755085	0.7520126
t-estadístico	1.22	1.27	1.63	1.64	1.78
Número de observaciones	1281	1212	1210	1189	1124
R2	0.0161	0.0773	0.1318	0.1265	0.1685

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.2.25.

Variable Dependiente	<i>Numero de cepillos anuales</i>				
Variables explicativas	0	I	II	III	IV
dtrat_t	-0.1047347	-0.1267497	-0.113994	-0.122904	-0.1814806
Error Estándar	0.3840574	0.3697589	0.3458208	0.3467134	0.3444841
t-estadístico	-0.27	-0.34	-0.33	-0.35	-0.53
Dtrat	0.4313006	0.4460003*	0.3939255	0.3498478	0.4343112*
Error Estándar	0.2749352	0.2673338	0.2452738	0.2411922	0.2418384
t-estadístico	1.57	1.67	1.61	1.45	1.8
T	0.2449358	0.261462	0.3443032*	0.3450949*	0.4025182*
Error Estándar	0.2166135	0.2199409	0.2071142	0.2094747	0.2065894
t-estadístico	1.13	1.19	1.66	1.65	1.95
Número de observaciones	1281	1212	1210	1189	1124
R2	0.0126	0.0697	0.1385	0.1439	0.1669

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%

Tabla 3.2.26.

Variable Dependiente	<i>Uso semanal de pasta</i>				
Variables explicativas	0	I	II	III	IV
dtrat_t	0.2886876	-0.001353	0.0566872	0.0371489	-0.0340415
Error Estándar	1.365419	1.203628	1.15892	1.1706	1.168746
t-estadístico	0.21	0	0.05	0.03	-0.03
Dtrat	1.214037	1.689654*	1.437175*	1.510998*	1.530668*
Error Estándar	1.017924	0.8968251	0.8581541	0.8663201	0.8570256
t-estadístico	1.19	1.88	1.67	1.74	1.79
T	0.9609515	0.9748106	1.204983	1.199645	1.229532
Error Estándar	0.8296321	0.7866549	0.7563779	0.7629177	0.7643235
t-estadístico	1.16	1.24	1.59	1.57	1.61
Número de observaciones	1260	1193	1191	1170	1108
R2	0.1499	0.0854	0.1371	0.1321	0.1705

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.2.27.

Variable Dependiente	<i>Tiene cepillo</i>				
Variables explicativas	0	I	II	III	IV
dtrat_t	0.0355477*	0.0308209	0.0308968	0.0296593	0.0364578*
Error Estándar	0.0195912	0.0201359	0.0200145	0.0200205	0.019923
t-estadístico	1.81	1.53	1.54	1.48	1.83
Dtrat	-0.0180616	-0.009754	-0.0132416	-0.0099638	-0.021126
Error Estándar	0.0169107	0.0177102	0.0177155	0.0176717	0.0179117
t-estadístico	-1.07	-0.55	-0.75	-0.56	-1.18
T	0.0057398	0.0074678	0.0105785	0.0109722	0.0039227
Error Estándar	0.0123847	0.0130006	0.0126931	0.012713	0.012272
t-estadístico	0.46	0.57	0.83	0.86	0.32
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.0094	0.0115	0.0285	0.0417	0.0533

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.2.28.

Variable Dependiente	<i>Tiene cepillo personal</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	0.0167521	0.0119453	0.0120219	0.0108416	0.0182771
Error Estándar	0.0260274	0.0270118	0.0267362	0.0269362	0.026959
t-estadístico	0.64	0.44	0.45	0.4	0.68
Dtrat	0.0035858	0.0115243	0.0076445	0.0090751	-0.0060576
Error Estándar	0.0239889	0.0244708	0.0239688	0.0230108	0.0219086
t-estadístico	0.15	0.47	0.32	0.39	-0.28
T	0.0248724	0.0267029	0.028641	0.0291202	0.0201968
Error Estándar	0.0211245	0.0221066	0.0208754	0.0211631	0.0205202
t-estadístico	1.18	1.21	1.37	1.38	0.98
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.110	0.0164	0.0317	0.0356	0.0533

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.2.29.

Variable Dependiente	<i>Se cepilla tres o más veces por día</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	-0.0198488	-0.0282511	-0.0262575	-0.0277268	-0.0328782
Error Estándar	0.0849862	0.0818678	0.0815694	0.0823925	0.0832114
t-estadístico	-0.23	-0.35	-0.32	-0.34	-0.4
Dtrat	0.0709613	0.0740457	0.0594527	0.0677308	0.0745011
Error Estándar	0.060824	0.0576509	0.0572734	0.0582854	0.0574295
t-estadístico	1.17	1.28	1.04	1.16	1.3
T	0.0493534	0.0419771	0.0519662	0.0521399	0.0527568
Error Estándar	0.0546228	0.0546618	0.0539282	0.0544572	0.0559074
t-estadístico	0.9	0.77	0.96	0.96	0.94
Número de observaciones	1281	1212	1210	1189	1124
R2	0.0056	0.0308	0.0576	0.0545	0.0822

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.2.30.

Variable Dependiente	<i>Se cepilla menos de 3 veces por día</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	-0.0041662	0.0079559	0.0078829	0.0099187	0.0119899
Error Estándar	0.0842866	0.0814319	0.0808516	0.081487	0.0825068
t-estadístico	-0.05	0.1	0.1	0.12	0.15
Dtrat	-0.0573977	-0.0658121	-0.0495619	-0.0594295	-0.061364
Error Estándar	0.060195	0.0571526	0.056499	0.0574177	0.0568074
t-estadístico	-0.95	-1.15	-0.88	-1.04	-1.08
T	-0.0514456	-0.0448065	-0.0566907	-0.0568772	-0.0546958
Error Estándar	0.0538394	0.0539606	0.0530736	0.0534683	0.0549984
t-estadístico	-0.96	-0.83	-1.07	-1.06	-0.99
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.0067	0.03	0.0636	0.0611	0.0858

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.2.31.

Variable Dependiente	<i>Se cepilla 3 veces por día</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	-0.0214866	-0.0269328	-0.0249758	-0.0227942	-0.0241866
Error Estándar	0.082306	0.0779543	0.0770229	0.0777906	0.0771773
t-estadístico	-0.26	-0.35	-0.32	-0.29	-0.31
Dtrat	-0.0117393	-0.0486613	-0.0476976	-0.0383549	-0.0272467
Error Estándar	0.0592909	0.0560417	0.0550963	0.0566255	0.0561394
t-estadístico	-0.2	-0.87	-0.87	-0.68	-0.49
T	0.0231718	0.0147092	0.008159	0.0060651	-0.0095675
Error Estándar	0.052241	0.0531555	0.0524376	0.0531871	0.0543708
t-estadístico	0.44	0.28	0.16	0.11	-0.18
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.0008	0.0359	0.0420	0.0438	0.083

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.2.32.

Variable Dependiente	<i>Se cepilla más de 3 veces por día</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	0.0256527	0.0189769	0.0170929	0.0128755	0.0121967
Error Estándar	0.0932491	0.0799635	0.0746788	0.0753777	0.0746415
t-estadístico	0.28	0.24	0.23	0.17	0.16
Dtrat	0.069137	0.1144734**	0.0972595*	0.0977844*	0.0886108*
Error Estándar	0.0658988	0.0562247	0.0515397	0.0517422	0.0512401
t-estadístico	1.05	2.04	1.89	1.89	1.73
T	0.0282738	0.0300973	0.0485317	0.0508121	0.0642633
Error Estándar	0.0507081	0.050184	0.0469287	0.047238	0.0472089
t-estadístico	0.56	0.6	1.03	1.08	1.36
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.0108	0.133	0.1957	0.195	0.2311

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.2.33.

Variable Dependiente	<i>Cambia cepillo cada más de 6 meses (o no tiene cepillo)</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	-0.0231329	-0.0059276	-0.0061299	0.0002102	0.0031308
Error Estándar	0.0691188	0.0663332	0.0653114	0.0648292	0.0637025
t-estadístico	-0.33	-0.09	-0.09	0	0.05
Dtrat	-0.0834735	-0.0939772*	-0.0869565*	-0.0992085**	-0.0794974
Error Estándar	0.0533607	0.0502398	0.0495832	0.0500861	0.048384
t-estadístico	-1.56	-1.87	-1.75	-1.98	-1.64
T	-0.087585*	-0.0961756**	-0.1097243**	-0.1142524**	-0.1165453**
Error Estándar	0.0504494	0.0478464	0.0471832	0.0465735	0.0466506
t-estadístico	-1.74	-2.01	-2.33	-2.45	-2.5
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.0248	0.0462	0.0754	0.089	0.1303

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.2.35.

Variable Dependiente	<i>Cambia cepillo cada máximo 2 meses</i>				
VARIABLES EXPLICATIVAS	0	I	II	III	IV
dtrat_t	-0.0169359	-0.0222983	-0.0222645	-0.0241075	-0.0303214
Error Estándar	0.0864929	0.0845953	0.0792664	0.0794842	0.0785335
t-estadístico	-0.2	-0.26	-0.28	-0.3	-0.39
Dtrat	0.0770865	0.0834648	0.0714952	0.0584408	0.0767479
Error Estándar	0.0602021	0.059707	0.0548186	0.0536606	0.0531515
t-estadístico	1.28	1.4	1.3	1.09	1.44
T	0.0369898	0.0393754	0.0593487	0.0592856	0.0688096
Error Estándar	0.0469085	0.0486566	0.045982	0.046462	0.0456959
t-estadístico	0.79	0.81	1.29	1.28	1.51
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.0079	0.0595	0.1259	0.133	0.1646

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.2.36.

Variable Dependiente	<i>Usa pasta dental siempre</i>				
VARIABLES EXPLICATIVAS	0	I	II	III	IV
dtrat_t	0.0121371	0.0088515	0.0088608	0.010959	0.0149334
Error Estándar	0.0431534	0.0433993	0.0434265	0.0437054	0.0444451
t-estadístico	0.28	0.2	0.2	0.25	0.34
Dtrat	-0.0488014	-0.0312553	-0.0305144	-0.0317894	-0.0283632
Error Estándar	0.0316518	0.0294834	0.0293857	0.0298037	0.0285006
t-estadístico	-1.54	-1.06	-1.04	-1.07	-1
T	0.0038302	0.002539	0.0034448	0.0004536	-0.0077686
Error Estándar	0.0190538	0.0204683	0.0202283	0.0201191	0.0211175
t-estadístico	0.2	0.12	0.17	0.02	-0.37
Número de observaciones	1268	1199	1197	1176	1114
R2	0.0075	0.0493	0.0514	0.055	0.0937

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

3.2.2.4 Mejoramiento del Índice COPD:

A continuación se presenta una estimación de las piezas dentales tratadas por el Componente Odontológico durante 2003, basada en la descomposición del índice COPD promedio reportada por veinte Servicios de Salud a nivel nacional⁵³².

El número de piezas tratadas fue calculado como el promedio de piezas cariadas que presentaban los beneficiarios de cada Servicio de Salud antes de su ingreso al componente, ponderado por el número total de altas realizadas⁵³³.

Dado que no se cuenta con información del índice COPD para los beneficiarios de siete Servicios de Salud, se realizó una proyección del número de piezas tratadas a nivel nacional de acuerdo al producto entre el número promedio de piezas cariadas entre los veinte Servicios de Salud que presentan información y el número total de altas odontológicas entregadas por el componente en todo el país durante 2003.

Los datos obtenidos de este análisis se reportan en la tabla 3.2.37 De acuerdo a este análisis, durante el año 2003 el componente habría tratado a nivel nacional aproximadamente 140.548 piezas dentales.

⁵³² Esta información es la única con que se cuenta a nivel central, de modo que no es posible realizar un análisis más completo, ni que incluya un mayor número de años.

⁵³³ El supuesto que subyace a este análisis es que todas las piezas cariadas de los beneficiarios efectivos del componente fueron tratadas, lo cual implica que pueden haber sido obturadas o extraídas según necesidad. El hecho de no contar con datos de COPD con posterioridad a las atenciones del componente impide diferenciar entre ambas situaciones.

**Tabla N°3.2.37: Piezas dentales tratadas por el
Componente Odontológico durante 2003**

Región	Servicios de Salud	Piezas Tratadas Año 2003
I	ARICA	-
I	IQUIQUE	2305
II	ANTOFAGASTA	3132
III	ATACAMA	-
IV	COQUIMBO	-
V	VALPARAISO	8606
V	VIÑA DEL MAR	9216
V	ACONCAGUA	2643
VI	O'HIGGINS	-
VII	MAULE	5475
VIII	ÑUBLE	-
VIII	BIO BIO	-
VIII	ARAUCO	2424
VIII	CONCEPCIÓN	9210
VIII	TALCAHUANO	2693
IX	ARAUCANÍA SUR	3232
IX	ARAUCANÍA NORTE	3857
X	VALDIVIA	3496
X	OSORNO	3082
X	LLANCHIPAL	-
XI	AYSEN	884
XII	MAGALLANES	406
XIII	M. NORTE	7221
XIII	M. SUR	8152
XIII	M. CENTRAL	0
XIII	M. OCCIDENTE	16512
XIII	M. ORIENTE	1926
XIII	M. SUR ORIENTE	9747
	PROYECCIÓN NACIONAL	140548

3.2.3 Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

De acuerdo a los términos de referencia y la opinión de equipo evaluador, los resultados intermedios esperados del Componente IRA se pueden clasificar en cuatro secciones:

- Nivel de resolutivez: Esta sección será abordada a través de la información obtenida de la encuesta realizada a los beneficiarios del componente y la información extraída del estudio de casos realizado por un experto de la salud.
- Cambios en la conducta de los beneficiarios: Esta sección será abordada a través de la información obtenida de la encuesta realizada a los beneficiarios del componente.
- Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas: Esta sección será evaluada a través de la información extraída del estudio de

casos realizado por un experto de la salud y el análisis de la información cualitativa.

- Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico y derivación del nivel primario: Esta sección no será evaluada debido a la falta de información y bases de datos del componente. Lo anterior se desarrolla con mayor detalle en la sección correspondiente (3.2.3.4).

3.2.3.1. Nivel de resolutiveidad.

Respecto de la capacidad resolutive de las salas IRA, las estadísticas revelan una evaluación favorable si tomamos en consideración que sólo alrededor de un 11% de los encuestados fueron derivados por el componente para ser atendidos en otro centro de salud. De esta manera se puede deducir que la mayoría de los pacientes afectos a encuestas resolvió el motivo de la consulta con el tratamiento recibido en las salas IRA y, por ende, en la atención primaria de salud. Este aspecto, constituye un aporte verdaderamente significativo al mejor funcionamiento de la Red General de Salud Pública del país. Cabe destacar, que no existen estadísticas oficiales que permitan demostrar cuantitativamente que un 11% de derivación de las salas IRA corresponde a una cifra baja para la atención primaria, sin embargo, del análisis de información cualitativa, el equipo evaluador desprende que en ausencia de las salas las derivaciones por enfermedades respiratorias en niños serían mayores debido a que la incorporación de controles para los pacientes crónicos permiten que éstos presenten una menor cantidad de crisis, las cuales eran tratadas en el nivel secundario de salud.

Además, se puede observar que la mayor proporción de los encuestados percibe que los pacientes se recuperaron gracias al tratamiento que recibieron en las salas IRA. Así, tanto los encuestados por pacientes con enfermedades respiratorias crónicas como los restantes, revelan una evaluación positiva respecto del nivel de resolutiveidad de las salas IRA; concentrándose las respuestas de ambos grupos en las dos primeras alternativas, es decir, las que son más favorables al respecto con un 81% y un 74% respectivamente para cada grupo juntando las evaluaciones “buena” y “muy buena”.

Tabla 3.2.38: Beneficiarios de las Salas IRA que son derivados a otros centros de salud.

¿fue derivado para ser atendido en otro lugar?	Nº de casos	porcentaje
Sí	663	11,56%
No	5.074	88,44%
Total	5.737	100%

Tabla 3.2.39: Destino de las derivaciones.

¿Dónde fue derivado?	Nº de casos	porcentaje
consultorio general	176	26,55%
posta rural	18	2,71%
consultorio de especialidades	74	11,16%
SAPU	6	0,9%
servicio de urgencia de hospital	81	12,22%
Hospital	308	46,46%
Total	663	100%

Tabla 3.2.40: Percepción de los beneficiarios respecto al factor que influye más en la solución del problema que origina la atención en las Salas IRA.

¿a quién le atribuye la mejoría del paciente?	Nº de casos	porcentaje
al tratamiento recibido en sala ira	4.428	77,18%
a un médico del consultorio	496	8,65%
al tratamiento recibido en un servicio de urgencia	248	4,32%
al tratamiento recibido en una consulta particular	273	4,76%
aún no se mejora	80	1,39%
a cuidados en el hogar	135	2,35%
no bien especificado	77	1,34%
Total	5.737	100%

Tabla 3.2.41: Percepción de los beneficiarios respecto de la capacidad resolutoria de las Salas IRA para pacientes agudos.

capacidad de la sala Ira para resolver enfermedades agudas	Nº de casos	Porcentaje
muy buena	865	24,3%
Buena	2.007	56,39%
Regular	617	17,34%
Mala	70	1,97%
Total	3.559	100%

Tabla 3.2.42: Percepción de los beneficiarios respecto de la capacidad resolutoria de las Salas IRA para pacientes crónicos.

capacidad de la sala Ira para estabilizar enfermedades crónicas	Nº de casos	porcentaje
muy buena	456	20,94%
Buena	1.151	52,85%
Regular	436	20,02%
Mala	135	6,2%
Total	2.178	100%

Por otro lado, el análisis de la información obtenida del estudio de casos arrojó dentro de sus resultados que en las salas IRA visitadas, la mayoría de los niños atendidos en los días⁵³⁴ y las salas seleccionadas para este estudio⁵³⁵ correspondieron a niños menores de 1 año de edad aquejados de Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), mientras que un porcentaje menor correspondió a niños mayores de 1 año en cuyo grupo hubo una mayor prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas. Las derivaciones al nivel secundario o a un Servicio de Urgencia fueron excepcionales, observándose una satisfactoria capacidad resolutoria del componente.

3.2.3.2. Cambios en la conducta de los beneficiarios.

Al analizar las estadísticas descriptivas se puede apreciar que prácticamente en su totalidad los encuestados expresan que practican “siempre” o “muy seguido” las sugerencias y consejos que se les da en las salas IRA. Lo anterior se ve reflejado en que el 89% de los encuestados, que recibieron información preventiva, declara que practica

⁵³⁴ Un día del mes de enero y un día del mes de julio seleccionados aleatoriamente.

⁵³⁵ Se visitaron 4 salas IRA de las regiones IV, VI y Metropolitana. Para mayor detalle de la muestra y los casos estudiados ver Anexo N°13.

los consejos recibidos al menos de modo muy seguido y el 93% declara lo mismo para el caso de la información de tipo curativa.

Tabla 3.2.42: Internalización de la información preventiva.

periodicidad con que practica las recomendaciones	Nº de casos	porcentaje
Siempre	3.122	69,16%
Muy seguido	903	20%
Poco seguido	460	10,19%
Nunca	29	0,64%
Total	4.514	100%

Tabla 3.2.43: Internalización de la información curativa.

periodicidad con que practica las recomendaciones	Nº de casos	porcentaje
Siempre	2.767	71,81%
Muy seguido	845	21,93%
Poco seguido	237	6,15%
Nunca	4	0,1%
Total	3.853	100%

3.2.3.3. Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas.

El análisis de la información obtenida del estudio de casos arrojó dentro de sus resultados que, de acuerdo a la información registrada en la ficha clínica de los pacientes atendidos en los días⁵³⁶ y las salas seleccionadas para este estudio⁵³⁷, el manejo clínico fue en su mayoría concordante con las normas técnicas de IRA del Ministerio de Salud, tanto en las indicaciones médicas, como en el manejo kinésico.

La presente sección no será evaluada con información cuantitativa, debido a la falta de información y bases de datos del componente. Cabe señalar, que los formularios de resúmenes mensuales de actividades del componente IRA recogen esta información, sin embargo, éstos no son recopilados en su totalidad ni son sistematizados por la unidad central (Ministerio de Salud) o los Servicios de Salud correspondientes.

Aún así, en base a la información extraída del estudio de casos y el análisis de la información cualitativa, el equipo evaluador considera que el grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas del componente es satisfactorio por parte de los profesionales de las salas IRA.

3.2.3.4. Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico y derivación del nivel primario.

La presente sección no será evaluada debido a la falta de información y bases de datos tanto del componente como de la atención primaria en general. Cabe destacar, que el

⁵³⁶ Un día del mes de enero y un día del mes de julio seleccionados aleatoriamente.

⁵³⁷ Se visitaron 4 salas IRA de las regiones IV, VI y Metropolitana. Para mayor detalle de la muestra y los casos estudiados ver Anexo N°13.

equipo evaluador no tuvo acceso a ningún estudio previo a la implementación de las salas que diera cuenta, a modo de diagnóstico, de la capacidad resolutoria y nivel de derivación en ese momento de la atención primaria de salud. Por lo tanto, no fue posible rescatar el aporte marginal del componente IRA en este sentido.

3.2.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

De acuerdo a los términos de referencia y la opinión de equipo evaluador, los resultados intermedios esperados del Componente ERA se pueden clasificar en cuatro secciones:

- Nivel de resolutoria: Esta sección será abordada a través de la información obtenida de la encuesta realizada a los beneficiarios del componente y la información extraída del estudio de casos realizado por un experto de la salud.
- Cambios en la conducta de los beneficiarios: Esta sección será abordada a través de la información obtenida de la encuesta realizada a los beneficiarios del componente.
- Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas: Esta sección será evaluada a través de la información extraída del estudio de casos realizado por un experto de la salud y el análisis de la información cualitativa.
- Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico y derivación del nivel primario: Esta sección no será evaluada debido a la falta de información y bases de datos del componente. Lo anterior se desarrolla con mayor detalle en la sección correspondiente (3.2.4.4).

3.2.4.1. Nivel de resolutoria.

Respecto de la capacidad resolutoria de las salas ERA, las estadísticas revelan una evaluación positiva si tomamos en consideración que sólo alrededor de un 15% de los encuestados fue derivado por el componente para ser atendidos en otro centro de salud. La mayoría de los pacientes indica que resolvió el motivo de la consulta con el tratamiento recibido en las salas ERA y, por ende, en la atención primaria de salud. Cabe destacar que no existen estadísticas oficiales que permitan demostrar cuantitativamente que un 15% de derivación de las salas ERA corresponde a una cifra baja para la atención primaria, sin embargo del análisis de información cualitativa, el equipo evaluador desprende que en ausencia de las salas las derivaciones por enfermedades respiratorias en adultos, y principalmente, en adultos mayores serían superiores, debido a que la incorporación de controles para los pacientes crónicos permiten que éstos presenten una menor cantidad de crisis, las cuales eran tratadas en el nivel secundario de salud.

Además, se puede observar que el 74% de la muestra percibe que los pacientes se recuperaron gracias al tratamiento que recibieron en las salas ERA. Así, tanto los encuestados por pacientes con enfermedades respiratorias crónicas como los restantes, revelan una evaluación positiva respecto del nivel de resolutoria de las salas,

concentrándose las respuestas de ambos grupos en las dos primeras alternativas, es decir, las que son más favorables respecto de la capacidad resolutoria del componente.

Tabla 3.2.44: Beneficiarios de las Salas ERA que son derivados a otros centros de salud.

¿fue derivado para ser atendido en otro lugar?	Nº de casos	porcentaje
Sí	220	15,14%
No	1.233	84,86%
Total	1.453	100%

Tabla 3.2.45: Destino de las derivaciones.

¿dónde fue derivado?	Nº de casos	porcentaje
consultorio general	29	13,18%
consultorio de especialidades	31	14,09%
SAPU	18	8,18%
servicio de urgencia de hospital	22	10%
Hospital	111	50,45%
centro radiológico	9	4,09%
Total	220	100%

Tabla 3.2.46: Percepción de los beneficiarios respecto al factor que influye más en la solución de problema que origina la atención en las Salas ERA.

¿a quién le atribuye la mejoría del paciente?	Nº de casos	porcentaje
al tratamiento recibido en sala era	1.077	74,1%
a un médico del consultorio	164	11,3%
al tratamiento recibido en un servicio	54	3,7%
al tratamiento recibido en una consulta	55	3,8%
aún no se mejora	37	2,5%
a cuidados en el hogar	23	1,6%
sala era y hospital	10	0,7%
otro médico	4	0,3%
No bien especificado	29	2,0%
Total	1.453	100%

Tabla 3.2.47: Percepción de los beneficiarios respecto de la capacidad resolutoria de las Salas ERA para pacientes agudos.

capacidad de la sala era para resolver enfermedades agudas	Nº de casos	Porcentaje
Muy buena	96	31,27%
Buena	172	56,03%
Regular	28	9,12%
Mala	3	0,98%
no contesta	8	2,61%
Total	307	100%

Tabla 3.2.48: Percepción de los beneficiarios respecto de la capacidad resolutive de las Salas ERA para pacientes crónicos.

capacidad de la sala era para estabilizar enfermedades crónicas	Nº de casos	porcentaje
Muy buena	205	17,89%
Buena	797	69,55%
Regular	119	10,38%
Mala	20	1,75%
no contesta	5	0,44%
Total	1.146	100%

Por otro lado, el análisis de la información obtenida del estudio de casos arrojó dentro de sus resultados que, en las salas ERA visitadas, los pacientes atendidos en los días⁵³⁸ y las salas seleccionadas para este estudio⁵³⁹ no presentaron derivaciones al nivel secundario o a un Servicio de Urgencia, observándose una favorable capacidad resolutive del componente.

3.2.4.2. Cambios en la conducta de los beneficiarios.

Al analizar las estadísticas descriptivas se puede apreciar que casi en su totalidad, los encuestados expresan que practican “siempre” o “muy seguido” las sugerencias y consejos que se les dan en las salas ERA. Lo anterior se ve reflejado en que el 85% de los encuestados, que recibieron información preventiva, declara que practica los consejos recibidos al menos de modo muy seguido y el 87% declara lo mismo para el caso de la información de tipo curativa.

Tabla 3.2.49: Internalización de la información preventiva.

periodicidad con que practica las recomendaciones	Nº de casos	porcentaje
Siempre	690	71,43%
muy seguido	135	13,98%
poco seguido	114	11,8%
Nunca	12	1,24%
no contesta	15	1,55%
Total	966	100%

Tabla 3.2.50: Internalización de la información curativa.

periodicidad con que practica las recomendaciones	Nº de casos	porcentaje
Siempre	548	73,76%
muy seguido	97	13,06%
poco seguido	98	13,19%
Total	743	100%

⁵³⁸ Un día del mes de enero y un día del mes de julio seleccionados aleatoriamente.

⁵³⁹ Se visitaron 4 salas ERA de las regiones IV, VI y Metropolitana. Para mayor detalle de la muestra y los casos estudiados ver Anexo N°13.

3.2.4.3. Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas.

El análisis de la información obtenida del estudio de casos arrojó dentro de sus resultados que, de acuerdo a la información registrada en la ficha clínica de los pacientes atendidos en los días⁵⁴⁰ y las salas seleccionadas para este estudio⁵⁴¹, el manejo clínico de estos pacientes de acuerdo a las normas técnicas es variable en cada sala o establecimiento y fue frecuente encontrar casos con estudio incompleto y manejo inadecuado. Según la opinión del experto que realizó el estudio de casos, es posible que parte de estas deficiencias estén relacionadas con el acceso a un estudio previo a modo de diagnóstico, lo cual fue particularmente más grave en los consultorios fuera de la Región Metropolitana.

Del mismo modo, el cumplimiento de las normas técnicas del componente ERA en el manejo terapéutico de los pacientes fue también muy variable. Según la opinión del experto que realizó el estudio de casos, se observó que en el establecimiento donde se contaba con horas de médico ERA el manejo fue generalmente adecuado, mientras que en las salas que no contaban con horas de médico ERA, existían más deficiencias al respecto⁵⁴².

La presente sección no será evaluada con información cuantitativa, debido a la falta de información y bases de datos del componente. Cabe señalar, que los formularios de resúmenes mensuales de actividades del componente ERA recogen esta información, sin embargo, éstos no son recopilados en su totalidad ni son sistematizados por la unidad central (Ministerio de Salud) o los Servicios de Salud correspondientes.

Aún así, en base a la información extraída del estudio de casos y el análisis de la información cualitativa, el equipo evaluador considera que el grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas del componente por parte de los profesionales de las salas ERA es satisfactorio sólo de manera parcial. En este sentido, es importante que el Ministerio de Salud o los Servicios de Salud correspondientes realicen con mayor énfasis sus labores de supervisión y fiscalización del componente.

3.2.4.4. Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico y derivación del nivel primario.

La presente sección no será evaluada debido a la falta de información y bases de datos tanto del componente como de la atención primaria en general. Cabe destacar, que el equipo evaluador no tuvo acceso a ningún estudio previo a la implementación de las salas, que diera cuenta a modo de diagnóstico, de la capacidad resolutoria y nivel de derivación en ese momento de la atención primaria de salud. Por lo tanto, no fue posible rescatar el aporte marginal del componente ERA en este sentido.

⁵⁴⁰ Un día del mes de enero y un día del mes de julio seleccionados aleatoriamente.

⁵⁴¹ Se visitaron 4 salas ERA de las regiones IV, VI y Metropolitana. Para mayor detalle de la muestra y los casos estudiados ver Anexo N°13.

⁵⁴² Es importante destacar, que aún cuando las horas de un médico ERA comunal forman parte de la dotación de las salas que se establece en los documentos oficiales del componente, en la práctica hay veces en que ésta dotación no se cumple en un 100%.

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

3.2.5.1. Nivel de resolutiveidad

Los resultados vienen a confirmar la evaluación positiva que se realiza de las salas ERA e IRA, ya que un 90% de quienes se tomaron una radiografía declaran seguir controlándose en las salas luego de obtenido el diagnóstico.

Al comparar el motivo por el cual le pidieron la radiografía y el diagnóstico ex - post, estos coinciden en un 62,26% de los casos. Se debe ser cuidadoso y no olvidar que esto es lo reportado por el usuario y no necesariamente lo efectivo. Al respecto, el estudio de casos realizado por un profesional del área de la salud⁵⁴³ compara los diagnósticos ex - ante y ex - post de 30 pacientes revisados, en un 50% de ellos se estimó que la solicitud de radiografía no era pertinente⁵⁴⁴. Sin embargo, el profesional señala que no es posible determinar la causa exacta de este problema, puede deberse tanto a déficit en los registros de las fichas clínicas como a desconocimiento de los médicos tratantes.

Tabla 3.2.51: Acciones realizadas luego de obtenido el diagnóstico

acciones que realizó luego de obtenido el diagnóstico	Nº de casos	porcentaje
fue a una clínica privada	116	3,53%
siguió control en sala	2954	89,92%
fue a un hospital	168	5,11%
lo llevo al consultorio o CESFAM ⁵⁴⁵	15	0,46%
lo llevó a la posta	4	0,12%
ERA en domicilio	1	0,03%
Inclasificable	27	0,82%
Total	3285	100%

Tabla 3.2.52: Coincidencia entre diagnóstico ex ante y ex post

coincidencia entre diagnósticos	Nº de casos	porcentaje
no coincide	1.333	37,74%
Coincide	2.199	62,26%
Total	3.532	100%

Según el estudio de casos las radiografías fueron tomadas oportunamente e informadas por radiólogo casi en la totalidad de los casos considerados, cumpliendo con el requisito del componente de que el paciente tenga acceso a la radiografía durante las 24 horas posteriores a la consulta médica.

⁵⁴³ El estudio de casos de este componente se realizó en los 4 consultorios visitados para el estudio de casos del componente ERA, ubicados en las regiones IV, VI y Metropolitana. Para mayor detalle ver Anexo N°13: Estudio de Casos.

⁵⁴⁴ Nótese que este estudio no es estadísticamente representativo, por lo tanto no se pueden extrapolar las conclusiones para todos los establecimientos de atención primaria que cuentan con el componente.

⁵⁴⁵ CESFAM: Centro de Salud Familiar.

3.2.6 Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia

Para el caso del Componente SAPU, los resultados intermedios esperados son básicamente cuatro.

En primer lugar se encuentra el nivel de resolutivez del componente, que involucra la capacidad del mismo para dar una solución definitiva al problema de salud que aqueja al paciente, evitando nuevas consultas motivadas por el mismo problema de salud salvo que la emergencia del caso así lo amerite. El modelo de evaluación utilizado se basa en las opiniones vertidas en la encuesta a beneficiarios sobre la necesidad de atenciones médicas posteriores incluyendo derivaciones a centros de emergencia de mayor complejidad.

El segundo resultado intermedio acorde con el modelo teórico del componente está dado por el grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas de la atención en SAPU. En este caso, el modelo de evaluación está basado en los principales resultados del estudio de casos, sobre la calidad técnica y pertinencia de los procedimientos en la resolución de los problemas de salud de los pacientes bajo estudio⁵⁴⁶.

En tercer lugar, se hallan los posibles cambios de conducta de los beneficiarios inducidos por las actividades educativas del componente. En particular se espera que los pacientes pongan en práctica las recomendaciones curativas y preventivas entregadas por él con el fin de mejorar su nivel general de salud y disminuir la probabilidad de repetición del problema que motivó su consulta. La detección de estos cambios se evalúa en esta sección sobre la base de las opiniones vertidas en la encuesta a beneficiarios.

Finalmente, el último resultado intermedio esperado susceptible de evaluar está dado por la contribución del Servicio entregado en SAPU a la descongestión de los Servicios de Urgencia Hospitalaria y con ello, a un aumento en la resolutivez de la Red de Urgencia. Si bien el equipo evaluador intentó plantear un modelo de datos de panel para encontrar una posible relación causal entre las consultas a nivel de SAPU y de urgencia hospitalaria en la Región Metropolitana, la escasez de datos y su discontinuidad impidió la configuración de un modelo robusto⁵⁴⁷. Por estos motivos, se desestimó dicha posibilidad. No obstante, a través de las opiniones de los mismos beneficiarios expresadas en la encuesta es posible conocer a grandes rasgos qué tipo de centros de atención médica podrían estar siendo descongestionados gracias a la existencia de establecimientos SAPU, aún cuando su impacto no pueda ser cuantificado.

⁵⁴⁶ Para mayor detalle sobre este estudio, consultar Anexo N°13.

⁵⁴⁷ En efecto, se encontró información consolidada sobre las atenciones de urgencia en SAPU y en hospitales, por Servicios de Salud, en la Región metropolitana para el período 1992-1998 en los Anuarios de la SEREMI de dichos años. Además, fue posible obtener esta misma información para el período 2001-2003 en los registros estadísticos del DEIS en MINSAL. Sin embargo, el vacío de información para los años 1999 y 2000 no pudo ser llenado pese a que se solicitó esta información en todas las instancias pertinentes. Dado el escaso número de grados de libertad para la realización de un modelo de panel robusto y la necesidad de proyectar datos para los años que no se contaba con ellos, el equipo evaluador decidió no realizar esta estimación.

3.2.6.1 Nivel de resolutiveidad

Con el fin de aproximarse al grado de resolutiveidad del componente, a continuación se da cuenta de los principales resultados de la encuesta a beneficiarios sobre necesidad de atenciones posteriores a las recibidas en SAPU con el fin de dar solución al mismo problema de salud.

Las tablas N° 3.2.53 y 3.2.54 analizan la capacidad de los SAPU para dar una solución definitiva al problema de salud que motiva la consulta de los beneficiarios. En primer término se puede observar que un 65,5% del total de encuestados reconoce no haber recibido otras atenciones con posterioridad a la última consulta en SAPU para resolver el mismo problema de salud. Sin embargo, dentro de ese conjunto de personas, cerca de un 34% manifiesta haber necesitado nuevas atenciones. Por tanto, se puede deducir que el porcentaje de personas que quedó conforme con el tratamiento entregado en SAPU y no requirió de atenciones adicionales fue de un 44% del total de la muestra.

En relación al grupo que plantea haber necesitado nuevas atenciones que no recibió, la tabla N°3.2.55 da cuenta de los principales motivos que originaron esta necesidad. En primer lugar de importancia, con un 41,5% de los casos, se menciona que el tratamiento entregado en SAPU no solucionó su problema de salud. En segundo lugar de importancia aparece la razón “en el SAPU le dijeron que viera un especialista” y en tercero se encuentra la preferencia por haber consultado una segunda opinión.

Tabla 3.2.53: Atenciones recibidas con posterioridad a la consulta en SAPU

recibió otras atenciones después de la atención del sapu debido al mismo problema de salud	N° de casos	Porcentaje
Sí	3145	32,97%
No	6246	65,47%
no sabe, no recuerda	149	1,56%
Total	9540	100%

Tabla 3.2.54: Necesidad de atenciones posteriores a la consulta en SAPU

habría necesitado otras atenciones después de recibir atención en sapu	N° de casos ⁵⁴⁸	porcentaje respecto al número de respuestas
Sí	1970	33,74%
No	4203	65,13%
no sabe, no recuerda	73	1,13%
Total	6246	100%

⁵⁴⁸ El número total de respuestas equivale a las 6246 observaciones que reportaron no haber recibido nuevas atenciones por el mismo problema de salud.

Tabla 3.2.55: Caracterización de la necesidad por nuevas atenciones

motivo por el cual habría necesitado otras atenciones	Nº de casos⁵⁴⁹	porcentaje respecto al número de respuestas
en el sapu le pidieron que volviera para ver como seguía	272	13,81%
en el sapu le dijeron que viera un especialista	474	24,06%
parte del tratamiento se realizaba en otros centros médicos	106	5,38%
el tratamiento recibido no solucionó su problema	818	41,52%
A ud. le hubiera gustado consultar otra opinión	293	14,87%
otro motivo	7	0,36%
Total	1970	100%

A continuación las tablas N° 3.2.56 - 3.2.58 dan cuenta de la situación de los beneficiarios que reportaron haber recibido otras atenciones tras su última consulta en SAPU para solucionar el mismo problema de salud.

En primer lugar destaca el hecho de que un 29% de quienes recibieron atenciones posteriores, correspondiente a casi un 10% del total de la muestra, declara haber sido derivado desde el SAPU a otro centro de atención de urgencia. No obstante, al consultar a este último grupo sobre el lugar de destino de la derivación, sólo un 83% de ellos señala un centro de atención de urgencia propiamente tal⁵⁵⁰, por lo que la cifra de pacientes efectivamente derivados representaría un 8,3% de la muestra.

En segundo lugar, sólo un 46% de los beneficiarios que reportan haber sido derivados dicen haber llegado al nuevo centro de atención en ambulancia, porcentaje que equivale al 4,5% del total de encuestados.

Tabla 3.2.56: Derivación a otros centros de urgencia

fue derivado desde el sapu a otro centro de urgencia	Nº de casos⁵⁵¹	porcentaje respecto al total de encuestados	porcentaje respecto al número de respuestas
Sí	953	9,99%	28,93%
No	2301	24,12%	69,85%
no sabe, no recuerda	40	0,42%	1,21%
Total	3294	34,53%	100%

⁵⁴⁹ El número total de respuestas equivale a las 1970 observaciones que reportaron haber sentido la necesidad de nuevas atenciones, aún cuando no las recibieron.

⁵⁵⁰ Se excluyen de esta cifra las alternativas: “no sabe o no recuerda”, “policlínico” (consultorio) y “otro especialista”. Cabe señalar que esta última clasificación involucra a aquellas observaciones que reportaron haber sido derivadas a un médico especialista u otro profesional, como por ejemplo: kinesiólogo u otorrino.

⁵⁵¹ El número total de respuestas, equivale a las 3145 observaciones que reportaron haber recibido atenciones posteriores por el mismo problema de salud, más 149 observaciones que reportaron no recordar si habían o no recibido este tipo de atención

Tabla 3.2.57: Caracterización de las derivaciones de acuerdo al centro de urgencia destino

tipo de centro de urgencia al que fue derivado	Nº de casos⁵⁵²	porcentaje respecto al total de encuestados	porcentaje respecto al número de respuestas
posta rural	58	0,61%	6,09%
servicio de urgencia de hospital	374	3,92%	39,24%
hospital SNS	348	3,65%	36,52%
servicio de urgencia privado	12	0,13%	1,26%
otro especialista	21	0,22%	2,20%
policlínico (consultorio)	117	1,23%	12,28%
No sabe, no recuerda	23	0,24%	2,41%
Total	953	100%	100%

Tabla 3.2.58: Caracterización de las derivaciones de acuerdo al vehículo empleado

vehículo en que fue derivado	Nº de casos⁵⁵³	porcentaje respecto al total de encuestados	porcentaje respecto al número de respuestas
ambulancia del Sapu	436	4,57%	45,75%
vehículo particular	261	2,74%	27,39%
Taxi	57	0,60%	5,98%
Microbús	106	1,11%	11,12%
Ninguno	33	0,35%	3,46%
sin dato	7	0,07%	0,73%
No recuerda	53	0,56%	5,56%
Total	953	9,99%	100,00%

Finalmente, en la tabla N°3.2.59 se expone la situación de los beneficiarios que reportaron haber recibido otras atenciones tras su última consulta en SAPU para solucionar el mismo problema de salud, pero que no fueron derivados a otro centro de urgencia.

Al ser consultados por el motivo que originó esas nuevas atenciones, los beneficiarios mencionan con mayor frecuencia que “en el SAPU le dijeron que consultara a un especialista”. En segundo y tercer lugar de importancia, aparecen las alternativas “el SAPU no solucionó su problema de salud” y “en el SAPU le pidieron que volviera para ver como seguía”, respectivamente.

⁵⁵² El número total de respuestas, equivale a las 953 observaciones que reportaron haber sido derivados desde el Sapu hacia otro centro de urgencia.

⁵⁵³ Igualmente al caso anterior, el número total de respuestas, equivale a las 953 observaciones que reportaron haber sido derivados desde el Sapu hacia otro centro de urgencia.

Tabla 3.2.59: Caracterización de las nuevas atenciones

Motivo por el cual necesitó otras atenciones	Nº de casos ⁵⁵⁴	porcentaje respecto al número de respuestas
en el SAPU le pidieron que volviera para ver como seguía	421	17,98%
en el SAPU le dijeron que viera un especialista	637	27,21%
parte del tratamiento se realizaba en otros centros médicos	275	11,75%
el tratamiento recibido no solucionó su problema	505	21,57%
a ud. le hubiera gustado consultar otra opinión	315	13,46%
necesitó medicamentos	70	2,99%
otro motivo	111	4,74%
no sabe, no recuerda	7	0,30%
Total	2341	100%

3.2.6.2 Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas

Como ya fue señalado, el cumplimiento de las normas técnicas de la atención en SAPU es evaluado a través de los principales resultados del estudio de casos realizado en cuatro establecimientos de la Región Metropolitana, durante el primer trimestre de 2005.

La conclusión general arrojada por dicho estudio es que el grado de cumplimiento es variable en cada centro, de acuerdo a sus particularidades.

En relación al tipo de atención recibida por los beneficiarios estudiados se encontró que en general todos los pacientes son controlados en sus signos vitales, pero no siempre la información disponible en las hojas de atención permite precisar diagnósticos y manejo terapéutico con exactitud en todos los establecimientos⁵⁵⁵.

En cuanto a los aspectos referidos a la derivación de pacientes, también se pudo apreciar una gran heterogeneidad. En efecto, entre los cuatro recintos consultados sobresalen claramente algunos en los cuales la totalidad de los pacientes derivados a centros de urgencia de mayor complejidad correspondieron a casos de urgencia (ya sea vitales o no vitales⁵⁵⁶), y en que la mayoría de los traslados se realizó en forma oportuna y en vehículos perfectamente habilitados para ello (salvo decisión voluntaria del mismo paciente). Sin embargo, en otros recintos consultados, se detectaron varias deficiencias en el manejo y decisión de traslado a otros centros asistenciales, por cuanto existe un número no despreciable de éstos que pudo haberse evitado. En otros casos, se observó un alto número de derivaciones en vehículos particulares⁵⁵⁷.

⁵⁵⁴ El número total de respuestas equivale a las 2301 observaciones que, habiendo recibido nuevas atenciones, reportaron no haber sido derivadas, más 40 observaciones que, habiendo recibido nuevas atenciones, reportaron no recordar si habían sido derivadas.

⁵⁵⁵ Esto equivale a decir que existe una alta heterogeneidad entre establecimientos en relación al tipo de información que registran sobre las pacientes y las atenciones brindadas. Lo anterior conlleva una dificultad de sortear en la determinación de conclusiones contundentes sobre el servicio entregado, por cuanto no queda claro si el déficit se encuentra en la calidad de la atención, en la calidad del registro, o en ambos.

⁵⁵⁶ De acuerdo a la opinión del profesional médico que realizó el estudio de casos del Componente SAPU, para ambos casos de urgencia se encuentra justificada la derivación.

⁵⁵⁷ Desafortunadamente, la información proporcionada en los recintos SAPU no permite conocer si el motivo de los traslados en vehículos particulares se asocia a la ausencia de ambulancia en el establecimiento por largos espacios horarios que ponen en peligro la estabilidad del paciente o si bien responden a las preferencias de los mismos beneficiarios, o sus familiares, por agilizar el proceso.

Finalmente, es importante señalar que, a juicio del profesional médico a cargo del estudio de casos, es posible observar un mayor cumplimiento de las normas técnicas en aquellos establecimientos correspondientes a comunas no pobres y que cuentan con un mayor número de alternativas respecto a la atención en SAPU. En cuanto a las derivaciones, se observó que éstas se dan en menor medida en aquellos recintos SAPU de mayor cercanía a Servicios de Urgencia Hospitalaria y que además en ellos se produce una proporción mayor de traslados en vehículos particulares o ajenos al centro de atención.

Por tanto, el estudio de casos sugiere que factores locales como el grado de pobreza de la comuna, volumen de demanda que enfrenta el SAPU, o la cercanía a otros centros de urgencia de mayor complejidad podrían tener una incidencia en el grado de cumplimiento en estándares de calidad y normas técnicas del componente.⁵⁵⁸

3.2.6.3. Cambios en la conducta de los beneficiarios

A través de las tablas N°3.2.60 y 3.2.61 se entrega la información sobre cambio de conducta reportada por los beneficiarios en relación a los consejos entregados.

Como puede observarse, al ser consultados sobre la frecuencia con que ponen en práctica los consejos preventivos entregados por el personal del SAPU, casi el 75% del universo que recibió estas recomendaciones manifestó ponerlas en práctica siempre.

A continuación, en la tabla N°3.2.61 se presenta una descripción de los motivos por los cuales los beneficiarios no ponen siempre en práctica los consejos preventivos, entre aquellos que reconocieron no hacerlo. De acuerdo a las respuestas entregadas por este subconjunto, la principal razón, con un 40,6% de las menciones, es el olvido. La segunda razón y tercera razón citadas, en orden de importancia, fueron: el hecho de no considerarlo necesario (12,7%) y la falta de tiempo (10,4% de las respuestas).⁵⁵⁹

Tabla 3.2.60: Frecuencia de puesta en práctica de los consejos preventivos entregados en SAPU

frecuencia con que pone en práctica los consejos para evitar que se vuelva a repetir su problema de salud	Nº de casos ⁵⁶⁰	porcentaje respecto al número de respuestas
Siempre	3295	74,78%
muy seguido	358	8,13%
poco seguido	620	14,07%
Nunca	133	3,02%
Total	4406	100%

⁵⁵⁸ Se debe poner énfasis en el hecho de que estas conclusiones se basan en el estudio de los cuatro recintos SAPU estudiados. Por tanto, el equipo evaluador sólo puede sugerir la incidencia de estos factores sobre el cumplimiento de las normas técnicas de la atención en SAPU, sin poder realizar afirmaciones generalizables a la realidad del componente a nivel nacional.

⁵⁵⁹ Si bien la alternativa “otro motivo” comprende más de un 20% de las menciones, el elevado grado de heterogeneidad en el tipo de respuesta al interior de ella, no permite realizar recategorizaciones de interés para efectos de este estudio.

⁵⁶⁰ El número de respuestas equivale a las 4406 observaciones que reportaron haber recibido consejos preventivos durante su atención en SAPU.

Tabla 3.2.61: Motivos por los que no se pone siempre en práctica los consejos preventivos

motivo por el que no los pone en práctica más seguido	Nº de casos⁵⁶¹	porcentaje respecto al número de respuestas
por falta de tiempo	115	10,35%
porque se le olvida	451	40,59%
no lo considera necesario	141	12,69%
ya no recuerda los consejos	69	6,21%
toma otras medidas	62	5,58%
falta de confianza	49	4,41%
otro motivo	224	20,16%
Total	1111	100%

3.2.6.4 Contribución al aumento de resolutiveidad de la Red de Urgencia

Con el fin de analizar la contribución de los establecimientos SAPU en el nivel de resolutiveidad de la Red de Urgencia, se intentó recopilar a través de la encuesta de opinión a beneficiarios, información sobre qué clase de establecimientos constituyen sus sustitutos más próximos de acuerdo a sus usuarios⁵⁶².

Como se aprecia en la tabla N°3.2.62, es posible afirmar que la mayor parte de los beneficiarios, de no haber podido atenderse en SAPU, hubiese optado por la atención pública hospitalaria. En efecto, las alternativas “servicio de urgencia de hospital público” y “hospital del SNSS” reúnen en conjunto al 66% de las preferencias, lo que permite suponer una contribución del Servicio de Atención Primaria de Urgencia en la descongestión de los establecimientos hospitalarios.

También es importante hacer notar que un 23% de la muestra reconoce como primer sustituto de los recintos SAPU la atención en consultorio, por lo que se concluye una posible contribución de éstos en la contención de demanda por atención primaria.

⁵⁶¹ El número total de respuestas equivale a las 1111 observaciones que reportaron no poner siempre en práctica los consejos preventivos entregados en SAPU.

⁵⁶² De no existir los recintos SAPU, serían estos sustitutos lo que debieran captar la totalidad o parte de demanda por atenciones originada en SAPU, de modo que sería correcto suponer que en alguna medida contribuyen a descongestionarlos.

Tabla 3.2.62: Caracterización de las alternativas a la atención en SAPU

si no hubiese sido atendido en un sapu en qué lugar lo habría hecho	Nº de casos	porcentaje
consultorio general (municipal o SNSS)	2178	22,83%
posta rural (municipal o SSNS)	190	1,99%
consultorio de especialidades del SNSS	41	0,43%
servicio de urgencia de hospital público (posta)	3224	33,79%
hospital del SNSS	3091	32,40%
consulta, centro médico, clínica u hospital privado	299	3,13%
domicilio con profesional privado	73	0,77%
establecimiento de las FF.AA. o del orden	7	0,07%
servicio de urgencia de clínica privada	119	1,25%
no se hubiera atendido	82	0,86%
otro lugar	60	0,63%
no sabe	176	1,84%
Total	9540	100%

3.3. Resultados Finales

En el caso del componente Odontológico la evaluación de resultados finales utiliza los datos generados en la encuesta PRAPS. Se analiza si el componente ha mejorado las condiciones de vida de sus beneficiarios a partir de cambios en la percepción de la salud dental, los ingresos laborales de las personas o su situación de empleabilidad. Se emplearon enfoques paramétricos y cuasi-experimentales, en los cuales se contrasta variables de resultado de un grupo de beneficiarios del componente con un grupo de control de características similares y que no ha recibido tratamiento.

En los componentes IRA, ERA y SAPU, se trabaja con datos agregados a nivel geográfico, específicamente servicios de salud y ciudades, examinando en dicho ámbito el efecto de los componentes sobre la mortalidad en un periodo de tiempo que incorpore su año de inicio. Se usa el enfoque modelos de panel.

3.3.1 Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

El Componente Odontológico tiene entre sus objetivos recuperar integralmente la salud bucal de sus beneficiarios. En este sentido a nivel de resultados finales se plantean las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1: Los beneficiarios tienen mejor percepción de su salud bucal

Además, como ya se señaló anteriormente diversos documentos reconocen que la recuperación de la salud bucal mejora la autoestima y por ende favorecen la inserción laboral⁵⁶³. Dadas estas consideraciones y, aunque la inserción laboral no es objetivo específico de este componente, se plantean las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 2: Los beneficiarios trabajan una mayor proporción de horas mensuales
- Hipótesis 3: Los beneficiarios tienen mayores salarios
- Hipótesis 4: Los beneficiarios tienen mayor estabilidad laboral

Como ya se mencionó en la sección relativa a resultados intermedios del componente Odontológico, se realizaron test de medias (ver Tabla 3.2.13.a) y test de Kolmogorov-Smirnov para determinar si existen diferencias en algunas variables independientes y de resultados correspondientes a los grupos de control y tratamiento. Estos tests indican que existen diferencias en las medias y la distribución de probabilidad de algunas variables de la encuesta – si bien ambos grupos son similares en la mayoría de las variables de caracterización recopiladas en la encuesta, y que se requiere controlar tales características para evitar sesgos en la estimación del impacto.

Los cuadros que se presentan a continuación registran, en primer lugar, el coeficiente que indica el efecto marginal de la participación del programa obtenido en cada especificación utilizando estimadores de corte transversal. En segundo orden se resumen las estimaciones por el método de diferencias en diferencias (DID). Las ventajas y limitaciones de cada metodología fueron enunciadas anteriormente.

⁵⁶³ MINSAL, División de Gestión Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003d y 2004a)

En el análisis de cada variable se testaron los resultados siguiendo cuatro especificaciones, las que se presentan en el cuadro 1 de la sección de resultados intermedios.

El análisis de la variable de resultados finales referida a la percepción de la salud dental (Tabla 3.3.1) muestra un nivel de confianza de 99% en todos los modelos y especificaciones utilizadas. Los beneficiarios tienen en promedio una mejor apreciación de su salud, la cual es alrededor de un 30% superior en la población no tratada considerando todas las estimaciones realizadas.

Tabla 3.3.1
Variable Dependiente: Tiene buena salud dental

Especificación	Número de observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	664	0,295	***	0,275	***	0,224	***
II	625	0,257	***	0,290	***	0,225	***
III	614	0,288	***	0,334	***	0,225	***
IV	580	0,262	***	0,344	***	0,225	***

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

- *** Significativo con un nivel de confianza de 1%
- ** Significativo con un nivel de confianza de 5%
- * Significativo con un nivel de confianza de 10%

Respecto a la variable “Proporción de horas mensuales trabajadas” (ver Tabla 3.3.2), las diferentes metodologías dieron resultados poco robustos: el impacto del componente tiene significancia, magnitud y signos variables. De acuerdo al EPP y EPPP con el vecino más próximo, si el componente impacta el tiempo mensual de trabajo lo hace de forma negativa, conclusión que no es válida para la Especificación IV.

Tabla 3.3.2
Variable Dependiente: Proporción de horas mensuales trabajadas

Especificación	Número de observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity store vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	651	-51,595	***	-44,451	**	-1,934	
II	615	-15,264		4,307		0,726	
III	604	-43,063	***	-43,056	**	6,086	
IV	574	-0,140		15,769		6,086	

En la Especificación I del modelo MCO sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

- *** Significativo con un nivel de confianza de 1%
- ** Significativo con un nivel de confianza de 5%
- * Significativo con un nivel de confianza de 10%

La evaluación de la variable “Logaritmo del salario promedio mensual” (ver Tabla 3.3.3) registra coeficientes de impacto del componente poco robustos a distintas

especificaciones y modelos. Esto lleva a concluir que el componente no ha tenido efectos significativos sobre los ingresos de las personas.

Tabla 3.3.3
Variable Dependiente: Logaritmo del salario promedio mensual

Especificación	Número de observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	333	0,151	*	0,178	*	-0,024	
II	322	0,100		0,098		-0,044	
III	319	0,101		0,005		-0,114	
IV	302	0,182	**	-0,013		-0,114	

En la Especificación I del modelo MCO sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

La Especificación IV del modelo MCO incluye como variable explicativa la variable “edad en el año 2002 al cuadrado”.

La Especificación III no incluye la variable “ingreso líquido per capita”

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

La evaluación sobre la variable de resultado final “Tiene trabajo permanente” tuvo coeficientes de impacto de signos contrarios y con distinta significancia de acuerdo al modelo utilizado. De acuerdo al EPP, la proporción de personas con empleo permanente si es que se vio afectada por el componente lo hizo de forma negativa (ver Tabla 3.3.4). Esta conclusión no es significativa una vez que se evalúa el efecto promedio del programa sobre los participantes, y se incorporan controles que podrían estar asociados con la asignación al tratamiento. De similar forma los EPPP arrojan coeficientes de significancia variable.

Tabla 3.3.4
Variable Dependiente: Tiene trabajo permanente

Especificación	Número de observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	664	-0,078	***	-0,074	**	-0,001	
II	625	-0,035	*	-0,015		0,004	
III	614	-0,082	***	-0,074	*	0,019	
IV	580	-0,006		0,002		0,019	

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

El análisis sobre las variables “Tiene trabajo estacional” y “Tiene trabajo ocasional” (ver Tablas 3.3.5 y 3.3.6, respectivamente) dieron como resultados coeficientes de impacto poco significativos y de signos contrarios de acuerdo a la metodología y

especificación utilizada. Por lo tanto, no es posible identificar algún impacto del componente sobre dichas variables.

Tabla 3.3.5
Variable Dependiente: Tiene trabajo estacional

Especificación	Número de observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	664	-0,042	**	-0,036		0,023	
II	625	-0,016		0,003		0,020	
III	614	-0,001		-0,007		0,001	
IV	580	0,003		0,006		0,001	

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Tabla 3.3.6
Variable Dependiente: Tiene trabajo ocasional

Especificación	Número de observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coefficiente	SE	Coefficiente	SE	Coefficiente	SE
I	664	-0,003		0,008		-0,021	
II	625	-0,017		-0,013		-0,021	
III	614	-0,009		-0,017		-0,017	
IV	580	-0,016		-0,026		-0,017	

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Respecto a la variable “Tiene trabajo independiente” (ver Tabla 3.3.7) la mayoría de coeficientes de impacto son poco significativos, por lo que se concluye que el componente no afecta la proporción de personas con empleo independiente.

Del mismo modo, la evaluación sobre la variable “Tiene contrato” (Tabla 3.3.8) entregó resultados poco robustos, por lo cual no se puede rechazar la hipótesis de que el componente no afecte la estabilidad laboral.

Tabla 3.3.7
Variable Dependiente: Tiene trabajo independiente (cuenta propia)

Especificación	Número de observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coeficiente	SE	Coeficiente	SE	Coeficiente	SE
I	664	-0,043	*	-0,037		0,014	
II	625	0,002		-0,018		0,014	
III	614	-0,038		-0,045		0,030	
IV	580	0,010		-0,016		0,030	

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Tabla 3.3.8
Variable Dependiente: Tiene contrato

Especificación	Número de observaciones	EPP		EPPP		EPPP	
		Propensity score vecino más próximo		Propensity score vecino más próximo		Kernel Epanechnikov	
		Coeficiente	SE	Coeficiente	SE	Coeficiente	SE
I	664	-0,045	*	-0,027		0,006	
II	625	-0,027		0,053	**	0,001	
III	614	-0,049	**	-0,005		-0,022	
IV	580	0,012		0,067	***	-0,022	

En la Especificación I del modelo PROBIT sólo se incorpora como variable explicativa si la persona recibió o no tratamiento

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

En general, la evaluación de los resultados finales indica que la única variable sobre la cual habría impactado el componente es la percepción de la salud dental de las personas. No es posible identificar que el componente haya tenido algún efecto sobre la empleabilidad y los ingresos de los beneficiarios. Estas conclusiones se ratifican después de utilizar el método de diferencias en diferencias, tal como indican las siguientes tablas. La tabla 3.3.9 muestra que al pasar de 2002 a 2004, la participación en el programa aumenta la percepción de una buena salud en 35 puntos porcentuales.

Tabla 3.3.9

Variable Dependiente	<i>Tiene Buena salud dental</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	0.354***	0.363***	0.364***	0.361***	0.352***
Error estándar	0.073	0.073	0.073	0.074	0.073
t-estadístico	4.870	4.970	4.980	4.900	4.800
Dtrat	-0.064	-0.073*	-0.076*	-0.066*	-0.065*
Error estándar	0.039	0.040	0.040	0.040	0.039
t-estadístico	-1.640	-1.830	-1.930	-1.650	-1.680
T	0.161***	0.163***	0.167***	0.171***	0.180***
Error estándar	0.046	0.046	0.046	0.046	0.047
t-estadístico	3.470	3.520	3.680	3.740	3.860
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.2076	0.2302	0.2341	0.2366	0.2544

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.3.10

Variable Dependiente	<i>Proporción Horas mensuales trabajadas</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	-17.184	-19.007	-18.322	-18.874	3.013e-07
Error estándar	40.834	40.355	37.532	37.880	2.799e-07
t-estadístico	-0.420	-0.470	-0.490	-0.500	1.080
Dtrat	-28.978	-33.868	-26.423	-21.478	1.731e-07
Error estándar	29.077	28.943	26.748	26.810	1.653e-07
t-estadístico	-1.000	-1.170	-0.990	-0.800	0.100
T	11.188	13.158	16.771	18.437	-1.684e-07
Error estándar	27.404	27.140	24.990	25.298	2.487e-07
t-estadístico	0.410	0.480	0.670	0.730	-0.680
Número de observaciones	1307	1235	1233	1212	1157
R2	0.0068	0.0653	0.1587	0.1655	1

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.3.11

Variable Dependiente	<i>Salario promedio</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	0.098	0.115	0.067	0.080	0.109
Error estándar	0.263	0.259	0.244	0.246	0.155
t-estadístico	0.370	0.440	0.270	0.330	0.700
Dtrat	0.086	0.105	0.135	0.129	0.026
Error estándar	0.141	0.141	0.141	0.147	0.099
t-estadístico	0.610	0.740	0.950	0.880	0.260
T	0.168	0.169	0.215	0.205	0.062
Error estándar	0.153	0.156	0.159	0.159	0.097
t-estadístico	1.100	1.090	1.350	1.290	0.640
Número de observaciones	632	608	606	597	568
R2	0.0179	0.0366	0.0788	0.0846	0.5803

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.3.12

Variable Dependiente	<i>Trabajo permanente</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	-0.008	-0.015	-0.015	-0.016	-0.007
Error estándar	0.069	0.069	0.068	0.068	0.040
t-estadístico	-0.120	-0.220	-0.220	-0.240	-0.160
Dtrat	-0.049	-0.063	-0.057	-0.040	-0.011
Error estándar	0.048	0.048	0.047	0.047	0.029
t-estadístico	-1.020	-1.310	-1.220	-0.850	-0.390
T	0.019	0.021	0.026	0.029	0.014
Error estándar	0.046	0.047	0.046	0.046	0.030
t-estadístico	0.420	0.450	0.580	0.630	0.460
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.0048	0.0487	0.0738	0.0845	0.57

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.3.13

Variable Dependiente	<i>Trabajo estacional</i>				
Variables explicativas	0	I	II	III	IV
dtrat_t	-0.010	-0.005	-0.005	-0.003	0.010
Error estándar	0.049	0.052	0.051	0.052	0.046
t-estadístico	-0.210	-0.090	-0.090	-0.070	0.220
Dtrat	-0.031	-0.039	-0.037	-0.041	-0.021
Error estándar	0.034	0.036	0.036	0.036	0.032
t-estadístico	-0.910	-1.100	-1.040	-1.130	-0.650
T	0.026	0.026	0.028	0.028	-0.015
Error estándar	0.039	0.041	0.041	0.041	0.035
t-estadístico	0.670	0.650	0.690	0.680	-0.440
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.0043	0.0066	0.0185	0.0251	0.2765

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.3.14

Variable Dependiente	<i>Tiene Trabajo ocasional</i>				
Variables explicativas	0	I	II	III	IV
dtrat_t	-0.033	-0.039	-0.039	-0.039	-0.015
Error estándar	0.046	0.048	0.047	0.048	0.039
t-estadístico	-0.730	-0.820	-0.830	-0.810	-0.400
Dtrat	0.037	0.039	0.041	0.041	0.038
Error estándar	0.031	0.033	0.033	0.032	0.026
t-estadístico	1.180	1.190	1.250	1.270	1.450
T	0.036*	0.042*	0.046**	0.046**	0.002
Error estándar	0.022	0.023	0.023	0.023	0.022
t-estadístico	1.650	1.830	1.990	1.990	0.090
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.0031	0.0112	0.0287	0.0294	0.2473

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.3.15

Variable Dependiente	<i>Tiene Trabajo independiente</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	-0.041	-0.044	-0.044	-0.043	-0.029
Error estándar	0.040	0.042	0.042	0.042	0.038
t-estadístico	-1.010	-1.030	-1.050	-1.010	-0.750
Dtrat	-0.006	-0.010	-0.005	0.006	0.029
Error estándar	0.027	0.028	0.027	0.028	0.025
t-estadístico	-0.240	-0.360	-0.190	0.200	1.170
T	0.042	0.044	0.040	0.040	0.012
Error estándar	0.033	0.035	0.034	0.035	0.029
t-estadístico	1.270	1.280	1.160	1.150	0.420
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.0043	0.019	0.0289	0.0421	0.2418

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

Tabla 3.3.16

Variable Dependiente	<i>Trabajo con contrato</i>				
	0	I	II	III	IV
Variables explicativas					
dtrat_t	-0.015	-0.022	-0.022	-0.022	0.002
Error estándar	0.074	0.073	0.068	0.069	0.053
t-estadístico	-0.200	-0.300	-0.320	-0.320	0.040
Dtrat	-0.013	-0.017	-0.012	-0.014	-0.002
Error estándar	0.050	0.049	0.047	0.047	0.035
t-estadístico	-0.260	-0.340	-0.250	-0.310	-0.050
T	0.034	0.038	0.053	0.054	0.008
Error estándar	0.047	0.046	0.044	0.044	0.038
t-estadístico	0.720	0.820	1.220	1.220	0.220
Número de observaciones	1328	1252	1250	1228	1157
R2	0.0017	0.1132	0.2149	0.2147	0.4703

dtrat_t: Corresponde a una variable de interacción entre dtrat y la variable t.

dtrat: variable dummy 0 para grupo control, 1 para grupo de tratamiento

t: variable dummy 0 para pre-programa, 1 para post-programa

* significativa al 10%; ** significativa al 5%; ***significativa al 1%.

3.3.2 Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

El componente IRA tiene entre sus objetivos el de reducir la mortalidad infantil por enfermedades respiratorias agudas; por ello esta sección analiza estadísticamente el impacto que el componente habría tenido sobre ésta. Las hipótesis a ser testeadas estadísticamente son:

- Hipótesis 1: El componente IRA reduce la mortalidad por causas respiratorias en los menores de un año.
- Hipótesis 2: El componente IRA reduce la mortalidad por causas respiratorias en los menores de 15 años.

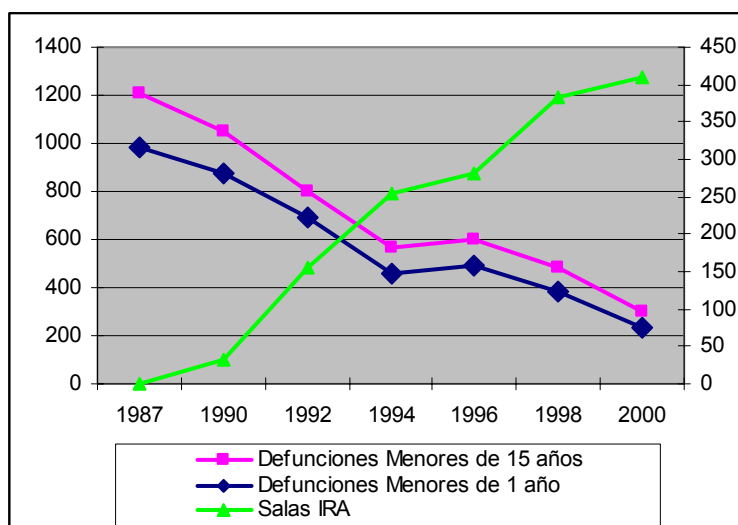
El grupo menores de un año corresponde al grupo etáreo sobre el cual está focalizado el componente. Aunque el IRA tiene como grupo a objetivo los menores de 20 años, para el propósito de evaluación estadística de resultados finales se considera los menores de 15 años, en consideración a los resultados de la encuesta que indican que más del 98% de las atenciones se realizan en este último grupo etáreo.

La mortalidad por causas respiratorias se define como el cociente entre el número de defunciones por causas respiratorias y la población del grupo etáreo correspondiente multiplicado por cien mil⁵⁶⁴.

En el Gráfico 3.3.1 se puede observar la evolución del número de defunciones por enfermedades respiratorias en el período 1987-2000 en los niños menores de un año y en los menores de 15 años. En el período considerado, el número de defunciones de los menores de un año y menores de 15 años se redujo en 77% y 75%, respectivamente. En el mismo período el número de salas IRA creció de 0 a 411, lo cual sugiere que el componente pudiera haber incidido favorablemente en la reducción de la mortalidad por enfermedades respiratorias.

⁵⁶⁴ La población de este grupo etáreo fue proyectada a partir de información sobre la composición etárea de la población comunal extraída de los censos de 1992 y 2002. Se supuso un crecimiento exponencial de la población.

Gráfico 3.3.1: Defunciones por enfermedades respiratorias menores de 1 y 15 años. Total Nacional*



* No se incluyen los Servicios de Salud de Iquique, O'Higgins y Araucanía Norte
Fuente: MINSAL y Elaboración Propia

La evaluación del impacto final del componente IRA fue realizada utilizando modelos de panel. Un modelo de panel es un enfoque estadístico que utiliza información de individuos (o “unidades”)⁵⁶⁵ a lo largo de un determinado período de tiempo. Para la evaluación IRA se designó como individuos o “unidades de análisis” a los Servicios de Salud y se seleccionó el período de tiempo comprendido entre 1987 y 2000.

Para conocer el impacto del componente IRA sobre la mortalidad infantil por enfermedades respiratorias, se estimó el siguiente modelo, en que la variable de resultado Y estaría explicada por la presencia del componente y otras variables explicativas:

$$\ln(Y_{jt}) = \alpha + \beta X_{jt} + \gamma Z_{jt} + u_{jt} \quad (3.3.1)$$

donde X es una variable relativa a la presencia del componente IRA, β es el coeficiente impacto del componente, Z es el vector de variables de control, γ son los coeficientes de las variables de control; u representa los factores no observables, t el año de análisis y j el identificador del servicio de salud. La variable de resultado Y está expresada en forma logarítmica, ya que esto permite interpretar los coeficientes como variaciones porcentuales.

Es importante precisar que el propósito del presente estudio no es modelar la mortalidad por enfermedades respiratorias, sino identificar si el componente IRA ha tenido efectos sobre ella y cuantificar dicho impacto. Uno de los problemas metodológicos a tener en cuenta es que se necesita controlar por el efecto de las variables Z que estén relacionadas con la presencia del componente, puesto que de otro modo se obtiene un

⁵⁶⁵ Se entiende por individuos a personas u otras unidades de análisis que serán objeto de la evaluación, por ejemplo ciudades, estados, países, etc.

estimador de impacto del componente β sesgado⁵⁶⁶. Es decir, se requiere incorporar aquellas variables Z que afectan los resultados de salud y que se correlacionan con la disponibilidad del programa⁵⁶⁷.

Datos y variables

El detalle de cada una de las variables construidas para los modelos de panel del componente IRA se especifica en el Anexo 7.

Como se mencionó anteriormente, las unidades de análisis utilizadas fueron los servicios de salud. Esto principalmente porque aunque se dispone de información comunal no es posible independizar el efecto del componente, ya que se puede asistir a consultorios distintos a las comunas de residencia por un lado. Además, la mortalidad por causas respiratorias a nivel comunal es baja y, por lo tanto, altamente sensible a ligeras variaciones en el número de defunciones.

Para evitar problemas de “contaminación”, los seis servicios de salud de la Región Metropolitana fueron agregados como uno sólo. Es importante mencionar que en Chile existen 28 servicios de salud, pero la presente evaluación de resultados finales sólo incorpora información de 25. Los servicios de salud excluidos son Iquique, O’Higgins y Araucanía Norte, ya que en éstos no se pudo completar la información requerida para construir la variable presencia del componente IRA (X).

Los años considerados en el panel fueron 1987, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998 y 2000. Estos años fueron seleccionados ya que coinciden con los años en que se realizaron las encuestas CASEN actualmente disponibles⁵⁶⁸, las cuales fueron utilizadas para construir las variables de control del modelo. Aunque el componente IRA empezó a funcionar en el año 1990, se incorpora el año 1987 con el propósito de incluir información sobre la situación de la mortalidad por enfermedades respiratorias en ausencia del componente.

Como se señaló, se usaron dos variables de resultado (Y): la mortalidad por enfermedades respiratorias en los menores de un año y la mortalidad por enfermedades respiratorias en los menores de 15 años⁵⁶⁹. En un principio se consideró incorporar la mortalidad en los grupos etáreos de 1 a 3 años, de 4 a 8 y de 9 a 20, pero sus bajas tasas de mortalidad en cada uno de los servicios de salud hicieron desestimar su utilización.

Es necesario precisar que aunque la población objetivo del componente IRA son los beneficiarios FONASA, los modelos utilizados en la presente sección no diferencian las

⁵⁶⁶ La propiedad de insesgadez en la estimación de un parámetro es una propiedad estadística mediante la cual el valor esperado del coeficiente estimado es igual al verdadero coeficiente.

⁵⁶⁷ Este es el denominado enfoque experimental. Ver, Angrist, J and D Krueger: “Empirical strategies in labor economics” en A. Ashenfelter and D Card (eds) Handbook of Labor Economics, vol 3, Elsevier Science, 1999. También, Deaton, A: The Analysis of Household Surveys. A Microeconomic Approach to Development Policy”, cap. 2, John Hopinks, 1997.

⁵⁶⁸ En el año 2003 se realizó una encuesta CASEN, pero al momento de realizar la evaluación ésta no se encontraba disponible así como tampoco la Base de Datos de Defunciones de dicho año.

⁵⁶⁹ En la propuesta metodológica inicial se planteaba la posibilidad de utilizar modelos de panel para analizar el impacto de las salas IRA sobre la asistencia escolar. Estos modelos fueron desestimados por la inexistencia de una base de datos sistematizada en el Ministerio de Educación respecto a asistencia escolar que cubriera un período de tiempo mayor de dos años y porque aunque su construcción era factible, el esfuerzo requerido no se justificaba dado los resultados preliminares que indicaban que la mayoría de beneficiarios el componente IRA eran niños en edad preescolar.

defunciones de los beneficiarios de los sistemas de salud público y privado ya que las bases de datos de defunciones⁵⁷⁰ no realizan dicha desagregación.

La variable X relativa a la presencia del componente se calculó en base al número de salas IRA por cien mil habitantes, el cual se estima como el coeficiente entre el número de salas IRA y la población menor de 15⁵⁷¹ años multiplicado por cien mil. Esta variable está asociada a la oferta de prestaciones del Componente IRA. La construcción de esta variable requirió información respecto al año en que empezó a operar cada una de las salas IRA del país y, a su vez, un gran esfuerzo del equipo evaluador ya que fue necesario consultar a servicios de salud y/o consultorios respecto al origen de cada una de las cientos de salas IRA que operan en el país.

Las variables de control Z testeadas fueron de carácter socioeconómico. Se testearon tres variables de pobreza y dos variables relativas al nivel educacional. Las variables de pobreza fueron construidas a partir de las encuestas CASEN, utilizando la línea de pobreza para Chile definida por el Banco Mundial⁵⁷². Estas variables son Incidencia, Brecha de Pobreza y Severidad de la Pobreza⁵⁷³. Estas variables están entre sí altamente correlacionadas, razón por la cual sólo se incluyó en los modelos de panel de este capítulo el porcentaje de pobres, ya que ésta fue la variable con mayor robustez y significancia estadística⁵⁷⁴.

Las variables educacionales testeadas fueron construidas a partir de las encuestas CASEN y hacen referencia al nivel educacional de la madre. La primera variable denominada educación, es el porcentaje de mujeres mayores de edad que tienen un nivel educacional superior a la educación básica en los hogares con menores. La segunda variable denominada escolaridad es el promedio de años de estudio formal de las mujeres en los hogares de menores. Ambas variables se estiman en los hogares de menores de un año o 15 años, según corresponda a la variable mortalidad evaluada.

Una de las variables testeadas fue “Campaña de Invierno” la cual empezó a operar en el año 1994. Esta campaña tiene varias dimensiones, entre ellas un fuerte componente comunicacional, razón por la cual a partir de 1994 se esperaba que hubiera variado la mortalidad producto de que la población en general estaría mejor informada respecto a las medidas de prevención y acción por enfermedades respiratorias. Asimismo, una de las estrategias de la “Campaña de Invierno” es el programa IRA en SAPU, el cual comprende la instalación de salas IRA en los Servicios de Urgencia de la Atención Primaria, cabe señalar que según responsables del MINSAL, esto no corresponde ni al Componente SAPU ni al Componente IRA⁵⁷⁵. La variable “Campaña de Invierno” es

⁵⁷⁰ Estas bases son construidas por el Servicio de Registro Civil y validadas por MINSAL

⁵⁷¹ Como ya se señaló, según la encuesta aplicada en el marco de la presente evaluación alrededor del 98% de los atendidos en Salas IRA son menores de 15 años.

⁵⁷² En la propuesta metodológica inicial se planteaba la posibilidad de utilizar como variables de control el ingreso promedio de la población. Sin embargo, dado que la encuesta arrojó como uno de sus resultados que la mayoría de beneficiarios del componente IRA están bajo la línea de pobreza, resulta más apropiado utilizar variables asociadas a ella. Un mayor proporción de pobres en un Servicio de Salud indicaría una mayor vulnerabilidad de los habitantes a diferentes causas de mortalidad.

⁵⁷³ Ver Anexo 7.

⁵⁷⁴ El total de regresiones realizadas se presenta en el Anexo 7.

⁵⁷⁵ En la propuesta metodológica inicial elaborada por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile, se planteaba evaluar el impacto conjunto de los componentes IRA y SAPU sobre la mortalidad respiratoria. Sin embargo, dado que la estrategia IRA en SAPU es parte de la Campaña de Invierno y no del componente SAPU, no se consideró esto necesario.

una variable dummy que toma un valor cero para los años 1987, 1990 y 1992 y un valor de uno para los años iguales o posteriores a 1994.

Es necesario señalar que hubiera sido deseable contar con información respecto al gasto en salud (en particular a la eficiencia del gasto) en cada uno de los servicios de salud, variable que hace referencia a las atenciones del conjunto del sistema público de salud así como de la atención primaria. Sin embargo, no se obtuvieron los datos solicitados por el equipo evaluador en la totalidad del periodo 1987 – 2000, razón por la que no se incorporó esta variable al análisis estadístico. No obstante, la información recolectada por el equipo evaluador en el MINSAL tanto a nivel central como en los servicios de salud, indicaría que los criterios de instalación de salas IRA no están correlacionados con los recursos de cada uno de los servicios de salud, razón por la cual su omisión no alteraría la propiedad de insesgidez del coeficiente β del modelo de panel.

Modelos de panel utilizados

Esta sección presenta los resultados de las principales regresiones econométricas realizadas.

Los modelos de panel en general presentan diferentes tipos de especificaciones que se diferencian de acuerdo a la forma como se modela el término de error en la Ecuación 3.3.1. Las principales especificaciones son los modelos de efectos fijos y los modelos de efectos aleatorios. Gujarati (2003) y Wooldridge (2001) sugieren usar modelos de efectos fijos si las “unidades de análisis” no son elegidas aleatoriamente de un conjunto determinado y si su número es pequeño, características que coinciden con los servicios de salud. No obstante estas recomendaciones, se evaluaron ambos tipos de modelos, las tablas 3.3.9 y 3.3.10 presentan los principales resultados de las regresiones realizadas en el análisis de la mortalidad de menores de 1 año y menores de 15 años, respectivamente.

Con el propósito de testear la validez del modelo de efectos fijos versus el modelo de efectos aleatorios se realizó el test de Hausman, cuya hipótesis nula es que el modelo de efectos aleatorios es consistente y más eficiente que el modelo de efectos fijos. Tanto en el análisis de la mortalidad en los menores de 1 año como en los menores 15 años, el test de Hausman dio coeficientes negativos, lo cual hace sospechar la presencia de heterocedasticidad⁵⁷⁶.

Dada la posible existencia de heterocedasticidad, se corrigió tanto el modelo de efectos fijos como el modelo de efectos aleatorios usando la metodología de Mínimos Cuadrados Generalizados Factibles (FGLS por sus siglas en inglés). En el caso del modelo de efectos fijos se incluyó en el modelo corregido variables dicotómicas (0 ó 1) para cada una de las unidades de análisis en orden de capturar diferencias no observables entre estas unidades.

⁵⁷⁶ La heterocedasticidad es el término que se utiliza para designar los modelos en los cuales el término de error no posee varianza constante, lo cual altera la eficiencia de la estimación. El test de Hausman pondera los coeficientes estimados de las disitintas variables por su matriz de varianzas, un coeficiente negativo del test lleva a sospechar sobre la estructura de estas matrices y por lo tanto la presencia de heterocedasticidad

Las estimaciones utilizando esta metodología se presentan en las últimas columnas de las tablas 3.3.17 y 3.3.18. Es interesante notar que tanto los modelos de efectos fijos y efectos aleatorios como los modelos FGLS tienen significancia estadística⁵⁷⁷ alta y coeficientes estimados similares⁵⁷⁸.

A los modelos efectos fijos y efectos aleatorios corregidos por FGLS se les aplicó también el test de Hausman dando coeficientes positivos según lo esperado.

Además, las regresiones resultantes dieron como resultado que la variable educacional asociada con el porcentaje de mujeres con educación superior a la básica es más robusta y significativa que la escolaridad promedio.

Una de las posibilidades evaluadas en el presente estudio fue modelar la mortalidad usando modelos de panel dinámicos, los cuales incorporan como variable de control la variable dependiente rezagada en uno o más periodos. Los modelos de panel dinámicos fueron desestimados ya que no se encontró evidencia estadística de una correlación significativa de las variables rezagadas con el resto de los controles. Además, la mayoría de pacientes del componente IRA no son crónicos, por lo tanto no es esperable un efecto rezagado de la variable dependiente⁵⁷⁹.

Resultados

En la Tabla 3.3.17 se presentan los principales resultados respecto a la evaluación de la mortalidad infantil por enfermedades respiratorias en menores de un año. Es interesante notar que los signos de los coeficientes estimados de las variables asociadas al Componente IRA y la “Campaña de Invierno” son consistentes con los resultados esperados: su presencia tiene un efecto negativo sobre la mortalidad; de modo contrario, la incidencia de la pobreza tiene un efecto positivo.

Debe observarse que la variable educacional asociada a la escolaridad promedio de las mujeres no sólo no es robusta sino que su coeficiente en algunas regresiones tiene signo positivo, contrario a lo esperado. La variable asociada al porcentaje de mujeres con educación superior a la básica es robusta y tiene el signo esperado negativo.

Como ya se señaló anteriormente, debido a la sospecha de heterocedasticidad se utilizó la metodología FGLS. Los coeficientes estimados según esta metodología permitieron concluir que el componente Infecciones Respiratorias Agudas del Niño tiene un impacto negativo y estadísticamente significativo sobre la mortalidad por causas respiratorias tanto en menores de un año como en menores de 15 años.

Según el equipo evaluador, las regresiones que mejores resultados presentan para son las FGLS_F6 de las tablas 3.3.17 y 3.3.18 ya que tienen todos sus coeficientes

⁵⁷⁷ La significancia estadística en los modelos de efectos fijos se ve en los estimadores t y en los modelos de efectos aleatorios y FGLS en sus estimadores z .

⁵⁷⁸ La heterocedasticidad no afecta la insesgadez de los coeficientes sino la eficiencia de las estimaciones.

⁵⁷⁹ No obstante, se hicieron regresiones estadísticas que medían la correlación estadística entre las variables dependientes y las variables dependientes rezagadas un periodo como variables explicativas. Los coeficientes de correlación de estas regresiones fueron menores a 0,6. De manera estándar, se considera que a partir de coeficientes superiores a 0,8 hay que incorporar efectos dinámicos.

estadísticamente significativos y además porque el test de Hausman se rechaza a favor de los modelos de efectos fijos corregidos por heterocedasticidad. Estos resultados se interpretan de la siguiente forma:

La presencia de una sala IRA por cien mil habitantes menores de 15 años reduce la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de un año en alrededor de 5,8%⁵⁸⁰.

La presencia de una sala IRA por cien mil habitantes menores de 15 años reduce la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de 15 años en alrededor de 5,0%⁵⁸¹.

⁵⁸⁰ Con 95% de confianza este intervalo se encuentra entre -6,5% y -5,1%

⁵⁸¹ Con 95% de confianza este intervalo se encuentra entre -5,8% y -4,1%

Tabla 3.3.17: Mortalidad por Enfermedades Respiratorias Menores de un Año

Variable dependiente: Logaritmo neperiano de las defunciones por enfermedades respiratorias en menores de un año por cien mil habitantes

	Efecto Fijo 3	Efecto Fijo 6	Efecto Aleatorio 3	Efecto Aleatorio 6	FGLS_F3	FGLS_F6	FGLS_R3	FGLS_R6
Sala por cien mil	-0.058***	-0.053***	-0.053***	-0.047***	-0.057***	-0.058***	-0.050***	-0.044***
Educación madres menores 1 año		-0.705		-1.297**		-0.57**		-1.726***
Campaña de Invierno	-0.213*	-0.365**	-0.221*	-0.489***	-0.168***	-0.262***	-0.193*	-0.537***
Escolaridad madres menores 1 año	-0.022		0.012		-0.034		0.057*	
Índice FGT								
Poberty gap								
Headcout	1.494**	1.330*	1.525***	1.194*	1.693***	1.18***	1.414***	1.000***
Constante	5.306***	5.490***	4.951***	5.789***	6.205***	6.005***	4.598***	6.077***
id1					-2.511***	-2.099***		
id3					-0.536**	-0.148		
id4					-1.253***	-0.834***		
id5					-0.793***	-0.372		
id6					-0.933***	-0.520*		
id7					-1.107***	-0.692***		
id8					-1.108***	-0.730**		
id16					-1.104***	-0.660**		
id17					-1.105***	-0.688***		
id18					-1.077***	-0.632**		
id19					-0.581**	-0.091		
id20					-0.423*	0.031		
id21					-0.554**	-0.143		
id22					-0.970***	-0.590*		
id23					-1.564***	-1.192***		
id24					-0.253	0.048		
id25						0.249		
id26					-0.922***	-0.578		
id28					-0.514*			
id30					-0.333	-0.144		
Observaciones	140	140	140	140	140	140	140	140
Número de grupos	20	20	20	20	20	20	20	20
R-squared within	0.593	0.575	0.591	0.572				
R-squared between	0.027	0.008	0.018	0.004				
R-squared overall	0.294	0.314	0.304	0.335				
Test Hausman	0,836	-3,27			4,17	39,17		
Prob>chi2 (Hausman)					0,38	0		

Significancia Estadística (SE):

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 1%

Las variables id_ son variables dicotómicas para cada unidad de análisis que toman en valor de 1 y 0

Tabla 3.3.18: Mortalidad por enfermedades respiratorias menores de 15 años

Variable dependiente: Logaritmo neperiano de las defunciones por enfermedades respiratorias en menores de 15 años por cien mil habitantes

	Efecto Fijo 3	Efecto Fijo 6	Efecto Aleatorio 3	Efecto Aleatorio 6	FGLS_F3	FGLS_F6	FGLS_R3	FGLS_R6
Sala por cien mil	-0.045***	-0.046***	-0.041***	-0.041***	-0.048***	-0.050***	-0.034***	-0.037***
Educación madres menores 15 años		-0.482		-1.137**		-0.234**		-1.673***
Campaña de Invierno	-0.132	-0.214	-0.132	-0.339**	-0.121*	-0.140**	-0.134	-0.445***
Escolaridad madres menores 1 5 años	-0.001		0.068		-0.030		0.133***	
Índice FGT								
Poberty gap								
Headcout	1.963***	1.710**	1.907***	1.465***	2.096***	1.818***	2.137***	1.472***
Constante	2.489***	2.813***	1.891***	3.179***	3.574***	3.231***	1.206***	3.414***
id1					-1.979***	-1.648***		
id3					-0.534**	-0.221		
id4					-1.056***	-0.722***		
id5					-0.949***	-0.602***		
id6					-1.091***	-0.770***		
id7					-1.091***	-0.767***		
id8					-1.087***	-0.788***		
id16					-1.124***	-0.759***		
id17					-1.244***	-0.890***		
id18					-1.126***	-0.750***		
id19					-0.638**	-0.260		
id20					-0.530*	-0.159		
id21					-0.540*	-0.190		
id22					-0.922***	-0.615***		
id23					-1.410***	-1.085***		
id24					-0.411*	-0.120		
id25						0.193		
id26					-0.840***	-0.561*		
id28					-0.296			
id30					-0.390*	-0.152		
Observaciones	140	140	140	140	140	140	140	140
Número de grupos	20	20	20	20	20	20	20	20
R-squared within	0,605	0,607	0,599	0,603				
R-squared between	0,002	0,009	0,014	0,042				
R-squared overall	0,358	0,380	0,388	0,405				
Test Hausman	-1,04	-5,5			178,62	17,09		
Prob>chi2 (Hausman)					0	0,002		

Significancia Estadística (SE):

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 1%

Las variables id_ son variables dicotómicas para cada unidad de análisis que toman en valor de 1 y 0

3.3.3 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

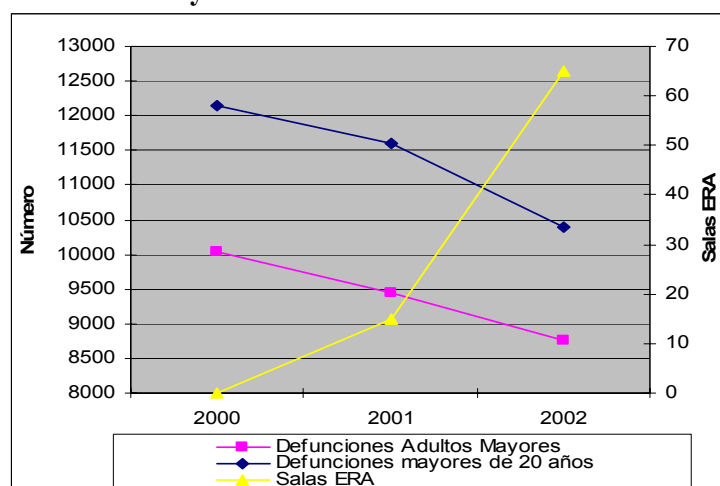
El objetivo general del componente ERA es reducir la mortalidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile. En este sentido la presente sección analiza el impacto de las salas ERA sobre la mortalidad por enfermedades respiratorias sobre los mayores de 65 años, grupo etáreo sobre el cual se focaliza el componente. La hipótesis a ser testeada estadísticamente es:

- Hipótesis: El componente ERA reduce la mortalidad por causas respiratorias en los mayores de 65 años (adultos mayores).

La mortalidad por causas respiratorias en los adultos mayores se define como el cociente entre el número de defunciones por causas respiratorias en mayores de 65 años y la población en este grupo etáreo multiplicado por cien mil.

En el Gráfico 3.3.2 se puede observar la evolución del número de defunciones por enfermedades respiratorias en el período 2000-2002 en los mayores de 65 años y en los mayores de 20 años; los cuales corresponden al grupo etáreo sobre el cual está focalizado el componente y al grupo etáreo que es objetivo del mismo, respectivamente. En el período considerado la mortalidad de los mayores de 65 años y mayores de 20 años se redujo en 12% y 14% respectivamente. Es importante señalar que alrededor del 73% de la reducción de la mortalidad en los mayores de 20 años se debió a la disminución del número de defunciones en los adultos mayores, razón por la cual la presente sección sólo presenta la evaluación del impacto del componente sobre los mayores de 65 años.

Gráfico 3.3.2: Defunciones por Enfermedades Respiratorias en Adultos Mayores y Mayores de 20 años. Total Nacional



Fuente: MINSAL y Elaboración Propia

Datos y variables

La evaluación del impacto final del componente ERA fue realizada utilizando modelos de panel. De igual forma que el componente IRA, el impacto de ERA sobre la variable de resultado Y requiere estimar los parámetros en la ecuación (3.3.1). La descripción y detalle de cada una de las variables construidas para los modelos de panel del componente ERA se especifica en forma detallada en el Anexo 7.

Las unidades de análisis utilizadas fueron los servicios de salud. Dado que un individuo puede asistir a consultorios distintos a las comunas de residencia, los seis Servicios de la Región Metropolitana fueron agregados como uno solo. Los modelos de panel utilizados incorporan información de todos los servicios de salud de Chile.

Una de las principales restricciones al evaluar el impacto de las Salas ERA sobre la mortalidad por enfermedades respiratorias es el pequeño número de años con información disponible. El componente empezó a operar en el año 2001, pero en el momento de la evaluación sólo se encontraban disponibles en el sector salud bases de datos sobre defunciones hasta el año 2002, por lo que no se pudo incorporar al análisis el año 2003. Dadas estas consideraciones, los modelos de panel utilizados comprendieron el período 2000-2002, el año 2000 se incluye para reflejar la mortalidad por enfermedades respiratorias en ausencia del componente.

Aunque la población objetivo del componente ERA está constituida por los beneficiarios FONASA, los modelos utilizados en la presente sección no diferencian las defunciones de los beneficiarios de los sistemas de salud público y privado ya que las bases de datos nacionales sobre mortalidad poseen sólo información agregada.

La variable X relativa a la presencia del componente fue el número de salas ERA obtenida a partir de la información presupuestaria entregada por MINSAL. Es importante considerar que ésta presenta poca variabilidad en el período evaluado. Aunque el componente empezó a operar en el 2001, en su primer año lo hizo sólo en la Región Metropolitana y sólo a partir de 2002 se extendió a otras regiones.

Las variables de control Z testeadas fueron Gasto Público por Habitante, Atenciones Médicas en el Programa Adulto Mayor y Atenciones Médicas en el Programa Adulto Mayor en la Atención Primaria. Dado el periodo de análisis, no se pudo caracterizar socio-económicamente a la población en cada uno de los servicios de salud, ya que no se aplicaron encuestas CASEN en los años 2001 y 2002⁵⁸². Esta omisión de variables socioeconómicas podría estar omitiendo variables relevantes y causando sesgo en los

⁵⁸² Se dispuso de la variable Desocupación estimada a partir de las encuestas que realiza el Instituto Nacional de Estadísticas sobre empleo. Una de las principales restricciones de esta variable es que no permite desagregar la información por servicio de salud, sino sólo por región. Se usó la variable Desocupación regional como una Proxy de la desocupación en cada uno de los servicios de salud. Aunque la variable resultó estadísticamente significativa a la mortalidad respiratoria en los adultos mayores, su signo (negativo) fue contrario a lo esperado. Ver anexo 7.

coeficientes estimados, sin embargo; en el periodo de análisis no se dispone de ninguna variable de caracterización por Servicio de Salud⁵⁸³.

La variable Gasto Público por Habitante se construyó a partir de la información sobre gasto público devengado por servicio de salud. Esta variable hace referencia a las atenciones del sistema público de salud en cada servicio. Esta información fue proporcionada por la Dirección de Presupuestos.

La variable Atenciones Médicas en el Programa Adulto Mayor y Atenciones Médicas en el Programa Adulto Mayor en la Atención Primaria provienen del Ministerio de Salud, la primera hace referencia a las atenciones realizadas tanto en atención primaria como hospitalaria, mientras que la segunda variable sólo incluye las de atención primaria.

Modelos de panel utilizados

Esta sección muestra los resultados de las principales regresiones econométricas realizadas.

Dado que el componente ERA está diseñado principalmente para pacientes crónicos, la mortalidad respiratoria en adultos mayores podría estar correlacionada con la mortalidad del período anterior, lo que implicaría testear un modelo dinámico. Los modelos dinámicos presentan un método de estimación particular, el utilizado en la presente sección corresponde a la metodología Arellano-Bond (ver Benavente, 2003). Sin embargo, las regresiones realizadas no mostraron evidencia de ello. Ver anexo 7.

La Tabla 3.3.19 presenta las principales regresiones realizadas⁵⁸⁴. En las regresiones por efectos fijos 3 y 5, el coeficiente de la variable presencia ERA no es significativo, mientras que en las regresiones por efectos aleatorios 3 y 5 el coeficiente es significativo al 5% y 10%, respectivamente.

Los coeficientes del Test de Hausman indican que no se puede rechazar que el modelo más eficiente y consistente sea el modelo de efectos aleatorios; esto último contradice las características del modelo (número pequeño de observaciones cuya extracción no es aleatoria de un conjunto).

En la Tabla 3.3.19 se corrige la heterocedasticidad usando la metodología de corrección FGLS tanto para el modelo de efectos fijos como aleatorios. Las regresiones que corrigen la heterocedasticidad presentan a la variable Sala ERA por cien mil habitantes estadísticamente significativa al 1%. Del análisis del Test de Hausman los altos

⁵⁸³ En los primeros años de funcionamiento del componente ERA, las salas instaladas se han concentrado en la Región Metropolitana, esto estaría sugiriendo que a nivel nacional los criterios socioeconómicos no estarían correlacionados con la decisión de instalar una Sala ERA.

⁵⁸⁴ El detalle de todas las regresiones realizadas en el Anexo 7.

coeficientes positivos hacen rechazar la hipótesis nula a favor del modelo de efectos fijos corregidos por heterocedasticidad.

En los modelos corregidos por FGLS, el coeficiente estimado en la variable “Salas ERA por cien mil habitantes” difiere significativamente entre éstos, variando entre -0,059 y -0,157, lo cual hace pensar en la existencia de alguna variable omitida en el modelo que podría estar produciendo sesgo en el coeficiente “Salas ERA por cien mil habitantes”.

Teóricamente los coeficientes estimados en los modelos de efectos fijos son una cota inferior del verdadero valor del coeficiente (en valores absolutos), mientras que los modelos de efectos aleatorios son un coeficiente superior. Dadas estas consideraciones resulta conservador presumir que el verdadero valor fluctúa entre -0.059 y -0.157, por ello se seleccionó como mejor regresión la FGLS_F5.

Considerando la regresión FGLS_F5 se puede afirmar lo siguiente:

La presencia de una sala ERA por cien mil habitantes mayores de 20 años reduce la mortalidad por enfermedades respiratorias en adultos mayores en alrededor de 8,3%⁵⁸⁵.

⁵⁸⁵ Con 95% de confianza este intervalo se encuentra entre -11,7% y -4,9%

Tabla 3.3.19: Mortalidad por enfermedades respiratorias mayores de 65 años

Variable dependiente: Logaritmo neperiano de las defunciones por enfermedades respiratorias en mayores de 65 años por cien mil habitantes

	Efecto Fijo 3	Efecto Fijo 5	Efecto Aleatorio 3	Efecto Aleatorio 5	FGLS_F3	FGLS_F5	FGLS_R3	FGLS_R5
Salas ERA por cien mil habitantes	-0.073	-0.045	-0.124**	-0.104*	-0.083***	-0.059***	-0.157***	-0.147***
Gasto Público en salud por habitante	0.000	0.005	-0.001	0.001	0.005	0.001	-0.002*	-0.001
Atenciones Programa Adulto Mayor	-0.176*		-0.077		-0.210***		-0.009	
Atenciones Programa Adulto Mayor Atención Primaria		-0.214***		-0.117**		-0.199***		-0.025
Constante	6.558***	6.608***	6.515***	6.630***	6.170***	6.549***	6.481***	6.517***
id1					-0.070	0.156**		
id2					-0.135	0.237***		
id3					0.309***	0.358***		
id4					0.288***	0.486***		
id5					0.079	0.238***		
id6					-0.118	0.223**		
id7								
id8					-0.305**	-0.069		
id15					0.418***	0.476***		
id16					0.319***	0.415***		
id17					0.191*	0.252***		
id18					0.018	0.251***		
id19					-0.119**	0.048		
id20					0.259***	0.329***		
id21					0.082	0.236***		
id22					0.368***	0.616***		
id23					0.199**	0.481***		
id24					0.208***	0.308***		
id25					-0.171	0.425*		
id26					0.034	0.269*		
id28					0.141*	0.161**		
id29					0.257**	0.413***		
id30					0.166***	0.229***		
Observaciones	69	69	69	69	69	69	69	69
Número de grupos	23	23	23	23	23	23	23	23
R-squared within	0,12	0,23	0,1	0,2				
R-squared between	0,00	0,00	0,06	0,01				
R-squared overall	0,01	0,01	0,07	0,05				
Test Hausman	1,52	3,27			55,25	42,41		
Prob>chi2 (Hausman)	0,47	0,35			0,00	0,00		

Significancia Estadística (SE):

*** Significativo con un nivel de confianza de 1%

** Significativo con un nivel de confianza de 5%

* Significativo con un nivel de confianza de 10%

Las variables id_ son variables dicotómicas para cada unidad de análisis que toman en valor de 1 y 0

3.3.4 Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia - SAPU

De manera similar a los componentes anteriores, la presente sección evalúa el impacto de los SAPU sobre la mortalidad por traumatismos, accidentes y cuerpos extraños, utilizando modelos de panel. Las causas de muerte antes descritas fueron seleccionadas en consideración al tipo de atenciones que se realizan en los servicios de emergencia.

Es importante señalar que a diferencia de los componentes ERA e IRA, no es objetivo de los SAPU reducir la mortalidad de la población, no obstante, sin perjuicio a otras líneas de evaluación del presente estudio, la presente sección analiza si este último tiene algún impacto sobre las defunciones por las causas antes especificadas. En este sentido la hipótesis es:

- El Componente SAPU reduce la mortalidad por efecto de traumatismos accidentes y cuerpos extraños en zonas urbanas.

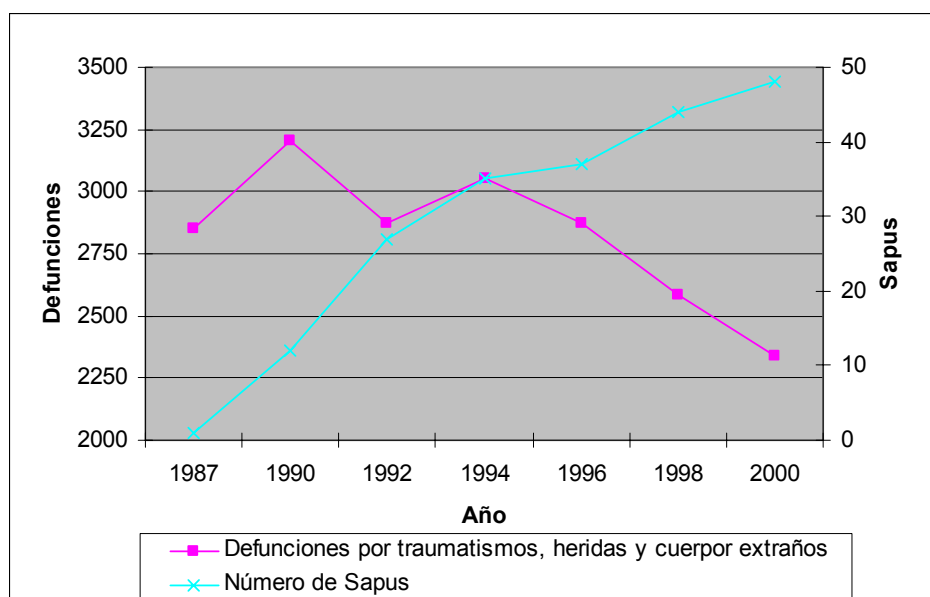
Se define la mortalidad como el cociente entre el número de defunciones por causas de traumatismos, accidentes y cuerpos extraños y la población, multiplicada por cien mil.

En el Gráfico 3.3.3 se puede observar la evolución del número de defunciones por traumatismos, accidentes y cuerpos extraños en el período 1987-2000 en las zonas urbanas del país (ciudades). En este período las muertes por las causas señaladas se redujeron de 2848 a 2337. En el mismo período el número de SAPUs en ciudades se incrementó de 1 a 48⁵⁸⁶. Según se puede observar, no es clara la correlación entre número de SAPUs y defunciones, aunque es posible identificar que a partir de 1996 habría un cambio en la tendencia de la curva de defunciones.

Al igual que en los componentes anteriores es importante precisar que el propósito de los modelos de panel presentados en la presente sección no es modelar la mortalidad, sino identificar si el componente SAPU influye sobre ella y cuantificar dicho impacto.

⁵⁸⁶ Aunque el componente SAPU empezó a operar en 1990, ya en la década de los 80, la comuna de Lo Espejo realizaba atenciones de urgencia en el nivel primario de salud.

Gráfico 3.3.3
Defunciones por traumatismos, accidentes y cuerpos extraños
Zonas Urbanas



Nota: Sólo se incluyen zonas urbanas consideradas en los modelos de panel para el componente SAPU. Fuente: MINSAL

Datos y variables

La Ecuación 3.3.1 es una generalización de los modelos de panel que también se utiliza en la presente sección.

El detalle de cada una de las variables construidas para los modelos de panel del componente SAPU se especifica en el Anexo 7.

Las “unidades de análisis” utilizadas fueron las ciudades, las cuales fueron definidas como las comunas urbanas donde operan los SAPU. No se evaluaron los denominados SAPU rurales. No se consideró como “unidades” los servicios de salud, ya que los SAPU están focalizados en zonas urbanas y comprenden además zonas rurales. En el caso de la ciudad de Santiago se agregó la información de las comunas comprendidas en el Gran Santiago. Las ciudades comuna de Con Cón, Cabrero, San Clemente, Padre las Casas y Longaví que tienen SAPU fueron excluidas por presentar tasas de mortalidad bajas las cuales las hace altamente sensibles a ligeros incrementos en el número de defunciones. Chiguayante y San Pedro también fueron excluidas por ser comunas de creación reciente y por no ser posible la caracterización socioeconómica de su población en todas las encuestas CASEN.

Los años considerados en el panel fueron 1987, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998 y 2000. Estos años fueron seleccionados, ya que coinciden con la realización de las encuestas CASEN actualmente disponibles⁵⁸⁷, las cuales fueron utilizadas para construir las variables de control del modelo. Aunque el programa SAPU empezó a funcionar en el

⁵⁸⁷ En el año 2003 se realizó una encuesta CASEN, pero al momento de realizar esta evaluación esta no se encontraba disponibles así como tampoco la Base de Datos de Defunciones de dicho año.

año 1990, se incorpora el año 1987 con el propósito de incluir información sobre la situación de la mortalidad en ausencia del componente.

El componente SAPU no discrimina a los beneficiarios de los sistemas de salud público y privado, por lo cual resulta apropiado evaluar el impacto en la mortalidad total de la población.

La variable X relativa a la presencia del componente fue el número de SAPU por cien mil habitantes en el tiempo. La construcción de esta variable requirió información respecto al año en que empezó operar cada uno de estos servicios de emergencia. Estos datos requirieron un gran esfuerzo del equipo evaluador, puesto que fue necesario consultar en cada SAPU respecto a su año de inicio de funcionamiento.

Las variables de control Z testeadas fueron de carácter socioeconómico. Se testearon tres indicadores de pobreza (Headcount, Pobreza Gap e Índice FGT) y dos referidos al nivel educacional (Educación y Escolaridad). Los indicadores de pobreza construidos fueron los mismos utilizados en los modelos de panel IRA pero estimados a nivel de las ciudades, usando encuestas CASEN.

Las variables educacionales testeadas fueron también calculadas a partir de las encuestas CASEN. La primera de ellas mide el porcentaje de personas mayores de edad que tienen un nivel educacional superior a la educación básica, mientras que la segunda mide los años de escolaridad promedio alcanzados por la población mayor de dieciocho años. Las variables asociadas a la pobreza resultaron entre sí altamente correlacionadas y además con la primera variable de educación. Es por esto que sólo se muestran los resultados con la variable años promedio de escolaridad.

Dado el quiebre observado en la curva de defunciones del Gráfico 3.3.3 se incluyó la ocurrencia de un cambio estructural en el año 1996 y 1998 sobre la constante, el cual podría estar correlacionado con campañas y programas de prevención de accidentes. Esta dummy para el año 1996 carece de robustez estadística y no sucede lo mismo con la del año 1998, en consecuencia solo se incluyó la variable correspondiente al año 1998.

Al igual que en el componente IRA, hubiera sido deseable contar con información respecto al gasto en salud en cada una de las ciudades o al menos de los servicios de salud donde éstas están insertas. Sin embargo, el equipo evaluador no recibió datos para la totalidad del período 1987 – 2000, razón por la cual no se incorporó esta variable al análisis estadístico.

Modelos de panel utilizados

Esta sección muestra los resultados de las principales regresiones econométricas realizadas.

Las columnas de la Tabla 3.3.20 presentan los coeficientes estimados de las variables analizadas utilizando modelos de efectos fijos, efectos aleatorios y modelos que corrigen estos modelos utilizando la metodología FGLS.

Las últimas cuatro columnas de la tabla 3.3.12 corrigen la posible heterocedasticidad usando la metodología FGLS. Es interesante notar que, en comparación con los modelos de efectos fijos y efectos aleatorios, el modelo FGLS tiene coeficientes más significativos.

En ninguno de los modelos utilizados la variable “proxy” presencia del componente SAPU resultó significativa. Sin embargo, la variable Dummy para el año 1998 resulta ser significativa estadísticamente, lo que nos sugiere la existencia de un quiebre en dicho año.

Resultados

En la Tabla 3.3.20 se presentan los principales resultados respecto a la evaluación de la mortalidad por traumatismos, accidentes y cuerpos extraños. A partir del modelo FGLS, es posible concluir que:

- Los SAPU no impactan la mortalidad.
- Existe evidencia estadística de un quiebre estructural en 1998.
- La educación tiene un impacto negativo sobre la mortalidad.
- A mayor nivel de pobreza, la mortalidad se ve incrementada.

Tabla 3.3.20

Mortalidad por enfermedades respiratorias mayores de 65 años. Estimaciones por Efecto Fijo, Efectos Aleatorios y FGLS

Variable dependiente: Logaritmo neperiano de las defunciones por traumatismo accidentes y cuerpos extraños por cien mil habitantes

	Efecto Fijo 5	Efecto Fijo 6	Efecto Fijo 7	Efecto Aleatorio 5	Efecto Aleatorio 6	Efecto Aleatorio 7	FGLS_F5	FGLS_F6	FGLS_F7	FGLS_R5	FGLS_R6	FGLS_R7
Sapu por cien mil hbts	0.099	0.119*	0.114*	0.073	0.084	0.082	0.088	0.093	0.063	0.031	0.044	0.043
Dummy 1998	-0.249***	-0.243***	-0.247***	-0.237***	-0.234***	-0.238***	-0.090**	-0.091**	-0.093**	-0.207***	-0.212***	-0.217***
Años de escolaridad población mayor de 18 años	-0.043	-0.05	-0.052	-0.048*	-0.052*	-0.054*	-0.114***	-0.132***	-0.136***	-0.059**	-0.061**	-0.066***
Headcount	0.215			0.233			0.879***			0.512***		
Poberty gap		0.701			0.635			1.733***			1.162***	
Índice FGT			1.067			0.972			2.419***			1.891***
Constante	4.004***	4.040***	4.078***	4.055***	4.080***	4.117***	4.499***	4.743***	4.871***	4.110***	4.151***	4.210***
id1							-0.089	-0.086	-0.112			
id2							0.019	0.026	-0.020			
id3							-0.106	-0.097	-0.139			
id4							-0.287***	-0.314***	-0.349***			
id6							-0.317***	-0.306***	-0.318***			
id7							-0.440***	-0.442***	-0.435***			
id8							0.061	0.084	0.044			
id9							0.011	0.019	-0.007			
id10							0.102	0.093	0.057			
id11							0.098	0.106	0.089			
id12							-0.175**	-0.155**	-0.144**			
id13							-0.096	-0.095	-0.127			
id14							0.251***	0.259***	0.236***			
id16							0.053	0.053	0.015			
Observaciones	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105
Nº de grupos	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
R-squared within	0.396	0.402	0.401	0.393	0.4	0.399						
R-squared between	0.07	0.07	0.07	0.093	0.092	0.086						
R-squared overall	0.249	0.249	0.248	0.26	0.262	0.259						

Significancia Estadística (SE):

- *** Significativo con un nivel de confianza de 1%
- ** Significativo con un nivel de confianza de 5%
- Significativo con un nivel de confianza de 10%

Las variables id_ son variables dicotómicas para cada unidad de análisis que toman en valor de 1 y 0

4. Uso de Recursos

Esta sección comprende el análisis de los aportes financieros del nivel central a la ejecución de los componentes del PRAPS, y la estimación de las transferencias realizadas desde los municipios y Servicios de Salud para complementar estos aportes. Asimismo, se estima el gasto realizado en los componentes Odontológico, IRA, ERA y SAPU, el cual a su vez, está desglosado por ítems de gasto.

Cabe señalar que el análisis respecto a la eficiencia de los componentes del PRAPS, estuvo limitado por la insuficiencia de información sobre el número de atenciones realizadas en cada uno de ellos. Aunque se solicitó información a los Servicios de Salud sobre su producción en cada uno de estos componentes, la pobre y mala calidad de ésta limitó su utilización en el análisis de eficiencia⁵⁸⁸.

4.1. Análisis de los antecedentes financieros

El objetivo de esta sección es cuantificar el gasto realizado en los distintos componentes del PRAPS, en orden de estimar las transferencias que realizan los Servicios de Salud y/o municipios en su ejecución.

Un primer aspecto relativo al análisis del uso de recursos del PRAPS, es que se requiere conocer las fuentes de ingreso y el gasto realizado en cada uno de sus componentes. Sin embargo, no existe información del PRAPS sobre gasto efectivo, ni de los aportes realizados por los ejecutores de los componentes en los establecimientos municipales o dependientes de Servicios de Salud, complementarios a las transferencias realizadas desde el nivel central para la ejecución de cada uno de los componentes.

En el presente estudio, el análisis del uso de recursos requirió estimar el gasto de cada uno de los componentes del PRAPS, y adecuándose a las restricciones de información. En el componente Odontológico, el gasto se estimó como el producto entre el número de altas realizadas y el costo asociado a cada una de ellas. En los componentes IRA y ERA, el gasto fue estimado como el producto entre el número de salas y el costo promedio de cada una. En el componente SAPU, se estimó el gasto como el producto entre el número de SAPU y el costo promedio de uno de ellos (tanto SAPU cortos como SAPU largos).

En general se identificaron dos tipos de costo en cada uno de los componentes:

Costo directo: Aquellos ítems de gasto que son fácilmente medibles e identificables con las prestaciones. Los costos directos están constituidos fundamentalmente por recursos humanos, materiales e insumos y costo de uso de equipos e instrumentos y muebles de uso directo en la prestación.

Costo indirecto: Son aquellos que aún cuando se relacionaba con la prestación, no son directamente identificables y medibles respecto de la prestación. En este sentido los costos indirectos se generan en aquellos que no son imputables a los recursos humanos

⁵⁸⁸ Ver Anexo 11.

directos, fármacos, insumos clínicos y/o depreciación de equipo y mobiliario. Se trata de centros de costos no productivos o de apoyo, como los servicios de administración municipal y/o mantenimiento general. En general los costos indirectos se estimaron como un porcentaje de los costos directos.

Esta sección contiene el resumen de resultados de las estimaciones realizadas a nivel nacional. La metodología utilizada para estimar costos promedio por componente y por prestación se expone en el Anexo 8. Es importante señalar que no es posible cuantificar con la información disponible si producto de la experiencia, los prestadores de salud son más eficientes en la provisión de servicios y en el uso de sus recursos⁵⁸⁹.

Para mayor detalle de las estimaciones elaboradas, el Anexo 9 presenta los resultados agregados a nivel de Servicios de Salud.

Se debe precisar que no se estimó el gasto total de los componentes Fondo de Incentivos y Apoyo Diagnóstico. Por una parte, el componente Fondo de Incentivo no está diseñado específicamente para financiar atenciones de salud⁵⁹⁰, sino para promover el cumplimiento de objetivos asociados principalmente a la gestión. Además, estos objetivos cambian año a año, lo que dificulta la estimación de los costos asociados. Todo esto hace difícil obtener una “estructura de costos intrínseca” que pueda ser utilizada para la estimación del gasto anual del componente más allá de la asignación presupuestaria.

Por otra parte, los aportes destinados al componente Apoyo Diagnóstico financian la adquisición de radiografías de tórax fuera del establecimiento. Por lo tanto, se puede deducir que el gasto del componente es equivalente a los aportes realizados desde el nivel central. En este componente no existe evidencia respecto a que los establecimientos realicen compras de exámenes adicionales a los financiados desde el nivel central, ya que es posible que éstos siempre puedan ser realizados de manera gratuita (para la atención primaria) en hospitales de la red pública, aunque con tiempos de espera en promedio mayores.

De acuerdo a lo especificado en los términos de referencia del presente estudio, el análisis del uso de recursos se realizó en el periodo comprendido entre los años 1999 y 2003.

Con el propósito de facilitar la lectura de la presente sección, es necesario precisar algunas definiciones utilizadas:

- **Aporte Fiscal:** son las transferencias que se realizan desde el nivel central a los municipios y Servicios de Salud, específicamente para la ejecución de los componentes del PRAPS.

⁵⁸⁹ No obstante debe notarse que en las entrevistas realizadas a administradores municipales, se detectó que todos los establecimientos municipales negociaban con los laboratorios descuentos por volumen en algunos medicamentos. Esto habría permitido reducir los gastos por compra de medicamentos y reducir el costo de producción de las prestaciones médicas

⁵⁹⁰ De hecho, sólo el 30% de los aportes realizados desde el Nivel Central pueden destinarse a financiar la implementación de las metas anuales.

- **Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas:** son los aportes que realizan los administradores de establecimientos de dependencia de los Servicios de Salud para la ejecución de los componentes del PRAPS y son complementarios al Aporte Fiscal. Las Transferencias de Otras Instituciones Públicas se estiman como la diferencia entre el Gasto Efectivo Estimado y los Ingresos provenientes del Aporte Fiscal y otras fuentes⁵⁹¹, en los establecimientos de dependencia de los servicios.
- **Otras Fuentes Estimadas (aportes de terceros, aportes de beneficiarios):** son los aportes que realizan los administradores de establecimientos municipales para la ejecución de los componentes del PRAPS y son complementarios al Aporte Fiscal. Las transferencias de Otras Fuentes se estiman como la diferencia entre el Gasto Efectivo Estimado y los ingresos provenientes del Aporte Fiscal y otras fuentes⁵⁹² en los establecimientos de dependencia municipal.
- **Gasto Efectivo Estimado:** son las estimaciones realizadas en el presente estudio para calcular el gasto de cada uno de los componentes del PRAPS (la metodología utilizada se detalla en el Anexo 8).

Debe observarse por la forma de construcción de las variables que la suma de Aporte fiscal, Transferencias de Otras Instituciones Públicas y Otras Fuentes Estimadas es equivalente al Gasto Efectivo Estimado.

En la tabla 4.1 se presenta el Aporte Fiscal del PRAPS, así como a cada uno de sus componentes. Se observa que el programa ha crecido en alrededor de 45% entre los años 1999 y 2003. En dicho periodo, el componente que más incrementaron su Aporte fiscal fueron Odontológico, ERA y SAPU en \$1,5, \$1,4 y \$1,3 miles de millones.

Tabla 4.1: Aporte Fiscal del PRAPS por Componente 1999-2003 (M\$2004)

Año	Fondo de Incentivo	Odontológico	Sala IRA	Sala ERA	Apoyo Diagnóstico	SAPU	Total
1999	1.884.598	548.966	2.374.536	0	0	5.935.231	10.743.331
2000	2.261.446	498.375	2.924.419	0	0	6.061.060	11.745.300
2001	2.031.791	665.311	3.198.494	178.645	0	6.325.593	12.399.834
2002	1.230.676	1.061.294	3.160.142	829.358	231.458	6.670.446	13.183.374
2003	1.172.606	2.011.167	3.402.186	1.364.238	368.176	7.214.551	15.532.924
Variación 1999-2003	-38%	266%	43%	664% ⁽¹⁾	59% ⁽²⁾	22%	45%

(1) Variación porcentual entre los años 2001-2003

(2) Variación porcentual entre los años 2002-2003

⁵⁹¹ El único componente donde se perciben otras fuentes de ingresos es el SAPU, donde existen ingresos propios derivados del cobro de prestaciones a pacientes que no son beneficiarios de FONASA.

⁵⁹² Ibid.

Tabla 4.2: Aporte Fiscal del PRAPS 1999-2004 (M \$2004)

Año	Aporte Fiscal (A)	Presupuesto de los Servicios de Salud, total		Presupuesto de los Servicios de Salud, sólo atención primaria	
		Monto (B)	% (A/B)	Monto (C)	% (A/C)
1999	10.743.331	875.754.731 (1)	1,23%	-	
2000	11.745.300	696.235.599 (2)	1,69%	-	
2001	12.399.834	787.321.834 (3)	1,57%	-	
2002	13.183.374	-	-	154.639.147 (4)	8,53%
2003	15.532.924	-	-	178.750.562 (5)	8,69%

(1): Para el año 1999 sólo se tiene información para el total de ingresos transferidos por el Fondo Nacional de Salud a los Servicios de Salud, a través del Sub Título 25. Además, tampoco se cuenta con una desagregación por servicio de salud para este año. Finalmente, es necesario indicar que estos ingresos también contemplan al Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente y al Programa de Contingencias Operacionales. Fuente: Ley de Presupuestos del Sector Público Año 1999, DIPRES.

(2): Para el año 2000 se cuenta con información de los ingresos transferidos por el Fondo Nacional de Salud a cada uno de los Servicios de Salud, a través del Sub Título 6. Por otra parte, existen datos sobre gastos de los Servicios de Salud como transferencias corrientes (Sub Título 25) a los municipios para la Atención Primaria de Salud, Ley 19.378. Sin embargo, estos valores no corresponden al total del gasto que realizan los Servicios de Salud en atención primaria, ya que no contemplan las transferencias a los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud. Fuente: Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2000, DIPRES.

(3): Para el año 2001 también se cuenta con información de los ingresos transferidos por el Fondo Nacional de Salud a cada uno de los Servicios de Salud, a través del Sub Título 6. Por otra parte, existen datos sobre gastos de los Servicios de Salud como transferencias corrientes (Sub Título 25) a los municipios para la Atención Primaria de Salud, Ley 19.378. Sin embargo, estos valores no corresponden al total del gasto que realizan los Servicios de Salud en atención primaria, ya que no contemplan las transferencias a los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud. Fuente: Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2000, DIPRES.

(4): Los valores corresponden a los ingresos que los Servicios de Salud reciben para atención primaria transferidos por el Fondo Nacional de Salud, a través del Sub Título 6. Fuente: Ley de Presupuestos Sector Público Año 2002, DIPRES.

(5): Los valores corresponden a los ingresos que los Servicios de Salud reciben para atención primaria transferidos por el Fondo Nacional de Salud, a través del Sub Título 6. Fuente: Ley de Presupuestos Sector Público Año 2003, DIPRES.

Fuente: DIPRES, MINSAL

En orden de magnitud de la transferencia de recursos, el componente más importante es el SAPU cuya participación del Aporte Fiscal del PRAPS ha fluctuado alrededor del 50% en el periodo 1999-2003. Le siguen en importancia el componente IRA cuya participación del PRAPS ha variado entre el 22% y 26% del Aporte Fiscal del PRAPS en el periodo evaluado. Considerando el año 2003, la participación de los componentes SAPU, IRA, Odontológico, ERA, Fondo de Incentivo y Apoyo Diagnóstico del presupuesto total del PRAPS ha sido de 47%, 22%, 13%, 9%, 8% y 2%, respectivamente.

El propósito de la tabla 4.2 es asociar el Aporte Fiscal a los componentes del PRAPS, a las partidas de gasto contenidas en las Leyes de Presupuestos de los años comprendidos en el periodo 1999-2003. Al respecto, es necesario señalar que sólo para los años 2002 y 2003, las partidas de gasto de la Ley de Presupuestos son específicas a la atención primaria; en los demás años no fue posible encontrar ese nivel de desagregación en las Leyes de Presupuesto. En la tabla 4.15 se puede observar que el Aporte Fiscal del PRAPS (entendido como la suma de los Aportes Fiscales de todos los componentes) como proporción del presupuesto de la atención primaria fue de 8% y 9% en los años 2002 y 2003, respectivamente.

4.1.1. Componente Fondo de Incentivo

A diferencia de los demás componentes del PRAPS, el Fondo de Incentivo ha disminuido su Aporte Fiscal desde \$1,9 a \$1,2 miles de millones, en el periodo 1999-2003 (ver tabla 4.1). Esta reducción es producto del cambio en las metas, ya que inicialmente estaban orientadas a áreas sanitarias, consideradas como costosas. Posteriormente, se ha puesto mayor énfasis en las metas dirigidas hacia el mejoramiento de la gestión⁵⁹³.

**Tabla 4.3: Fuentes de Financiamiento del Componente Fondo de Incentivos
(M \$2004)**

Fuentes de Financiamiento	1999	2000	2001	2002	2003	Variación 1999-2003
Aporte Fiscal	1.884.598	2.261.446	2.031.791	1.230.676	1.172.606	-38%
Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas	-	-	-	-	-	-
Otras Fuentes Estimadas	-	-	-	-	-	-
Total	1.884.598	2.261.446	2.031.791	1.230.676	1.172.606	-

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL

Como se señaló anteriormente, las metas del componente Fondo de Incentivo varían año a año. Además, los aportes de MINSAL sólo están destinados en un 30% a financiar su cumplimiento. Debe señalarse que el presupuesto es asignado sin considerar ni costear las líneas de acción involucradas cada año. Dada esta complejidad, no se estimó el gasto para este componente.

4.1.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

El Aporte Fiscal al componente Odontológico fue en el año 2003 igual a \$2 miles de millones. Durante el periodo comprendido entre 1999 y 2003, éste aumentó alrededor de 3,7 veces, producto principalmente del incremento en el número de altas y prótesis fijadas como metas. En la tabla 4.4, se presentan las fuentes de financiamiento del componente. Según las estimaciones realizadas en el presente estudio, los Servicios de Salud en los años anteriores han logrado financiar con el Aporte Fiscal sus prestaciones⁵⁹⁴, no así los municipios que han tenido que aportar entre el 10% y 18% del total del gasto del componente.

La tabla 4.5 da cuenta del Gasto Efectivo Estimado del componente Odontológico, el cual se incrementó en alrededor de 4 veces entre 1999 y 2003, alcanzado los \$2,5 miles de millones en este último año. Es importante notar que la participación del Aporte

⁵⁹³ Fuente: MINSAL, entrevista informante calificado.

⁵⁹⁴ Los signos negativos en la columna "Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas, indican que para el periodo 1999-2002, el aporte fiscal que recibieron los establecimientos dependientes de Servicios de Salud, excedieron el gasto efectivo generado por las prestaciones del componente odontológico. No existe evidencia de que esto haya sido producto de una mayor eficiencia en el uso de recursos.

Fiscal como porcentaje del Gasto Efectivo Estimado se redujo de 90% a 82% en el periodo considerado, lo cual hace referencia al esfuerzo municipal que se estaría realizando para financiar las prestaciones realizadas por este componente.

**Tabla 4.4: Fuentes de Financiamiento del Componente Odontológico (M \$2004)
poner nota al pie haciendo referencia a la nota la pie 557(7 en el documento actual)**

Fuentes de Financiamiento	1999	2000	2001	2002	2003	Variación 1999-2003
Aporte Fiscal	548.966	498.375	665.311	1.061.294	2.011.167	266%
Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas ⁵⁹⁵	-3.896	-2.516	-2.387	-3.916	340	-109%
Otras Fuentes Estimadas	61.996	114.225	143.940	220.379	443.347	615%
Total	607.066	610.084	806.864	1.277.757	2.454.854	304%

Fuente MINSAL (Aporte Fiscal)

Elaboración propia (Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas y Otras Fuentes Estimadas)

La estimación del gasto en el componente requirió diferenciar entre tipos de gasto, identificándose entre costos directos y costos indirectos. Para mayor detalle, consultar el Anexo 8.

Los costos directos son aquellos ítems de gasto que son fácilmente medibles e identificables con las prestaciones. Los principales ítems identificados son: recursos humanos (RR.HH.), Insumos, Equipamiento, Instrumentos y Muebles.

Los costos indirectos son aquéllos que aún cuando se relacionan con la prestación, no son directamente identificables y medibles respecto de la misma. Por ejemplo: los servicios de administración municipal y los gastos de mantención del establecimiento.

Tabla 4.5: Gasto Efectivo Estimado del Componente Odontológico (M \$2004)

Año	Aporte Fiscal	Gasto Efectivo Estimado	
		Monto	%(2)
1999	548.966	607.065	90%
2000	498.375	610.084	82%
2001	665.311	806.864	82%
2002	1.061.294	1.270.752	84%
2003	2.011.167	2.454.853	82%

Fuente MINSAL (Aporte Fiscal)

Elaboración propia (Gasto Efectivo Estimado)

Nota: (2) Porcentaje que representa el Aporte Fiscal como porcentaje del Gasto Efectivo Estimado

⁵⁹⁵ Ibid

Tabla 4.6: Desglose del Gasto Efectivo Estimado en Personal, Costo Directo e Indirecto (M \$2004) Componente Odontológico

Año	RR. HH.	Insumos	Equipa- miento	Instrum. Muebles	Costo directo	Costo indirecto	Costo Total
1999	341.339	171.063	14.578	6.462	533.443	73.623	607.065
2000	343.348	172.039	14.663	6.500	536.549	73.535	610.084
2001	450.525	225.770	19.242	8.530	704.066	102.798	806.864
2002	699.595	350.699	29.884	13.248	1.093.425	177.327	1.270.752
2003	1.343.931	674.037	57.408	25.454	2.100.829	354.024	2.454.853
Total	3.178.738	1.593.608	135.775	60.194	4.968.312	781.307	5.749.618
Participación del gasto 1999-2003	55%	28%	2%	1%	86%	14%	100%

Fuente: Elaboración propia

Agregar fila con total por ítem de gasto

De acuerdo a las estimaciones realizadas para calcular el gasto del componente Odontológico, durante el periodo 1999-2003 recursos humanos fue el ítem más importante de gasto identificado, representando el 64% de los costos directos, los cuales correspondieron a su vez, al 86% del gasto total. Ver tabla 4.6

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

El componente IRA ha representado en el periodo comprendido entre 1999 y 2003, alrededor del 22% del presupuesto del PRAPS, asignándole en el año 2003 un monto de \$3,4 miles de millones. En el periodo analizado, el Aporte Fiscal creció en un 43%, producto principalmente, del incremento en el número de salas IRA en todo el país. En la tabla 4.7 se presentan las fuentes de financiamiento del componente. Según las estimaciones elaboradas en el presente estudio⁵⁹⁶, las transferencias realizadas por municipios y servicios han sido desde el año 2001, mayores que el Aporte Fiscal por MINSAL. Además, en el periodo considerado, las transferencias han aumentado como proporción del Aporte Fiscal de 93% a 128% debido, principalmente, a que los aportes transferidos a los establecimientos por concepto de recursos humanos, se han mantenido constantes y no se han reajustado.

En este punto y dado que pueden resultar controversiales los resultados obtenidos en los componentes ERA e IRA, conviene aclarar algunos temas que son parte del anexo que presenta en detalle la estimación realizada. En primer lugar, el gasto total se ha calculado suponiendo que todas las salas del país cumplen con la dotación de horas de recursos humanos definida por la entidad responsable (MINSAL). En segundo término, las remuneraciones utilizadas provienen de una base de datos oficial de APS a nivel nacional. En tercer lugar, se imputaron los costos en insumos como proporción del gasto en personal a partir de información de FONASA sobre una prestación promedio por cada especialidad.

⁵⁹⁶ Esta metodología calcula el gasto como el producto entre el número de salas y el costo estimado de cada una de ellas.

En la tabla 4.8 se presenta el Gasto Efectivo Estimado del componente IRA, el cual se incrementó en alrededor de un 69% en el periodo comprendido entre 1999 y 2003 (en este último año fue de \$7,8 miles de millones). En el mismo periodo, el Aporte Fiscal como porcentaje del Gasto Efectivo estimado se redujo de 52% a 44%, por las razones antes señaladas referidas al congelamiento de las transferencias por concepto de recursos humanos.

Tabla 4.7: Fuentes de Financiamiento del Componente IRA (M \$2004)

Fuentes de Financiamiento	1999 ⁽¹⁾	2000	2001	2002	2003	Variación 1999-2003
Aporte Fiscal	2.374.536	2.924.419	3.198.494	3.160.142	3.402.186	43%
Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas	0	1.032.931	1.166.233	1.058.137	1.132.089	10% ⁽²⁾
Otras Fuentes Estimadas		1.890.810	2.170.401	2.531.309	3.234.519	71% ⁽²⁾
Total	2.374.536	5.848.160	6.535.128	6.749.588	7.768.794	227%

Elaboración propia (Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas y Otras Fuentes Estimadas)

(1) No se estimó en el año 1999 las Transferencias de Otras Instituciones Públicas y Otras Fuentes ya que no se tuvo información suficiente para discriminar establecimientos según dependencia municipal o servicios.

(2) Variación porcentual entre los años 2000-2003.

Tabla 4.8: Gasto Efectivo Estimado del Componente IRA (M \$2004)

Año	Aporte Fiscal	Gasto Efectivo Estimado	
		Monto	% ⁽²⁾
1999	2.374.536	4.576.841	52%
2000	2.924.419	5.848.159	50%
2001	3.198.494	6.535.128	49%
2002	3.160.142	6.749.588	47%
2003	3.402.186	7.768.794	44%

Fuente MINSAL (Aporte Fiscal)

Elaboración propia (Gasto Efectivo Estimado)

Nota: (2) Porcentaje que representa el Aporte Fiscal como porcentaje del Gasto Efectivo Estimado

La tabla 4.9 expone el desglose del Gasto Efectivo Estimado en el componente IRA. Durante el periodo 1999-2003, el ítem Recursos Humanos fue el más importante y representó el 67% de los costos directos (recursos humanos, equipos e insumos). Asimismo, de acuerdo a las estimaciones realizadas, los costos directos comprendieron el 85% de los costos totales del componente.

Tabla 4.9: Desglose del Gasto Efectivo Estimado en Personal, Costo Directo e Indirecto (M \$2004) Componente IRA

Año	RR. HH.	Insumos	Equipos	Costo directo	Costo indirecto	Costo Total
1999	2.660.717	967.534	338.637	3.966.888	609.953	4.576.841
2000	3.331.302	1.211.383	423.984	4.966.669	881.490	5.848.159
2001	3.721.532	1.353.284	473.650	5.548.466	986.661	6.535.128
2002	3.843.896	1.397.780	489.223	5.730.900	1.018.688	6.749.588
2003	4.419.014	1.606.914	562.420	6.588.348	1.180.446	7.768.794
Total	17.976.461	6.536.895	2.287.914	26.801.271	4.677.238	31.478.510
Participación del gasto 1999-2003	57%	21%	7%	85%	15%	100%

Fuente: Elaboración propia

4.1.4. Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

El componente ERA opera desde el año 2001. En el periodo comprendido entre los años 2001 y 2003, su Aporte Fiscal creció en 7,6 veces, siendo igual a \$1,4 miles de millones en el último año. Este aumento se debió principalmente, al incremento del número de salas ERA a nivel nacional (Ver tabla 4.10). Dado que aumentó el número de salas, y por consiguiente, el aporte externo en cada una de ellas, las transferencias realizadas por municipios y servicios crecieron en el periodo analizado de \$110 a \$910 millones (según las estimaciones realizadas en el presente estudio).

En la tabla 4.11 se presenta el Gasto Efectivo Estimado del componente ERA, el cual se incrementó en alrededor de 7,8 veces en el periodo comprendido entre el 2001 y el 2003. Además, en el año 2003 la participación del Aporte Fiscal como porcentaje del Gasto Efectivo Estimado fue de 60%.

En la tabla 4.12 se presenta el desglose del Gasto Efectivo Estimado para el componente ERA. De acuerdo a las estimaciones realizadas, durante el 2001 y 2003 el ítem Recursos Humanos fue el más importante y representó el 67% de los costos directos. Asimismo, de acuerdo a las estimaciones realizadas, los costos directos constituyeron el 88% de los costos totales del componente.

Tabla 4.10: Fuentes de Financiamiento del Componente ERA (M \$2004)

Fuentes de Financiamiento	1999	2000	2001	2002	2003	Variación 2001-2003
Aporte Fiscal	0	0	178.645	829.358	1.364.238	664%
Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas			7.363	33.968	70.933	863%
Otras Fuentes Estimadas	0	0	105.721	357.785	839.544	694%
Total	0	0	291.730	1.221.111	2.274.715	680%

Fuente MINSAL (Aporte Fiscal)

Elaboración propia (Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas y Otras Fuentes Estimadas)

Tabla 4.11: Gasto Efectivo Estimado del Componente ERA (M \$2004)

Año	Aporte Fiscal	Gasto Efectivo Estimado	
		Monto	%(2)
2001	178.645	291.729	61%
2002	829.358	1.221.110	68%
2003	1.364.238	2.274.715	60%

Fuente MINSAL (Aporte Fiscal)

Elaboración propia (Gasto Efectivo Estimado)

Nota: (2) Porcentaje que representa el Aporte Fiscal como porcentaje del Gasto Efectivo Estimado

Tabla 4.12: Desglose del Gasto Efectivo Estimado en Personal, Costo Directo e Indirecto (M \$2004) Componente ERA

Año	RR. HH.	Insumos	Equipos	Costo directo	Costo indirecto	Costo Total
2001	173.231	62.993	22.048	258.272	33.457	291.729
2002	729.662	265.332	92.866	1.087.860	133.250	1.221.110
2003	1.339.320	487.026	170.459	1.996.805	277.910	2.274.715
Total	2.242.213	815.351	285.373	3.342.937	444.617	3.787.554
Participación del gasto 1999-2003	59%	22%	8%	88%	12%	100%

Fuente: Elaboración propia

Falta fila con suma total por ítem de gasto

4.1.5. Componente Apoyo Diagnóstico

El componente Apoyo Diagnóstico comenzó a funcionar el año 2001, en forma piloto⁵⁹⁷. Desde el año 2002 al 2003, el Aporte Fiscal por MINSAL creció de \$231 millones a \$368 millones (ver tabla 4.13). Cabe destacar, que esta alza en el presupuesto (correspondiente a un 60%), se debe principalmente, al incremento en la cobertura del componente, ya que el número de comunas con el componente aumentó de 39 a 141.

Es necesario señalar que en este componente no se utilizó ninguna metodología para estimar el gasto, principalmente porque el Aporte Fiscal se destina íntegramente a financiar la compra de radiologías de tórax fuera de los establecimientos de atención primaria y no la realización de las mismas. Por esta razón, se utiliza como supuesto que el gasto es igual al Aporte Fiscal⁵⁹⁸.

Tabla 4.13: Fuentes de Financiamiento del Componente Apoyo Diagnóstico (M \$2004)

Fuentes de Financiamiento	1999	2000	2001	2002	2003	Variación 2002-2003
Aporte Fiscal	0	0	0	231.458	368.176	59%

⁵⁹⁷ Fuente: MINSAL, entrevista informante calificado.⁵⁹⁸ Sin embargo, debe señalarse que existe un costo derivado de la administración del componente, el cual no ha sido calculado, dada la dificultad para encontrar una metodología de estimación.

Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas	0	0	0	0	0	-
Otras Fuentes Estimadas	0	0	0	0	0	-
Total	0	0	0	231.458	368.176	59%

Fuente MINSAL (Aporte Fiscal)

Elaboración propia (Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas y Otras Fuentes Estimadas)

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

De los componentes del PRAPS, el componente más importante en términos presupuestarios es el SAPU. Durante el periodo evaluado, éste ha representado alrededor de la mitad del Aporte Fiscal asignado desde MINSAL al PRAPS, siendo en el año 2003 de \$7,2 miles de millones.

Entre los años 1999 y 2003, el presupuesto del componente SAPU creció en 22%, principalmente por la incorporación de nuevos Servicios de Urgencia de Atención Primaria.

El SAPU es el único componente que tiene otras fuentes de financiamiento producto del co-pago de los pacientes que no pertenecen a FONASA. No obstante, según las estimaciones realizadas, éstas representan a su vez menos del 3% del Gasto Efectivo Estimado.

De acuerdo a las estimaciones realizadas en el presente estudio, el aporte de municipios y Servicios de Salud ha aumentado en los últimos años, representando el 30% y 49% del **Aporte Fiscal** (Se debe medir el aporte del municipio y Servicios de Salud respecto del gasto efectivo total.) para los años 1999 y 2003, respectivamente (Ver tabla 4.14). Es importante señalar que la estimación del Gasto Efectivo se realizó considerando el horario de funcionamiento estándar de un SAPU Corto y un SAPU Largo, los cuales son oficialmente de 123 horas y 67 horas, respectivamente. Sin embargo, a partir de una encuesta realizada a SAPUs en todo el país se detectó que en promedio los SAPU largo funcionan 172 horas y por lo tanto nuestras estimaciones estarían subestimando el gasto efectivo del componente SAPU y los aportes de municipalidades y Servicios de Salud.

La tabla 4.15 muestra el Gasto Efectivo Estimado del componente SAPU para el periodo comprendido entre 1999-2003. Se puede observar que entre el año 1999 y 2003, la participación del Aporte Fiscal como porcentaje del Gasto Efectivo Estimado se redujo de 75% al 65%. Es importante destacar que los SAPU largos representan alrededor del 90% del gasto total estimado del componente en el periodo evaluado.

En la tabla 4.16 se presenta el desglose del gasto para el componente SAPU. Al igual que en los demás componentes, de acuerdo a las estimaciones realizadas el ítem Recursos Humanos representa alrededor del 80% de los costos directos, los que a su vez, corresponden a cerca del 87% del Gasto Efectivo Estimado.

Tabla 4.14: Fuentes de Financiamiento del Componente SAPU (M \$2004)

Fuentes de Financiamiento	1999	2000	2001	2002	2003	Variación 1999-2003
Aporte Fiscal	5.935.231	6.061.060	6.325.593	6.670.446	7.214.551	22%
Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas	96.031	51.809	63.957	104.863	205.727	114%
Otras Fuentes (Ingresos Propios Estimados)	1.878.322	2.231.777	2.855.486	3.089.718	3.598.339	92%
Total	7.909.584	8.344.646	9.245.036	9.865.027	11.018.617	39%

Fuente MINSAL (Aporte Fiscal)

Elaboración propia (Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas y Otras Fuentes Estimadas)

Tabla 4.15: Gasto Efectivo Estimado del Componente SAPU (M \$2004)

Año	Aporte Fiscal	Gasto Efectivo Estimado			
		SAPU CORTO	SAPU LARGO	Total SAPU	%(2)
1999	5.935.231	901.089	7.008.496	7.909.585	75%
2000	6.061.060	536.240	7.808.406	8.344.646	73%
2001	6.325.593	805.668	8.439.367	9.245.035	68%
2002	6.670.446	805.668	9.059.359	9.865.027	68%
2003	7.214.551	1.353.507	9.665.110	11.018.617	65%

Fuente MINSAL (Aporte Fiscal)

Elaboración propia (Gasto Efectivo Estimado)

Nota: (2) Porcentaje que representa el Gasto Efectivo Estimado como porcentaje del Aporte Fiscal

Tabla 4.16: Desglose del Gasto Efectivo Estimado en Personal, Costo Directo e Indirecto (M \$2004). Componente SAPU

Año	RR. HH.	Insumos	Equipos	Costo directo	Costo indirecto	Costo Total
1999	5.456.207	1.211.178	222.702	6.890.087	1.019.498	7.909.585
2000	5.780.899	1.261.088	235.955	7.277.941	1.066.704	8.344.646
2001	6.390.496	1.405.363	260.837	8.056.695	1.188.340	9.245.035
2002	6.824.689	1.498.011	278.559	8.601.258	1.263.769	9.865.027
2003	7.587.515	1.687.996	309.695	9.585.206	1.433.412	11.018.617
Total	32.039.806	7.063.636	1.307.748	40.411.187	5.971.723	46.382.910
Participación del gasto 1999-2003	69%	15%	3%	87%	13%	100%

Fuente: Elaboración propia

4.2. Análisis de Aspectos relacionados con la Economía del PRAPS.

El principal resultado de esta sección se refiere a la significativa movilización de recursos de terceros (aportes municipios) para la ejecución del PRAPS.

Los distintos componentes del PRAPS tienen una limitada capacidad para movilizar recursos por parte de los beneficiarios. Estos componentes están diseñados para los beneficiarios de FONASA, y el co-pago que estos realizan por las prestaciones y

servicios recibidos es cero⁵⁹⁹. En el único componente donde se perciben y es posible identificar un co-pago es el SAPU, producto de la atención a personas no beneficiarias de FONASA. Sin embargo, según las estimaciones realizadas en el presente estudio, éstas representan sólo un 2,6% del Gasto Efectivo Estimado para dicho componente.

Según las estimaciones realizadas en el presente estudio, los aportes de municipios y servicios aumentaron en alrededor de \$4,5 miles de millones, entre 2000 y 2003. Las diferencias entre los aportes de municipios y servicios están explicados porque el PRAPS tiene una mayor presencia en establecimientos municipales y también por los mayores costos de los municipios principalmente por el costo de la mano de obra⁶⁰⁰.

Tabla 4.17: Fuentes de Financiamiento del PRAPS (M \$2004)

Fuentes de Financiamiento	1999*	2000	2001	2002	2003	Variación 199-2003
Aporte Fiscal	10.743.331	11.745.300	12.399.834	13.183.374	15.532.924	45%
Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas	92.135	1.082.224	1.235.166	1.193.052	1.409.089	1429%
Otras Fuentes (Ingresos Propios Estimados)	1.940.318	4.236.812	5.275.548	6.199.191	8.115.749	318%
Total	12.775.784	17.064.336	18.910.548	20.575.617	25.057.761	96%

Fuente MINSAL (Aporte Fiscal).

Elaboración propia (Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas y Otras Fuentes Estimadas).

*En el año 1999 no se consideró las Transferencias de otras instituciones públicas y Otras Fuentes del componente IRA.

En la tabla 4.18 se presenta el Gasto Efectivo Estimado de todos los componentes del PRAPS. En el año 2003 el Gasto Efectivo Estimado fue de \$25 miles de millones, habiéndose incrementado en un 67% desde el año 1999. Cabe destacar que desde 1999, se ha decrecido progresivamente la participación del Aporte Fiscal como porcentaje del Gasto Efectivo Estimado, siendo al inicio del periodo evaluado del orden de 72%, y en el 2003 de 62%. De lo anterior, y dadas las estimaciones realizadas en el presente estudio, se puede concluir que los municipios y Servicios de Salud han incrementado su esfuerzo para financiar los distintos componentes del PRAPS.

En la tabla 4.19 se presenta el desglose del gasto para los componentes en que éste fue estimado: Odontológico, ERA, IRA y SAPU. El ítem Recursos Humanos es el más importante y representa el 73% del costo directo, el que a su vez, corresponde a cerca del 86% del Gasto Efectivo Estimado.

⁵⁹⁹ Aunque es posible que en los componentes ERA e IRA se puedan atender personas beneficiarias de otros sistemas de previsión de salud distintos a FONASA, según los datos proporcionados por la encuesta, esto no sucede.

⁶⁰⁰ Por ejemplo: un médico con una jornada de 22 horas en un establecimiento dependiente de un Servicio de Salud recibe una remuneración promedio de \$388.000 y un médico de un establecimiento municipal en una comuna tipo urbana pobre percibe en promedio \$482.000. Para mayor detalle ver Anexo 8.

Tabla 4.18: Gasto Efectivo Estimado del PRAPS (M \$2004)

Año	Aporte Fiscal	Gasto Efectivo Estimado	
		Monto (1)	%(2)
1999	10.743.331	14.978.089	72%
2000	11.745.300	17.064.335	69%
2001	12.399.834	18.910.547	66%
2002	13.183.374	20.568.610	64%
2003	15.532.924	25.057.761	62%

(1) Se ha supuesto que el gasto de los componentes Apoyo Diagnóstico y Fondo de Incentivo es equivalente a su Aporte Fiscal.

(2) Porcentaje que representa el Aporte Fiscal como porcentaje del Gasto Efectivo Estimado

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 4.19: Desglose del Gasto Efectivo Estimado en Personal, Costo Directo e Indirecto (M \$2004)**Suma Agregada Componentes SAPU, Sala ERA y Sala IRA**

Año	RR. HH.	Insumos	Equipos	Costo directo	Costo indirecto	Costo Total
1999	8.458.263	2.349.775	575.917	11.390.418	1.703.074	13.093.491
2000	9.455.549	2.644.509	674.602	12.781.160	2.021.729	14.802.889
2001	10.735.784	3.047.411	775.776	14.567.500	2.311.256	16.878.756
2002	12.097.842	3.511.821	890.532	16.513.442	2.593.034	19.106.476
2003	14.689.780	4.455.972	1.099.981	20.271.187	3.245.792	23.516.979
Total	55.437.218	16.009.488	4.016.808	75.523.707	11.874.885	87.398.591
Participación promedio del gasto 1999-2003	63%	18%	5%	86%	14%	100%

Fuente: Elaboración Propia

4.3. Análisis de Aspectos relacionados con la Eficiencia

El análisis de eficiencia propuesto en el Informe Metodológico, estuvo limitado en el presente documento a los componentes con información sobre su producción (relativa al número de prestaciones realizadas). Respecto a lo anterior, sólo se contó con antecedentes para los componentes Odontológico y SAPU.

Como ya se señaló, aunque se solicitó información a los Servicios de Salud respecto a la producción de cada uno de los componentes del PRAPS el número limitado de servicios que respondieron y la precaria calidad de la información que fue reportada, impidieron su utilización (Ver Anexo 11).

Para evaluar el rendimiento de la asignación presupuestaria se utilizó una metodología similar a la usada por Rodríguez y Tokman (2000). El indicador de rendimiento del presupuesto de un componente del PRAPS, se construye como la razón del índice agregado de las prestaciones valoradas de cada componente y el índice del nivel de presupuesto. La producción valorada es una variable “proxy” de un promedio ponderado que refleje el esfuerzo combinado que ha sido realizado en la producción de

las mismas prestaciones. Si este promedio ponderado se divide por la asignación presupuestaria realizada, se puede construir un indicador para examinar tendencias.

Además, en los componentes SAPU y Odontológico, a partir de la información producida de algunas evaluaciones internas realizadas por el Ministerio de Salud, se pudo construir indicadores de eficiencia interna que permitieron en un determinado año comparar la productividad de los distintos Servicios de Salud.

Es importante señalar que dado que no existe información sobre el costo efectivo de cada uno de los componentes, no es posible saber si producto de la experiencia los establecimientos de salud son más eficientes en la administración de sus recursos. El análisis de eficiencia de la presente sección está referido a la capacidad del Ministerio de Salud de financiar más prestaciones con el aporte fiscal que destina a los establecimientos de salud.

El análisis de eficiencia requirió el costo unitario de algunas prestaciones, lo cual se detalla en el Anexo 8. La metodología utilizada es similar a la usada por el Sistema Per Cápita. Dada la heterogeneidad de comunas, se utilizó para los establecimientos de administración municipal la tipología del Sistema Per Cápita, la cual distingue cinco tipos de comuna: Urbana Pobre (UP), Urbana No Pobre (UNP), Rural Pobre (RP), Rural No Pobre (RNP) y Costo Fijo (CF). Esta categorización responde principalmente a las diferencias en los costos de las prestaciones de salud y las necesidades de financiamiento de cada municipio. Se define como rural a comunas de menor tamaño poblacional, con mayores gastos en remuneraciones y de operación; mientras que la pobreza se determina en términos de ingresos municipales; en tal sentido se supone que una comuna no pobre tiene mayores recursos para financiar atenciones de salud. Las comunas Costo Fijo son aquéllas con menos de 3.500 beneficiarios FONASA inscritos.

4.3.1. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

En este componente se tuvo información sobre el número de altas integrales y prótesis realizadas entre 1999 y 2003. Con esta información se construyó un índice de producción, el cual pondera las prestaciones identificadas por el monto en que estas son valorizadas⁶⁰¹. Los índices construidos tienen como año base 1999.

En la tabla 4.20 se puede observar que el índice de producción ha crecido en el periodo comprendido entre 1999 y 2003 en 3,9 veces. Esto representa una mayor proporción que el Aporte Fiscal al componente, el cual creció en 3,66 veces. Se estima que ha mejorado la eficiencia de las asignaciones del componente Odontológico, ya que el indicador de eficiencia ha mejorado en 7%. Además, debe señalarse que el crecimiento del componente Odontológico en el periodo 1999-2003⁶⁰², ocurrió principalmente en las comunas tipo rural pobre, rural no pobre y tipo costo fijo, las cuales en promedio tienen costos mayores que las comunas urbanas, por lo cual es particularmente notable el incremento de la eficiencia del componente.

⁶⁰¹ Esta valorización corresponde a la identificada en el Anexo 8. En general, la relación entre el costo de una alta integral y el costo de una prótesis tiene una relación de 39 / 61.

⁶⁰² Entre 1999 y 2003, el 58% del incremento del Aporte Fiscal al componente fue destinado a comunas tipo rural pobre, rural no pobre y costo fijo.

**Tabla 4.20: Indicadores de Eficiencia Aporte Fiscal (1999 = 1.00)
Componente Odontológico**

Año	Índice de Producción (a)	Índice de Aporte Fiscal (b)	Indicador de Eficiencia (a/b)
1999	1.00	1,00	1,00
2000	0.91	0,91	1,00
2001	1.16	1,21	0,96
2002	2.08	1,93	1,08
2003	3.90	3,66	1,07

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos MINSAL

En la Tabla 4.21 se compara el rendimiento de los distintos Servicios de Salud, analizando la relación entre el número de altas realizadas y el Aporte Fiscal al componente (multiplicado por 1000) en el año 2003. Se puede observar que este indicador de eficiencia interna fluctúa entre 10 y 21. Sin embargo, al contrastar estos resultados con el COPD de los pacientes del componente en cada servicio, se observa que existe una relación negativa entre la eficiencia y el COPD, de hecho el coeficiente de correlación entre estas dos variables es de -0,3. Es decir, la menor productividad de los servicios está asociada a una mayor complejidad de los pacientes tratados. Por ejemplo, los beneficiarios del Servicio de Salud Araucanía Norte son los que presentan mayor daño dental pero también menor índice de rendimiento.

**Tabla 4.21: Índices de rendimiento interno 2003
Componente Odontológico**

Servicios de Salud	Altas Integrales / Aporte Fiscal * 1000	COPD
MAULE	12,92	14,0
ARAUCO	13,12	14,0
AYSEN	10,12	14,9
ACONCAGUA	14,93	16,0
MAGALLANES	11,43	16,1
TALCAHUANO	15,06	16,5
IQUIQUE	12,68	16,8
M. SUR ORIENTE	14,07	17,0
M. ORIENTE	13,58	17,0
M. NORTE	13,46	17,6
VALPARAISO	13,3	19,3
VIÑA DEL MAR	11,33	19,4
VALDIVIA	14,11	19,8
M. OCCIDENTE	14,76	20,0
OSORNO	13,17	21,1
M. SUR	14	21,2
CONCEPCIÓN	11,55	23,0
ANTOFAGASTA	11,86	23,0
ARAUCANÍA SUR	11,46	23,2
ARAUCANÍA NORTE	10,06	23,4
ATACAMA	10,28	
COQUIMBO	12,43	
BIO BIO	13,01	
O'HIGGINS	13,73	
LLANCHIPAL	14,07	
ÑUBLE	15,74	
ARICA	21,44	
M. CENTRAL		

Fuente: MINSAL

El componente Odontológico, comprende un conjunto de prestaciones odontológicas a las cuales se ha denominado “Canasta de Prestaciones” (Ver Anexo 8). Según las estimaciones propias realizadas en el presente estudio, dicha canasta tiene un costo⁶⁰³ que varía según la tipología de comuna⁶⁰⁴ entre \$74 y \$104 mil. En la tabla 4.22 se presenta el costo promedio estimado de la “canasta” por tipo de comuna y el costo de la canasta según aranceles FONASA, el cual es de \$98 mil. Puede observarse que el valor FONASA es superior al costo estimado en la mayoría de tipos de comuna a excepción de las comunas tipo Costo Fijo y Rural Pobre.

⁶⁰³ Dicha canasta es totalmente independiente del aporte fiscal. La canasta considera examen de salud bucal, destartraje y pulido de corona, exodoncia permanente, fluoración tópica, obturación de piezas. Principalmente los costos entre diferentes tipos de comuna varía por el costo de la mano de obra.

⁶⁰⁴ Dicha tipología, en el caso de establecimientos municipales, tiene dos dimensiones: ruralidad y pobreza. La pobreza está referida no a la población sino a los ingresos municipales. Las comunas tipo Costo Fijo son comunas con población menor de 3.500 beneficiarios FONASA. El tipo “SERVICIO” está referido a los Establecimientos dependientes de Servicios de Salud.

Tabla 4.22: Costo por Prestación Potencial Estimado. Costo de la Canasta del Componente Odontológico (\$2004)

Tipo de Comuna	Costo Total
Costo Fijo ^{a/}	103.919
Rural Pobre ^{a/}	101.855
Rural No Pobre ^{a/}	95.739
Urbano Pobre ^{a/}	88.275
Urbano No Pobre ^{a/}	92.138
SERVICIO ^{a/}	73.556
FONASA ^{b/}	97.559

Fuente: Elaboración Propia

a/ Costo de la canasta de prestaciones promedio del componente Odontológico en base a estimaciones propias

b/ Estimado en base a los aranceles FONASA 2004, para la canasta de prestaciones del componente Odontológico

4.3.2 Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)

Como se señaló anteriormente, no fue posible analizar la eficiencia del componente IRA usando indicadores de producción, dada la escasa y mala calidad de la información proporcionada por los Servicios de Salud y la ausencia de ésta en el Ministerio de Salud.

Sin embargo, dadas las estimaciones realizadas en el presente estudio relativo al costo de las prestaciones de este componente (ver anexo 8), fue posible comparar el costo de estas con el de prestaciones alternativas en el sector público. Como ya se señaló, uno de los objetivos específicos del componente IRA es aumentar la capacidad resolutoria del nivel primario para la atención de las infecciones respiratorias agudas. Resulta interesante notar que el arancel FONASA para una infección respiratoria aguda (pago asociado al diagnóstico) es de \$260.000, mientras que las prestaciones realizadas en las salas IRA tienen un valor que no supera los \$3.900⁶⁰⁵, lo cual lleva a concluir el gran ahorro de recursos que significa la existencia de Salas IRA para el tratamiento de infecciones respiratorias agudas.

Del mismo modo, los aranceles FONASA para las consultas integrales de especialidades en hospitales tipo 1, 2 y 3 son de \$4.900 y \$3.800, respectivamente, precio mayor al costo estimado de las consultas médicas en Salas IRA en la mayor parte de categorías comunes y prestaciones (Ver tabla 4.23).

La tabla 4.24 presenta al costo promedio de una sala IRA según las estimaciones realizadas en el anexo 8 y que fueron utilizadas en las estimaciones del gasto efectivo estimado del Componente IRA.

⁶⁰⁵ Para estimar el costo de una prestación se utilizó el tiempo de realización de cada prestación y de las remuneraciones brutas por hora para cada tipo de comuna de el producto de éstos se obtuvo, el costo asistencial. Los costos directos e indirectos a cada prestación fueron imputados como proporción de los gastos en recursos humanos, según porcentajes estimados en el anexo 8.

Tabla 4.23: Costo potencial estimado de las prestaciones del Componente Sala IRA versus valores de prestaciones alternativas del sector público (\$2.004)

Prestación	Atención Kinésica	Ingreso médico	Control médico
Costo Estimado^{al}			
Costo Fijo	3.591	3.627	3.747
Rural Pobre	3.375	2.421	2.502
Rural No Pobre	3.528	3.754	3.879
Urbano Pobre	3.212	2.658	2.747
Urbano No Pobre	3.189	2.958	3.056
SERVICIO	3.127	2.406	2.486
Arancel Fonasa 2004			
Infección respiratoria aguda (pago asociado al diagnóstico)	260.340		
Consulta integral de especialidades (Hosp. tipo 1 y 2)	4.930		
Consulta o control médico integral en especialidades (Hosp. tipo 3)	3.810		

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 4.24: Costo Anual Promedio Estimado de una Sala IRA por tipo de Comuna (M\$ 2004)

Tipo de Comuna	RR. HH.	Insumos	Equipos	Costo directo	Costo indirecto	Costo Total
CF	10.545	3.834	1.342	15.721	6.622	22.343
RP	10.073	3.663	1.282	15.018	3.600	18.617
RNP	11.301	4.110	1.438	16.850	4.061	20.910
UP	10.310	3.749	1.312	15.372	1.299	16.671
UNP	10.047	3.653	1.279	14.979	1.928	16.907
SERVICIO	8.382	3.048	1.067	12.496	2.743	15.239

Fuente: Elaboración Propia

4.3.3 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

Al igual que en el componente IRA, en este componente se comparó el costo potencial estimado de sus prestaciones con el arancel Fonasa de otros tratamientos o consultas alternativas en hospitales. Como se puede observar en la tabla 4.25, el tratamiento de una infección respiratoria aguda y el día cama integral geriatría o crónico tienen un arancel de \$260.000 y \$23.000, valores que exceden largamente el costo estimado de las atenciones de las salas ERA⁶⁰⁶. Por ello, se concluye que las salas ERA significan un gran ahorro de recursos del sector salud en el tratamiento de infecciones y enfermedades respiratorias.

⁶⁰⁶ Ibid

Tabla 4.25: Costo potencial estimado de las prestaciones del Componente Sala ERA versus valores de prestaciones alternativas del sector público (\$2.004)

Prestación	Atención Kinésica	Atención Enfermería	Ingreso médico	Control médico
Costo Estimado^{a/}				
Rural No Pobre	2.109	2.694	4.476	3.526
Urbano Pobre	1.913	1.801	3.169	2.497
Urbano No Pobre	1.552	2.353	3.526	2.778
SERVICIO	1.376	1.486	2.760	2.260
Arancel Fonasa 2004^{b/}				
Infección respiratoria aguda (pago asociado al diagnóstico)		260.340		
Consulta integral de especialidades (en Hospitales tipo 1 y 2)		4.930		
Consulta o control médico integral en especialidades (Hosp. tipo 3)		3.810		
Día cama integral geriatría o crónicos		23.930		

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 4.26 presenta al costo promedio de una sala ERA según las estimaciones realizadas en el anexo 8 y que fueron utilizadas en las estimaciones del gasto efectivo estimado del Componente ERA.

Tabla 4.26: Costo Anual Promedio Estimado de una Sala ERA por tipo de Comuna (M\$ 2004)

Porcentajes	RR. HH.	Insumos	Equipos	Costo directo	Costo indirecto	Costo Total
RNP	12.286	4.468	1.564	18.318	4.391	22.708
UP	13.788	5.014	1.755	20.557	4.955	25.512
UNP	11.476	4.173	1.461	17.110	1.446	18.557
SERVICIO	12.323	4.481	1.568	18.373	2.365	20.739

Fuente: Elaboración Propia

Nota: Al 2003 no existían salas ERA en comunas tipo costo fijo y rurales pobres

4.3.4 Componente Apoyo Diagnóstico

El Arancel FONASA de una radiografía simple de tórax para el año 2004 fue de \$5420, el cual es el mismo valor usado para estimar las transferencias a los establecimientos por placa radiológica. La Tabla 4.26, presenta el precio privado de una radiografía simple de tórax realizada en distintos laboratorios⁶⁰⁷. Como se puede observar existe una gran dispersión de precios privados en el mercado, pero ninguno de los laboratorios tiene precios inferiores al arancel FONASA.

En la Tabla 4.27 también se presentan los valores de copago de los beneficiarios FONASA para la realización de una radiografía simple de tórax. Estos valores hacen

⁶⁰⁷ Estos valores fueron obtenidos a partir de una encuesta telefónica.

referencia a los precios que en ausencia del componente Apoyo Diagnóstico, algunas personas hubieran pagado con el propósito de obtener una placa radiográfica en un menor periodo de tiempo. Es interesante observar que salvo un laboratorio, todos los demás encuestados tienen precios mayores al arancel FONASA.

De lo anterior se desprende que los \$5.420 entregados por placa radiográfica por MINSAL a los establecimientos, con el propósito que estos negocien con laboratorios la adquisición de radiografías es un valor eficiente considerando los precios de mercado.

Tabla 4.27: Precios Radiografía Simple de Tórax (\$2004)

Laboratorio	Precio Privado	Copago Fonasa Modalidad Libre Elección
Arauco salud	21.560	6.000
Alcantara	23.000	6.400
Agrupación Medica Medisis	15.000	7.000
Clínica Indisa	17.800	6.200
Clínica Alemana Laboratorio Clínico	25.100	6.200
Clínica Las Condes	40.900	13.900
Cruz del Sur Diagnostico Clínico	6.000	2.900
Promedio	21.337	8.229

Fuente: Elaboración propia

4.3.5 Componente SAPU

En este componente sólo se tuvo información sobre el número de atenciones realizadas entre los años 2001 y 2003. Además, no fue posible diferenciar para este periodo, entre los distintos tipos de prestaciones realizadas (consultas médicas, procedimientos de enfermería, etc.). Por ello, el índice de producción no pondera una canasta de prestaciones por su costo estimado. Los índices construidos tienen como año base el 2001.

En la tabla 4.28 se puede observar que entre 2001 y 2003, tanto el índice de producción como el índice de Aporte Fiscal, han crecido ambos 1,14 veces. En el año 2001 y 2003 el indicador de eficiencia es constante e igual a 1, por lo cual no es posible detectar cambios en la eficiencia del componente.

Tabla 4.28: Indicadores de Eficiencia del Aporte Fiscal (2001=1.00)
Componente SAPU

Año	Índice de Producción (a)	Índice de Aporte Fiscal (b)	Indicador de Eficiencia (a/b)
2001	1.00	1.00	1.00
2002	1.07	1.05	1.02
2003	1.14	1.14	1.00

Fuente: MINSAL
Elaboración propia

En los siguientes tres párrafos falta entregar información del costo promedio por SAPU corto y SAPU largo, información que de acuerdo a lo señalado en página 314 fue utilizada en la estimación de gasto efectivo de este componente.

La Encuesta SAPU realizada en el año 2004 con información de producción del año 2003 permite analizar el rendimiento de SAPUs cortos y SAPUs largos. Como se puede observar en la Tabla 4.28, los SAPU largos tienen una producción anual promedio que es casi el doble de la producción de los SAPU cortos. Sin embargo, resulta interesante observar que el número de horas médico semanales promedio para SAPU largo es de 174 horas, valor que excede largamente las 123 horas médico estipuladas para este tipo de servicio de urgencia, lo cual estaría indicando que los SAPU tienen un horario de atención mayor al correspondiente al diseño original y/o que en determinados momentos hay más de un médico atendiendo.

Si se estima cuál es el número de consultas médico por hora médica se puede observar que el rendimiento de los SAPU cortos es de 7,5 consultas, número superior al de los SAPU largos que es de 5,4 consultas. Debe notarse que el rendimiento por hora es inversamente proporcional al número de horas médicas de atención.

En la tabla 4.29 se puede observar que el número de horas de atención de los SAPU largo es proporcional al tamaño poblacional. Lo cual sugiere que los SAPU son percibidos por los municipios como una estrategia de extensión horaria. En la tabla 4.28 se observa que las horas médicas promedio semanal de los SAPU largos de la Región Metropolitana y del resto del país son de 215 y 140, respectivamente. En general los SAPU largos de la capital funcionan mayor número de horas, no obstante tienen un rendimiento por hora superior al resto del país lo cual sugiere que presentan mayor demanda.

Tabla 4.29: SAPU Corto versus SAPU Largo

SAPU	Número muestra	Población promedio por comuna	Horas médico promedio semanales	Consultas médico promedio anual	Consultas médico / Hora médico
Corto	22	147.552	65	25.303	7,5
Largo	35	174.035	174	48.714	5,4
- Menor 130 horas médico semanales	10	238.876	120	38.073	6,1
- 131-260 horas médico semanales	21	258.553	166	47.779	5,5
- Mayor 261 horas médico semanales	4	265.833	352	80.220	4,4

Fuente: Encuesta SAPU 2004, MINSAL
Elaboración propia

La tabla 4.30 presenta el costo potencial estimado de las consultas médicas realizadas en el SAPU (ver Anexo 8) y los aranceles FONASA de prestaciones alternativas también en el sector público. Puede observarse que el costo potencial⁶⁰⁸ de las consultas

⁶⁰⁸ El costo potencial de una prestación, se basa en estándares de rendimiento de los recursos humanos directos utilizados y supone que no existen “tiempos muertos”.

médicas no excede para ningún tipo de comuna los \$1000, cantidad muy inferior en comparación con el arancel FONASA para consulta médico de atención primaria de \$3.040. Esta información lleva a concluir que los SAPU son una estrategia muy atractiva para solucionar los problemas de exceso de demanda en consultorios de atención primaria.

Tabla 4.30: SAPU Largo en la Región Metropolitana y el resto del país

Región	Número muestra	Población promedio por comuna	Horas médico promedio semanales	Consultas médico promedio anual	Consultas médico / Hora médico
Región Metropolitana	16	214.024	215	63.753	5,7
Resto del País	19	149.043	140	36.049	5,0

Fuente: Encuesta SAPU 2004, MINSAL
Elaboración propia

Sin embargo, es importante señalar que las consultas médicas en SAPU y las consultas médicas en consultorio no son perfectamente comparables, ya que esta última es parte de un sistema más completo que incorpora el concepto de atención integral (seguimiento, prevención, historia clínica, etc.).

Asimismo, en la Tabla 4.31 también puede verse que el costo potencial de las consultas médicas en SAPU son también inferiores a los aranceles FONASA para otras consultas de urgencia en hospitales tipo 1,2 y 3. Es decir, los SAPU son una opción eficiente para atender consultas de urgencia de baja complejidad.

Tabla 4.31: Costo potencial estimado de las prestaciones del Componente SAPU versus valores de prestaciones alternativas del sector público (\$2004)

Prestación	Valor
<u>Costo Estimado consulta médica</u>	
Rural Pobre	746
Rural No Pobre	746
Urbano Pobre	923
Urbano No Pobre	891
SERVICIO	726
<u>Arancel Fonasa 2004</u>	
Consulta o control médico integral en atención primaria	3.040
Consulta médica integral en servicio de urgencia (Hosp. tipo 1)	8.160
Consulta médica integral en servicio de urgencia (Hosp. tipo 2 y 3)	5.340

Fuente: Elaboración propia

La tabla 4.32 presenta al costo promedio de los SAPU Corto y Largo las estimaciones realizadas en el anexo 8 y que fueron utilizadas en las estimaciones del gasto efectivo estimado del Componente ERA.

Tabla 4.32: Costo Anual Promedio Estimado de SAPU Corto y SAPU Largo por tipo de comuna (M\$2004)

SAPU CORTO	RR. HH.	Insumos	Equipos	Costo directo	Costo indirecto	Costo Total
RP	54.827	16.037	2.238	73.102	19.701	92.804
RNP	54.827	16.037	2.238	73.102	19.701	92.804
UP	65.386	19.125	2.669	87.180	8.241	95.421
UNP	57.042	16.685	2.328	76.055	10.949	87.004
SERVICIO	31.572	9.235	1.289	42.095	17.790	59.885

SAPU LARGO	RR. HH.	Insumos	Equipos	Costo directo	Costo indirecto	Costo Total
RP	100.653	21.477	4.108	126.239	36.168	162.407
RNP	100.653	21.477	4.108	126.239	36.168	162.407
UP	120.037	25.613	4.899	150.550	15.129	165.678
UNP	104.719	22.345	4.274	131.338	20.100	151.438
SERVICIO	57.960	12.368	2.366	72.694	32.659	105.353

Fuente: Elaboración Propia

5. Mediciones globales del desempeño

5.1. Relación entre indicadores de beneficio y costo del Programa

En esta sección se presentan algunos indicadores que ilustran la relación entre gasto efectivo y los beneficios atribuibles al PRAPS en resultados intermedios y finales. Esta sección no pretende un análisis exhaustivo “beneficio costo” por las siguientes razones:

- El PRAPS está formado por componentes heterogéneos en sus objetivos y en las unidades de medición de beneficios. Por tanto, no es factible agregarlos ni emitir comparaciones entre los impactos de los componentes.
- Algunas variables de resultado son cualitativas o referidas a percepciones de usuarios que se han modelado calculando el impacto de la participación en el componente sobre la probabilidad de mejoría (como en el caso del componente Odontológico) y no son directamente interpretables en unidades de “beneficio-costo”.

De manera referencial, se seleccionaron indicadores en los componentes en que fue posible aislar el efecto del PRAPS mediante la realización de modelos de panel o de comparaciones entre grupos de tratamiento y control. Es así como los beneficios más destacables en términos de impacto aluden a la reducción de la mortalidad en salas IRA y ERA, así como a la percepción de mejoramiento en salud dental (componente Odontológico). Una sala IRA por cada cien mil habitantes menores de 15 años reduce en 5,8% la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de un año, y la lectura de la tabla 5.1 indica que, como máximo (para el tipo de comuna en que la operación de una sala es más costosa), el gasto por sala para reducir en 1% dicha tasa de mortalidad es de unos 3,9 millones de pesos. A su vez, una sala ERA por cada cien mil habitantes mayores de 20 años reduce en 8,3% la mortalidad por enfermedades respiratorias en adultos mayores, y la lectura de la tabla 5.1 indica que, como máximo (para el tipo de comuna en que la operación de una sala es más costosa), el gasto por sala para reducir en 1% dicha tasa de mortalidad sería de 3 millones de pesos. En el componente Odontológico, el gasto por un punto porcentual de variación en probabilidad de percibir buena o muy buena salud dental oscila, en las estimaciones estadísticamente significativas, entre 3 mil y 4 mil pesos por beneficiario (método de matching) y asciende a 2,5 mil pesos cuando se usa el método de estimación de diferencias en diferencias.

Los principales resultados intermedios contrastados con el gasto por beneficiario se presentan para el componente Odontológico. La recuperación de una pieza cariada (que significa mejorar el índice al reducir el valor “C” en la distribución de dientes del índice COPD) cuesta 17 mil pesos por beneficiario.

Cabe agregar que el componente IRA logra un impacto favorable en la mortalidad (reducción) con una estrategia eficiente comparada con la atención en niveles de mayor complejidad (ver capítulo II, sección 4.3). El resultado es destacable considerando que a inicios de la década de los noventa se apreciaba un estancamiento en la reducción de la mortalidad infantil (Oyarzo, 1994; Zuleta, 1999).

Tabla 5.1. Principales indicadores de costo beneficio del PRAPS

Variable de Resultado	Definición de indicador de costo beneficio	Valor mínimo (M\$ 2004)	Valor máximo (M\$ 2004)
Resultados Finales			
Reducción de mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de un año	Gasto por sala IRA para reducir en 1% la mortalidad infantil por cada cien mil habitantes menores de quince años	2627 ⁶⁰⁹ ***	3852 ⁶¹² ***
Reducción de mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de quince años	Costo por sala IRA para reducir en 1% la mortalidad infantil por cada cien mil habitantes menores de quince años	3048 ⁶¹⁰ ***	4469 ⁶¹³ ***
Reducción de mortalidad por enfermedades respiratorias en mayores de 65 años	Costo por sala ERA para reducir en 1% la mortalidad de adultos mayores por cada cien mil habitantes mayores de 20 años.	2236 ⁶¹¹ ***	3074 ⁶¹⁴ ***
Salud dental (<i>matching</i>)	Gasto por un punto porcentual de variación en probabilidad de percibir buena o muy buena salud dental	2,7 ***	4,1 ***
Salud dental (estimación de diferencias en diferencias)	Gasto por un punto porcentual de variación en probabilidad de mejorar la percepción de buena o muy buena salud dental al pasar del período pre-programa al periodo post-programa	2,5 ***	2,6 ***
Resultados intermedios			
Mejoramiento en índice COPD	Costo por pieza con caries tratada	17	17

(1)Asteriscos indican si la significancia estadística del impacto obtenido fue de 1% (***) o 5% (**).

(2) Los valores mínimo y máximo para el componente IRA corresponden al tipo de sala de menor costo (administrada por Servicio de Salud) y al mayor (comuna tipo Costo Fijo). La sala ERA de menor costo se encuentra en una comuna Urbana No Pobre y la de mayor gasto en una comuna Urbana Pobre. (3) El indicador de impacto (beneficio) usado para los componentes IRA y ERA selecciona, de las diversas estimaciones realizadas, la correspondiente a Mínimos Cuadrados Generalizados Factibles (FGLS). (4) En el componente Odontológico se eligieron valores mínimo y máximo entre las estimaciones de impacto marginal por *matching* (para las especificaciones EPPP por vecino más próximo y kernel, incluyendo todos los controles utilizados) y por diferencias en diferencias (para las dos especificaciones que contienen el mayor número de variables de control). El gasto promedio por beneficiario en las once regiones que cubrió la encuesta fue de \$91.963 de 2004.

⁶⁰⁹ Con 95% de confianza, este intervalo se encuentra entre M\$ 2.344 y M\$ 2.988

⁶¹⁰ Con 95% de confianza, este intervalo se encuentra entre M\$ 2.627 y M\$ 3.717

⁶¹¹ Con 95% de confianza, este intervalo se encuentra entre M\$ 1.586 y M\$ 3.787

⁶¹² Con 95% de confianza, este intervalo se encuentra entre M\$ 3.437 y M\$ 4.381

⁶¹³ Con 95% de confianza, este intervalo se encuentra entre M\$ 3.852 y M\$ 5.450

⁶¹⁴ Con 95% de confianza, este intervalo se encuentra entre M\$ 2.181 y M\$ 5.207

5.2. Discusión de Externalidades positivas y negativas del PRAPS

En la propuesta metodológica se ofreció enunciar los principales efectos indirectos esperados del Programa, principalmente porque la complejidad de su medición trascendía el período y recursos disponibles para el estudio. Por tanto, se trata de una discusión teórica.

De manera transversal, los componentes del PRAPS que entregan prestaciones de salud curativas (IRA, ERA, SAPU, Odontológico) de manera oportuna podrían tener un efecto positivo en el bienestar social en un conjunto de variables que impactan en el crecimiento económico (Banco Mundial, 1993), tales como:

- En niños: reducción del ausentismo escolar y mejores condiciones (potenciales) para el estudio.
- En los adultos: mejor productividad en el trabajo, reducción de días laborables perdidos (al evitarse la atención más compleja)⁶¹⁵.

Es evidente que los componentes que liberan recursos fiscales por la mayor resolutivez de la APS (IRA, ERA, SAPU) permiten la inversión en otras iniciativas de salud o en otros sectores sociales.

Otras externalidades positivas transversales se refieren a la difusión entre familiares y amigos de mejores prácticas de prevención de enfermedades aprendidas por los beneficiarios efectivos (que potencia la capacidad de reducir las enfermedades o atenderlas de manera oportuna y económicamente); y la difusión en la población de una sensación de mayor protección y cobertura de la APS.

En aspectos más específicos de los componentes evaluados, los SAPU, además de los beneficios directos para los pacientes, pueden generar externalidades positivas – siempre que logren impactar en la descongestión de los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) - sobre los pacientes en otros niveles de atención que ven reducido su tiempo de espera, lo que en casos de gravedad puede favorecer que se salven más vidas. Los SAPU presentan un efecto negativo potencial si no dan solución a la situación de los policonsultantes o clientes habituales: el hecho de no entregarles una atención integral que anticipe posibles complicaciones de problemas crónicos, contrarrestaría el efecto anterior y sería a la larga más costoso para las familias, la red hospitalaria y el Estado. A su vez, la atención reiterada a ciertos pacientes podría demorar la atención de otros de mediana gravedad⁶¹⁶.

Los componentes IRA y ERA benefician indirectamente a pacientes de niveles de mayor complejidad (hospitales, centros de especialidad) por la descongestión que genera la atención oportuna en la APS, que repercute en su tiempo de espera y en la respuesta de los prestadores. Por ejemplo, aumentaría la disponibilidad de camas hospitalarias. Por otro lado, pueden tener un efecto demostración sobre la capacidad organizativa del personal de la APS que podría en el futuro aplicarse en el manejo de otras enfermedades agudas y crónicas. Una externalidad negativa se daría si el modelo

⁶¹⁵ Esta hipótesis no se validó con los datos específicos del componente Odontológico. No obstante, debe notarse que la mayoría de encuestados carecía de empleo.

⁶¹⁶ No se cuenta con información cuantitativa para determinar si los efectos positivos son mayores que los negativos.

de atención no se adapta a las necesidades de los enfermos crónicos, lo cual terminaría siendo resuelto a mayor costo en otros niveles de atención y demandando mayores recursos del fisco.

En el componente Odontológico, la recuperación de la salud dental y mejora estética del beneficiario podrían impactar favorablemente en su entorno familiar y social.

6. Justificación de la continuidad

Esta sección se desarrolla en dos niveles. En primer lugar se discute la pertinencia del PRAPS poniendo énfasis solamente en el concepto de reforzamiento. Si bien el análisis realizado ha enfatizado el estudio por separado de los componentes del PRAPS – habida cuenta de su naturaleza diversa y porque no necesariamente están coordinados entre sí bajo una lógica común–, el equipo evaluador considera indispensable una reflexión sobre el conjunto.

A continuación, se revisan cada uno de sus componentes, entendidos como estrategias específicas para el sector salud (independientemente de su inclusión en un programa de reforzamiento), considerando si el problema específico que les dio origen persiste en la actualidad y el desempeño del componente según los resultados obtenidos en esta evaluación.

6.1. La continuidad del reforzamiento

El PRAPS surge, principalmente, para aumentar la resolutivez del nivel primario en áreas críticas por su relevancia sanitaria – donde subyace un déficit de atención – e introducir estrategias innovadoras de tratamiento. El primer elemento – cubrir demanda insatisfecha – es particularmente crucial dados los problemas de acceso identificados al principio de la década pasada (Zuleta, 1999; Celedón y Oyarzo, 1998; Mardones et al. 1998). Posteriormente, cuando se inicia el sistema de financiamiento per capita y se avanza en consolidar la descentralización (desde 1994) y en dotar de crecientes recursos al sistema público de salud (Rodríguez y Tokman, 2000), el equipo evaluador considera que el reforzamiento es más justificable para el segundo propósito: el de probar nuevas tecnologías o realizar atenciones más focalizadas que no están difundidas de manera uniforme en el país como las actividades incluidas en el Plan de Salud Familiar que financia el per capita.

El reforzamiento, entendido como paliativo de la demanda insatisfecha, no tiene por qué ser una estrategia permanente y alternativa a la modalidad de gestión (descentralizada) y financiamiento (per capita) de la APS. El aumento del per capita, sumado a una mejor supervisión de la APS – por ejemplo, a partir del cumplimiento de las garantías previstas en el Plan AUGE –, deberían constituir la principal forma de abordar los déficit de cobertura. Las brechas de atención del sistema público percibidas por la población pueden mantenerse por mucho tiempo, más aún en un contexto de progreso económico, que suele acompañarse de estándares más exigentes y una mayor demanda de atenciones de salud asociada a mayores niveles de educación e ingreso (Beteta, 2003; Folland et al. 2001; Phelps, 1997; Poullier et al., 2002).

Por otro lado, llama la atención que la lógica de asignar vía PRAPS recursos marcados a los prestadores no se acompañe de mecanismos efectivos de verificación – existencia y

gestión de sistemas de información para la toma de decisiones - del logro de los objetivos planteados, ni de un papel más activo de los Servicios de Salud, responsables de la tuición técnica de la APS. Otra pregunta que trasciende el ámbito de esta investigación es si una mejor supervisión de la APS en su conjunto es preferible a multiplicar los costos de transacción en los componentes del PRAPS.

Desde esta perspectiva, la continuidad del concepto de reforzamiento para ser aplicado a estrategias distintas a las financiadas por el per capita es válida para componentes como el ERA, el cual se encuentra probando una tecnología de atención para la población adulta en algunas comunas del país. El componente IRA ilustra el caso de una estrategia de intervención validada, extendida a nivel nacional e internalizada por el sector como parte de la APS, y que puede mantenerse sin ser considerada un “reforzamiento”. El componente SAPU se debe analizar con cuidado porque, por un lado, llevan 15 años funcionando y abordan un tema permanente – la necesidad de una puerta de entrada a urgencia que resuelva la mayor cantidad de casos en el nivel primario – y han dejado de constituir una innovación. No obstante, si con este argumento deja de ser un PRAPS, su incorporación al per cápita no es trivial, considerando que sólo funciona en áreas urbanas, que no existen la misma cantidad de SAPUs por comuna y que en teoría, que están abiertos a atender población que no es beneficiaria del consultorio adyacente, y que es deseable se mantenga una coordinación más fluida con el resto de niveles de atención involucrados en la red de urgencia.

6.2. Continuidad de los componentes como resultado de la evaluación

La necesidad de una cobertura adecuada y más resolutive en la APS sigue vigente. Los componentes más significativos en términos de asignación presupuestaria y gasto (IRA, SAPU) abordan problemas relevantes en la actualidad. La continuidad de la existencia de las salas IRA, ERA y SAPUs está debidamente justificada desde la perspectiva de la vigencia del problema que les dio origen.

En primer lugar, las enfermedades respiratorias representan actualmente, según estadísticas oficiales (DEIS- MINSAL) de 2004, el 59% de la atención de urgencia de la RM en la población menor de 14 años, y los resultados de este estudio confirman que su atención oportuna en consultorios y salas IRA y ERA es una opción costo efectiva. Para las personas mayores de 14 años, este porcentaje asciende a 13%.

Por otro lado, la información oficial y la encuesta realizada en esta investigación revelan que, aunque los beneficiarios del SAPU perciban que su necesidad es urgente, sólo se deriva para su atención inmediata en hospitales menos del 3% de casos - según catastro de los SAPU realizado por MINSAL- y 8% según la percepción de los beneficiarios encuestados. Estudios de la red de urgencia MINSAL indican que al menos el 60% de la demanda que enfrentan los SUH no es pertinente de resolverse en estos recintos por su baja complejidad y requiere reorientarse hacia el nivel primario.

Adicionalmente, el análisis de eficacia realizado para los componentes IRA, ERA y SAPU muestra una evaluación favorable en términos de productos - satisfacción usuaria, percepción de oportunidad de la atención, seguridad y confianza – y resultados intermedios - resolutive de la atención. Con la información disponible, se identificó el impacto de las salas IRA en la reducción de la mortalidad. El análisis de eficiencia preliminar – debido a la insuficiente información existente en los registros oficiales -

indica que se trata de estrategias de menor costo relativas a la atención en niveles de mayor complejidad, y en aspectos de economía, estos componentes han logrado movilizar una proporción significativa de recursos de terceros (municipios) para financiar los gastos efectivos. En aspectos de gestión, eficacia y eficiencia se han identificado áreas en que los componentes son optimizables (ver sección de recomendaciones), sin invalidar su continuidad.

El componente Apoyo Diagnóstico es justificable con los mismos argumentos sobre la relevancia de las enfermedades respiratorias en el perfil epidemiológico y en la estructura de demanda de prestaciones médicas, por lo que es obvia la necesidad de un acceso oportuno a las radiografías de tórax. Es decir, el problema sanitario que aborda el componente es relevante.

No obstante, el problema que da origen al Apoyo Diagnóstico no es sólo sanitario, dado que introduce una estrategia de compra paralela a la existente en la modalidad institucional del sector salud. En este punto, la precariedad de sus sistemas de información impide dar una respuesta concluyente sobre su continuidad. En primer lugar, el análisis de diseño indica que falta un mayor respaldo respecto de la pertinencia del componente como una estrategia de compra específica de radiografías de tórax. Es decir, es deseable financiar un diagnóstico oportuno de enfermedades respiratorias pero se desconocen las ventajas específicas de desarrollar esta iniciativa de manera aislada respecto a la adquisición de procedimientos - exámenes o prestaciones - que requiere la APS y que favorecería el aprovechamiento de economías de escala o de ámbito. Adicionalmente, los documentos e información oficial carecen de un diagnóstico sobre los niveles de utilización de la capacidad instalada de imagenología en hospitales que identifiquen la relevancia de “comprarles” radiografías adicionales a las que ejecutan habitualmente y que ya se encuentran financiadas. Desde esta perspectiva, entonces, no hay argumentos suficientemente robustos para respaldar la continuidad.

Para contestar sobre la continuidad de este componente sobre la base del análisis de resultados intermedios y finales, debe recordarse que el equipo evaluador se vio restringido por la disponibilidad de información. El 70% de los pacientes de las salas IRA y ERA encuestados con necesidad de una radiografía habrían accedido a la toma de ésta antes de 24 horas, tal como lo establecen los lineamientos del componente, pero se desconoce cuántas de estas personas fueron beneficiarios efectivos de la compra de radiografías. Es decir, está abierta la posibilidad de que la mayor parte de los exámenes se hayan realizado en la modalidad “sin programa” y que, por tanto, la presencia del componente no esté reduciendo significativamente los tiempos de espera.

El balance respecto al componente Odontológico es complejo. Si bien la investigación ha encontrado logros significativos en ámbitos de eficacia (satisfacción y percepción de salud dental), no está claro que se requiera priorizar el alta odontológica integral de hombres y mujeres de escasos recursos – con las características de focalización enunciadas en documentos oficiales –. La atención dental es un área deficitaria en la salud de todos los chilenos, por lo que las autoridades del MINSAL debieran discernir si atender a un grupo específico - con los costos de transacción asociados a la existencia de un presupuesto marcado y convenios – es una alternativa preferible a asignar estos mismos recursos a ampliar de manera general la oferta de servicios dentales, o a otro segmento de la población. Es decir, el equipo evaluador considera que la continuidad no está plenamente justificada desde la perspectiva de la vigencia del problema que origina

el componente tal como funciona actualmente, y que sí hay argumentos a favor viendo los resultados de este estudio. Asimismo, si el componente avanza en insertarse en el Programa Chile Solidario, se justificaría como parte de una intervención integral en beneficio de los sectores más pobres, y faltaría contar con información que determine rigurosamente su impacto en las condiciones de vida y situación laboral en este nuevo escenario.

Por otro lado, el impacto que este componente podría haber tenido en la situación laboral de los beneficiarios se diluye cuando se entregan estas prestaciones de manera aislada a otras que formaban parte del Programa de Habilitación Laboral de SERNAM. El estudio con población tratada y grupo de control no halló impacto en la situación laboral de los beneficiarios, lo que podría explicarse porque como programa de salud es insuficiente para generar este tipo de resultado, o porque el perfil de beneficiarios efectivos difiere de las características de focalización planteadas a nivel central.

La continuidad del Fondo de Incentivo bajo su modalidad actual de funcionamiento es cuestionable desde diversas perspectivas. En primer lugar, si bien los expertos y la literatura del sector reconocen problemas de gestión en la APS (Larrañaga, 1997; CLAISS, 2000; Centro de Estudios Salud y Futuro, 2000), se desconoce el diagnóstico concreto sobre el problema de eficiencia que se pretende abordar y sus eventuales causas. Esto también dificulta discernir si las líneas de acción específicas de cada año son en efecto los que más impactan en el logro del propósito de mejorar la gestión, más aún si el componente financia incrementos en algunas metas que ya son parte de otros programas que se realizan independientemente de la existencia del Fondo. El diseño actual falla en respaldar la estructura de áreas de acción heterogéneas y cambiantes como la mejor manera de incentivar el desempeño laboral – dado que el estímulo monetario se orienta a mejorar el entorno del personal -, y en ofrecer claridad sobre su intención y las señales que se entregan al personal, lo cual perjudica el funcionamiento del “incentivo”. Adicionalmente, se carece de indicadores de verificación de la eficacia del componente, por ejemplo, del impacto de la gestión de listas de espera en la toma de decisiones y en la capacidad resolutoria del establecimiento.

7. Conclusiones

La evaluación de los componentes del PRAPS indica que la mayoría de ellos presenta logros significativos desde la perspectiva de sus resultados (producción y satisfacción del consumidor, resultados intermedios e impactos), y a la vez, posibilidades de mejoramiento en aspectos de diseño y gestión.

7.1. *En aspectos de diseño*

7.1.1. **Diseño del Programa y sus componentes**

Este análisis se refiere a dos aspectos centrales. En primer lugar, si está bien identificado el problema que aborda el Programa. En segundo lugar, se revisó la adecuación del diseño en función del problema que se pretende solucionar, evaluando la pertinencia del modelo de causalidad. Esto último, a su vez, se analizó siguiendo la metodología del marco lógico, evaluando las definiciones existentes en el Programa y sus componentes sobre la estructura de objetivos generales, específicos y actividades. La consistencia “vertical”, por tanto, alude a la secuencia que parte del objetivo general de un Programa y llega hasta las actividades específicas, mientras la consistencia en la dimensión horizontal determina si se han diseñado los mecanismos e instrumentos (indicadores, bases de datos) para verificar el logro para cada nivel de objetivos o actividades.

En general, el PRAPS carece de una estrategia y una dirección que coordine a sus componentes, los que han ido surgiendo en distintos momentos del tiempo según la importancia otorgada por las autoridades del sector a los problemas específicos que cada uno de ellos aborda. Los componentes se han desarrollado de manera independiente entre sí, con la excepción de los referidos a enfermedades respiratorias. Esta característica del diseño del PRAPS implicó para esta investigación poner mayor énfasis en el análisis por separado de cada componente que en los aspectos transversales, tanto en los temas de diseño y gestión como en la evaluación de resultados y uso de recursos.

La mayoría de sus componentes están diseñados para dar cuenta de problemas de salud pertinentes, pero con una insuficiente definición y uso de indicadores de seguimiento y evaluación (perspectiva horizontal).

El **Fondo de Incentivo** presenta deficiencias en la identificación del problema y en la construcción de un modelo de causalidad. Se desconoce el diagnóstico concreto sobre el(los) problema(s) de eficiencia que se pretende(n) abordar y sus eventuales causas, y si los componentes específicos de cada año son en efecto los que más impactan en el logro del propósito, más aún cuando se financian incrementos en algunas metas que ya son parte de otros programas que se realizan independientemente de la existencia del Fondo⁶¹⁷. El carácter heterogéneo y cambiante en el tiempo de las líneas de acción reduce la claridad de las señales que se entregan al personal, lo cual perjudica el funcionamiento del “incentivo”. La mezcla de componentes sanitarios y de gestión también dificulta la comprensión de la consistencia entre objetivos, líneas de acción y actividades (dimensión vertical).

⁶¹⁷ La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, JUNAEB, dependiente del Ministerio de Educación implementa un Programa de Salud Bucal orientado a niños entre 6 y 12 años. Un subconjunto de estos niños están siendo priorizados también en la línea de alta odontológica total del Fondo de Incentivo.

El componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos, presenta un diseño adecuado verticalmente, es decir, las actividades de prestación de servicios dentales son pertinentes para el logro del propósito de recuperar la salud bucal de sus beneficiarios. En lo horizontal, cuenta con indicadores y medios de verificación adecuados para las principales estrategias. No obstante, desde que el componente dejó de formar parte del Programa de Habilitación Laboral de SERNAM y por tanto, devino en una intervención que entrega como único servicio a la mayoría de sus beneficiarios un conjunto de prestaciones dentales, se identifica una falencia en la identificación de la pertinencia de la necesidad que se pretende satisfacer. En primer lugar, el problema de salud dental es transversal a la población y se carece de un respaldo sobre la costo efectividad de invertir en el segmento de hombres y mujeres de escasos recursos respecto a otros grupos poblacionales, o en comparación con la ampliación del presupuesto del programa odontológico general en el nivel primario⁶¹⁸.

Adicionalmente, como estrategia de atención dental se pierden las posibilidades teóricas de impactar en la inserción laboral, que sí existían cuando el componente estaba inserto en una estrategia intersectorial. A juicio del equipo evaluador, el desarrollo de una estrategia integral de atención - priorizando beneficiarios del Programa Chile Solidario - que podría deducirse de los criterios de selección de beneficiarios planteados de los documentos oficiales del componente es aún incipiente. Es decir, el objetivo general actual del componente consiste en la recuperación de la salud bucal de los beneficiarios, que incluyen grupos que no necesariamente se encuentran en Chile Solidario y que constituyen la mayoría de beneficiarios efectivos. Esto se confirmó en la investigación cualitativa y en los resultados de la encuesta realizada en el marco de este estudio.

En el **Componente de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA)**, el modelo de causalidad es adecuado para el tratamiento de enfermedades agudas considerando las actividades programadas. Sin embargo, el diseño parece invariante respecto a la orientación de la “tecnología” de atención de las salas. El énfasis está puesto en las enfermedades agudas, y se desconoce si el componente ha realizado alguna readecuación de sus estrategias para que el modelo de atención incorpore los cambios ocurridos en el perfil epidemiológico del país, en particular, la importancia adquirida por las enfermedades crónicas⁶¹⁹. No hay correspondencia entre cada nivel de objetivo y la medición del logro (lógica horizontal), es decir, se realiza un monitoreo diario de indicadores sanitarios en una muestra de establecimientos (centros centinela) pero se carece de un diseño y aplicación de sistemas de información para verificar otros aspectos de calidad, eficacia y eficiencia⁶²⁰.

⁶¹⁸ En este caso, el equipo investigador considera relevante discutir el concepto de costo efectividad de la intervención dental antes de definir el grupo que será beneficiario de las prestaciones. Es decir, las autoridades debieran contar con una justificación rigurosa de que el impacto en el objetivo de salud dental de la población – relativo a sus costos – es significativo para este sector comparado con la entrega de estos mismos servicios a personas de diferentes características demográficas o socioeconómicas. De hecho, la política sectorial privilegia la atención según criterios etáreos, hacia niños de 6 y 12 años, edades que, según documentos oficiales, coinciden con hitos odontológicos avalados por evidencia científica, diagnósticos epidemiológicos, normas odontológicas y la Política de Salud Bucal del Ministerio de Salud (MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria, 2003c).

⁶¹⁹ Los encuestados por este estudio reportaron que el 38% de los beneficiarios de las salas IRA padecerían de alguna enfermedad crónica.

⁶²⁰ El equipo evaluador no tuvo acceso al detalle y la desagregación de la información que es reportada por los centros centinela.

Los mismos comentarios son aplicables al **Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)**. Por el perfil étéreo de sus beneficiarios, existe una mayor incidencia de enfermedades crónicas que en la población beneficiaria del IRA⁶²¹, lo cual hace más pertinente evaluar la adecuación del modelo de atención – el cual replica características del IRA en cuanto a una tecnología que enfatiza el tratamiento de enfermedades agudas- para contribuir a una estrategia integral que anticipe la continuidad del cuidado que dicho grupo de usuarios requiere.

El Componente Apoyo Diagnóstico carece de una justificación de la pertinencia del componente como una estrategia de compra específica de radiografías de tórax. Es relevante el propósito de financiar un diagnóstico oportuno de enfermedades respiratorias, pero falta respaldar las ventajas de desarrollar esta iniciativa de manera aislada respecto a otros procedimientos de exámenes o prestaciones que requiere la APS, cuya adquisición permitiría aprovechar economías de escala o de ámbito⁶²². Una vez definido el objetivo general de financiar la realización de tales radiografías, las actividades y procesos diseñados son consistentes con este objetivo.

El Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), se concibe adecuadamente como puerta de entrada a la red de urgencia. No obstante, su estructura de objetivos y actividades no necesariamente contribuye al desarrollo del modelo de atención integral de la APS, principalmente porque el diseño enfatiza en la atención de choque (atención breve, no integral, sin ficha clínica ni seguimiento del paciente). El diseño debiera adecuarse al perfil de demanda que considera el SAPU como extensión horaria⁶²³ - y que con excepción de esta preferencia horaria tendría el mismo cuadro de necesidades de la población del consultorio -, donde predominan los usuarios frecuentes o “policonsultantes”⁶²⁴. Este problema tiene implicancias potenciales en la calidad de la atención y la costo efectividad del sistema⁶²⁵. En la dimensión horizontal, se observa un esfuerzo insuficiente por construir indicadores y exigir su reporte a las entidades locales y regionales, más allá de las estadísticas de número de atenciones que alimentan el sistema de información del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

7.1.2. Efectos de las Reformulaciones del Programa

En el componente **Fondo de Incentivos** los cambios continuos de las líneas de acción a incentivar impide planificar actividades de más largo plazo. Asimismo, al no existir una

⁶²¹ Los encuestados por este estudio reportaron que el 79% de los beneficiarios de las salas ERA padecerían de alguna enfermedad crónica.

⁶²² Un ejemplo simple consiste en aplicar la lógica de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) o del plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), según la cual es factible construir una “canasta” de tratamiento de enfermedades respiratorias que incluye todos los procedimientos, incluidos los exámenes. Dicha canasta puede ser adquirida a la red pública o a prestadores privados para cumplir con las garantías de acceso que plantea el actual proceso de reforma.

⁶²³ Los SAPU inician su atención a las 17:00 horas, cuando no está en funcionamiento el consultorio. Los principales tipos de SAPU son los “cortos”, que funcionan 67 horas a la semana, y los “largos” (123 horas).

⁶²⁴ Esta característica de la demanda se detalla en el capítulo de eficacia del informe (ver sección 3.1.3).

⁶²⁵ Es decir, aunque los SAPU parezcan una estrategia pertinente para atender la urgencia, esta ventaja se contrarresta si la precariedad del seguimiento del paciente impide anticipar episodios que serán finalmente más costosos para el sistema.

relación directa entre las líneas de acción y el dinero traspasado para su implementación, en ocasiones las líneas aumentan sus exigencias sin un aumento proporcional de recursos. Las continuas reformulaciones del componente generan confusión en los actores relevantes para la ejecución.

El principal cambio que ha experimentado el Componente Odontológico tiene relación con la población objetivo. Inicialmente, se focalizó sólo a mujeres a través del Componente de Atención Odontológica para Mujeres Jefas de Hogar. Luego se incluyó también a hombres de escasos recursos y beneficiarios de Chile Solidario. Esta modificación se considera positiva desde la perspectiva de ampliar la cobertura del componente hacia grupos vulnerables en términos socioeconómicos.

Otra dificultad se refiere a la priorización de los beneficiarios de Chile Solidario. La sugerencia de priorizar a estas personas no hace mención respecto a que dentro de este grupo se deba escoger sólo a jefes de hogar, de escasa escolaridad y que cumplan con el tramo de edad establecido. Es decir, no queda claro si debe prevalecer la pertenencia a Chile Solidario por sobre los demás criterios o viceversa.

La nueva estrategia de focalización establecida desde la reformulación del componente, plantea una acción coordinada entre distintas instancias a nivel municipal - como las oficinas del Programa Puente⁶²⁶, las oficinas de información laboral (OMIL) y las oficinas de la mujer -, lo cual aumenta el número de actividades necesarias y hace complejo este proceso⁶²⁷.

Los componentes IRA y ERA no presentan mayores reformulaciones en función de sus objetivos. Los cambios en el componente SAPU en proceso (formalizados en documentos de 2005) se asocian más a consideraciones teóricas – la motivación de que contribuyan al modelo de atención integral del paciente - que a la operación o ejecución de actividades. No obstante, una nueva concepción de los SAPU como entidades involucradas en la atención integral de las personas debiera acompañarse de ajustes en su funcionamiento que no han sido especificados hasta el momento.

7.1.3. Duplicidad de funciones con otros programas que tienen el mismo grupo de beneficiarios objetivo y coordinación con intervenciones complementarias

Para el componente Fondo de Incentivo, se sabe que a partir de 2002 está vigente la ley 19.813, que contempla incentivos a los funcionarios de atención primaria. Las acciones que se realizan en el marco de esta ley, que corresponden a objetivos sanitarios, presentan, a juicio del equipo evaluador, claras diferencias con el componente, las que se acentúan a medida que la ley se consolida y el Fondo de Incentivo pone énfasis en líneas de acción en áreas de gestión. No obstante, hasta el 2003 persistía en el componente una línea de acción sanitaria (alta odontológica integral en menores de 6 y 12 años), y entre los responsables del componente a nivel local aún existe la percepción de una situación de duplicidad.

⁶²⁶ Estas instancias a nivel municipal son las que por norma general manejan las nóminas de programas de colocación, las listas de beneficiarias de SERNAM, y los registros de familias de Chile Solidario, respectivamente.

⁶²⁷ Nótese que la intervención de estas instancias no basta por sí sola para garantizar la atención integral de los beneficiarios, la cual sólo se da para el segmento que participa en Chile Solidario. A juicio del equipo investigador, el problema surge del diseño actual del componente - que plantea un objetivo general acotado a la salud bucal y diversifica la población beneficiaria – antes que en la práctica de la focalización.

El Fondo complementa otras instancias Ministeriales como los Compromisos de Gestión y el modelo de atención familiar. En tanto, la línea de acción odontológica presenta una posible duplicidad con el Programa dental de JUNAEB en términos de grupos etáreos de la población objetivo. Este último contempla, entre otras acciones, el alta odontológica integral a niños de 6 años.

La reformulación del componente Odontológico durante 2002 ha hecho necesaria la coordinación con el Programa Chile Solidario a nivel municipal, con el fin de priorizar la atención dental de beneficiarios de este programa. No existen otros programas que coincidan con el componente odontológico en términos de beneficiarios objetivos, pero sí puede apreciarse cierta complementariedad entre éste y el Programa de Atención Odontológica para el Adulto Mayor en cuanto a su ejecución local.

El IRA se complementa con el componente de Apoyo Diagnóstico para la Resolución Ambulatoria de Problemas Respiratorios en Niños y Adultos. La Campaña de Invierno, a pesar de responder a una naturaleza distinta y de tener líneas de acción mucho más variables, también apoya al componente IRA, reforzándolo con recursos adicionales. En el componente ERA, la situación es análoga ya que se replica la misma situación con el componente de Apoyo Diagnóstico y la Campaña de Invierno.

En tanto, se ha detectado una duplicidad parcial entre el Componente SAPU y las extensiones horarias a la atención habitual de consultorio, en comunas en que coinciden en orientarse a la misma población objetivo, en tres aspectos: horario, población beneficiaria y tipo de servicio que entregan⁶²⁸. Como estrategia complementaria destaca el reforzamiento de los recintos con salas IRA durante la campaña de invierno, conocido como “IRA en SAPU”.

7.2. En Aspectos de Organización y Gestión

El análisis de esta sección se basó en un marco normativo referido a los costos y beneficios de descentralizar de los programas de salud, a partir de los atributos de cada una de las diferentes funciones que se realizan en el sector, del cual surgen tres conclusiones generales:

- Es pertinente la centralización de la toma de decisiones en los aspectos normativos tales como la definición de protocolos y estándares de atención y políticas a nivel nacional, así como respecto a los criterios de asignación de recursos. Desde esta perspectiva, algunos componentes presentan una evaluación favorable por la centralización de la función normativa (IRA, ERA) y otros más bien carecen de una normatividad más clara y activa desde el nivel central (SAPU).
- En cambio, es más adecuado que la prestación de servicios se realice de manera descentralizada, con la excepción de situaciones iniciales en que se requiera de mayor experimentación, coordinación y retroalimentación oportuna con el nivel central. Esto es actualmente aplicable al componente ERA.

⁶²⁸ El equipo investigador no recibió información para determinar el número de consultorios/SAPUS en esta situación ni la presencia de capacidad instalada ociosa en el consultorio. La duplicidad se refiere al hecho de que ambas modalidades de atención están disponibles para la misma población objetivo (de similares características).

- Asimismo, es deseable que exista una aplicación geográficamente descentralizada del marco regulatorio – definido en sus criterios generales por el nivel central –, para todos los componentes evaluados. Sin embargo, en la práctica de la mayoría de los componentes no se aprecia un papel relevante de los Servicios de Salud, los cuales firman convenios con los municipios y son responsables de recopilar un conjunto de indicadores que en su gran mayoría no se registran ni utilizan en la evaluación de los componentes y por tanto, no retroalimentan la toma de decisiones.

Al revisar aspectos específicos de la **estructura organizacional, mecanismos de coordinación al interior de la Institución Responsable - y con otras instituciones-**, la mayoría de los componentes del PRAPS siguen una lógica de coordinación entre la entidad responsable - Ministerio de Salud - con los Servicios de Salud, para fines de entregar el marco normativo y la asignación de recursos. A su vez, los Servicios de Salud firman convenios con los municipios, de modo que se establecen compromisos e indicadores para supervisar su cumplimiento. Los municipios -dirección de salud o corporación- se relacionan directamente con los consultorios, salvo excepciones de componentes en los que también existe un canal directo de comunicación entre el nivel central y local (IRA, ERA).

El Fondo de Incentivo presenta una gestión centralizada en lo normativo: tanto las líneas de acción como las metas se deciden en el nivel central. A pesar de esto, se observó algún grado de desconocimiento entre los actores – en los Servicios de Salud y de manera más acentuada en los niveles locales - sobre sus propósitos y estructura organizacional.

En el componente Odontológico, la estructura organizacional es, en general, adecuada para el logro de los objetivos y la producción de los servicios. El estudio cualitativo permitió apreciar, en general, una concordancia entre los propósitos del componente desde el nivel central hasta los niveles más locales de ejecución. Existe comunicación entre las entidades locales y el Ministerio de Salud. En efecto, cada año se fijan metas y precios para las altas integrales y las prótesis a través de un diálogo entre el nivel central y los municipios. Sin embargo, existen dos papeles difusos en la cadena de ejecución del componente. El primero de ellos corresponde al rol de los Servicios de Salud, en lo referente a la supervisión y control de las actividades llevadas a cabo por los municipios⁶²⁹. El segundo de ellos corresponde a la responsabilidad por la focalización del programa a nivel de municipios, donde el número de actores llamados a coordinar en el proceso plantea el peligro de que, en la práctica, la responsabilidad entre todos ellos se diluya.

La estructura organizacional de los componentes IRA y ERA está claramente definida. Destaca el carácter centralizador en todas las funciones que se realizan, incluso en materias referidas a la producción de prestaciones. Esto plantea una inconsistencia con la gestión descentralizada de la APS. En ambos componentes están identificadas las funciones correspondientes de cada nivel (central, Servicios de Salud, municipios y consultorios) y existe coordinación entre los distintos niveles (central, regional, local). Un aspecto optimizable alude al tipo de contratos de los profesionales (honorarios), lo

⁶²⁹ Pese a que los documentos explicativos del componente denotan amplios espacios de acción en este terreno, al no encontrarse éstos bien especificados, se observa una diversidad de calidad y cantidad de actividades desarrolladas entre distintos Servicios de Salud.

que, a pesar de la ventaja de ofrecer una mejor remuneración a los profesionales, potencialmente atenta contra la continuidad a la labor de los equipos de trabajo⁶³⁰. La existencia de una misma unidad a cargo de ambos componentes en el nivel central (MINSAL) – lo que también ocurre en la Dirección de Salud Municipal pero no necesariamente en los Servicios de Salud - es adecuada para aprovechar sinergias entre éstos.

El componente Apoyo Diagnóstico presenta una gestión descentralizada, donde los Servicios de Salud o municipios firman convenios con prestadores privados para la toma de radiografías. Se les entregan los recursos y ellos tienen la libertad de escoger al prestador y negociar el precio –con un tope fijado a nivel ministerial-. Llama la atención el escaso conocimiento del componente en el nivel central. Aunque éste está a cargo de la Unidad Respiratoria, los encargados no mantienen ningún tipo de registros ni evaluaciones.

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

Los mecanismos de coordinación entre el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud se orientan básicamente a la transferencia de recursos para el componente. Las coordinaciones mantenidas entre los servicios y municipios o consultorios -según dependencia- abarcan desde traspaso de recursos hasta actividades de supervisión, y según el estudio cualitativo serían de intensidad y carácter variable.

En relación a los **criterios de focalización y selección de beneficiarios**, los componentes que establecen criterios epidemiológicos para priorizar las atenciones plantean orientaciones adecuadas. Tal es el caso de las salas IRA – que sin generar rechazos priorizan a menores de un año – y ERA – prioriza mayores de 65 años -, en tanto, en el Fondo de Incentivo sólo la línea odontológica está dirigida a un grupo específico de la población beneficiaria del sistema público de salud, orientada a la atención en niños de 6 y 12 años. Dentro de este grupo no existe un criterio de focalización establecido desde el nivel central, y tampoco parece existir en los niveles locales.

Los criterios de focalización del Componente Odontológico se resumen en: hombres y mujeres entre 18 y 55 años, de escaso nivel de escolaridad, que se encuentran bajo la línea de la pobreza, jefes y jefas de hogar, principalmente pertenecientes a familias de Chile Solidario. El principal comentario es que los criterios de focalización aparecen como claros, aunque el diseño de este proceso y sus reformulaciones complican la aplicación homogénea de estos criterios en los Municipios, así como en los consultorios que deben completar la selección cuando no se ha logrado el número de beneficiarios comprometido. Si se aplican todos los criterios de focalización a la vez (sin incluir a la población de Chile Solidario ni su nivel educativo), la población potencial asciende a cerca de 450 mil (3% de la población nacional según estimaciones realizadas con la encuesta CASEN 2000) y si se agrega tener sólo educación básica, los beneficiarios potenciales se reducen a 255 mil (1,7% del país), lo cual indica que puede ser difícil

⁶³⁰ En el estudio cualitativo se plantearon reclamos a nivel local por la rotación de personal. Dicha información carece de representatividad estadística.

contar con la información para aplicar dichos criterios, tal como se constata en los datos de la encuesta.

El componente Apoyo Diagnóstico otorga trato preferencial a la toma de radiografías en niños menores de un año y mayores de 65 años, lo cual es adecuado considerando el mayor riesgo vital de estos segmentos y que coinciden con los criterios de los componentes IRA y ERA, cuyos beneficiarios son apoyados con estas radiografías. Algunos prestadores utilizan criterios de selección adicionales, dados por la historia clínica del paciente, patología, y necesidades detectadas a nivel local.

Los SAPU se orientan a los beneficiarios del sistema público y por su naturaleza, ofrecen una atención “autofocalizada”. Esto es adecuado mientras no ocurran situaciones de congestión, en las que debieran aplicarse criterios de priorización según gravedad análogos a los del resto de la red de urgencia.

En relación a los **criterios de Asignación de Recursos, Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago**, se realizan algunas observaciones.

En el Componente Fondo de Incentivo se divide la transferencia en dos etapas: un 30% como pre-incentivo para la implementación de las metas, y el 70% restante como incentivo para el mejoramiento del entorno laboral, una vez cumplidas las metas. La entrega del pre-incentivo y del incentivo se realiza según los convenios firmados entre los Servicios de Salud y los municipios (de acuerdo al tipo de dependencia). La asignación de recursos del componente Fondo de Incentivo hacia los Servicios de Salud obedece a la lógica de privilegiar el volumen de población objetivo, lo que es correcto si se considera que sectorizar, implementar una OIRS y cualquiera de las líneas de acción orientadas a mejorar la gestión de los establecimientos de atención primaria resulta más costoso y requiere de esfuerzos mayores en consultorios con un mayor número de población beneficiaria. Además la asignación posee un componente inercial⁶³¹.

No obstante la claridad en los criterios definidos en convenios, en las transferencias hacia los Servicios de Salud y municipios, algunas líneas de acción carecen de correspondencia entre los recursos entregados y los costos de las actividades adicionales (por ejemplo, aumento en cobertura dental) que se solicitan a los consultorios⁶³². Los Servicios de Salud distribuyen el incentivo (70%) hacia los municipios (y éstos a los consultorios) según los criterios que estimen convenientes, y en la práctica algunos Servicios de Salud y municipios entregan el incentivo según el porcentaje de logro de las metas pactadas. En menor medida, el incentivo es distribuido entre los consultorios según la cantidad de inscritos que tiene cada uno⁶³³. En estos últimos casos, la lógica del incentivo se pierde, ya que no existe correspondencia entre cumplimiento y monto

⁶³¹ Con el fin de distinguir posibles determinantes de la asignación de recursos del componente, se especificaron modelos estadísticos multivariados, que estudian la correlación del monto asignado anualmente a cada Servicio de Salud en función de variables históricas (presupuesto del componente en períodos anteriores), socioeconómicas y poblacionales. En el modelo correspondiente al presupuesto de los Servicios de Salud para el Fondo (año 2003), la variable más robusta se refiere a la asignación de recursos al componente en el año 2000. Ver Anexo 2 del informe.

⁶³² Esto se aplica también a aquellas actividades en que se entregan recursos complementarios para aumentar la cobertura y que ya cuentan con un financiamiento (altas odontológicas infantiles) y aquellas en que se pretende apoyar e impulsar la implementación.

⁶³³ No se cuenta con información acerca del número de Servicios de Salud que entregan el incentivo según meta pactada y los que lo hacen según número de inscritos.

recibido por el establecimiento. Es decir, es adecuado que en la asignación más “macro” o anterior al nivel municipal (a nivel de Servicios de Salud) y en la fase de “pre incentivo” se considere la población inscrita, pero que en la asignación del incentivo se base principalmente en premiar a los establecimientos que lograron las metas.

En el componente Odontológico, los criterios de asignación de los recursos desde el Ministerio de Salud hacia los Servicios de Salud son claros, realizándose en función de un número de altas odontológicas y prótesis por comuna previamente determinado. La asignación de metas en altas integrales y prótesis por comuna dependen del Ministerio de Salud. Normalmente, el criterio para la fijación anual de metas en aquellos casos de comunas de continuidad, obedece a una lógica inercial. Durante los últimos años, el Ministerio de Salud ha ido ampliando el componente, bajo la lógica de priorizar más la inclusión de nuevos establecimientos y comunas, lo que es razonable dada la especificidad del perfil de la población objetivo⁶³⁴.

Los Servicios de Salud transfieren los recursos a municipios, quienes deciden cómo se distribuyen los recursos entre los lugares de atención (según factores como población inscrita y listas de espera para atención dental, lo que parece adecuado dado el mayor conocimiento a nivel local. El proceso de asignación de un precio unitario anual al alta odontológica y a la prótesis se lleva a cabo de manera transparente y negociada entre el nivel central y los municipios. Este aspecto es positivo, por cuanto considera las características regionales de oferta y demanda en la fijación de los valores referenciales. No obstante, se entrega un monto fijo por alta que podría incentivar la selección de pacientes con menor daño dental⁶³⁵.

El hecho de que la transferencia de recursos está dividida en cuotas, en función del cumplimiento de metas de altas odontológicas, se aprecia como un elemento positivo para ligar nuevos recursos a resultados.

En los componentes **IRA** y **ERA**, se transfieren recursos a los Servicios de Salud a través de dos mecanismos. Para el financiamiento de horas profesionales (médico y kinesiólogo), se entregan los fondos determinados para el pago de honorarios; en tanto que desde el nivel central se adquieren y asignan los medicamentos para cada sala. Sin embargo, en algunos casos, el Servicio de Salud redistribuye los fármacos según las particularidades y necesidades de cada sala. Los recursos son traspasados mensualmente vía convenio, tanto del Ministerio de Salud a los Servicios de Salud, como desde éstos a los municipios.

Los recursos para la contratación de profesionales se asignan por sala de acuerdo a los correspondientes cargos profesionales, valores que los municipios no pueden modificar ni redistribuir. Esto podría representar un problema para las comunas ya que se rigidizan su presupuesto y las posibilidades de optimizar la gestión. Asimismo, si bien algunos municipios pagan mayores salarios a los profesionales con recursos propios, en

⁶³⁴ La expansión del componente hacia nuevas comunas opera a través de un proceso de postulación, donde los municipios interesados se inscriben en su correspondiente Servicio de Salud. En general, no existen restricciones a la postulación de comunas en consideración de su nivel socioeconómico, los únicos requisitos son que éstas cuenten con beneficiarios potenciales y que el Servicio de Salud acredite que en ella existe personal calificado e infraestructura suficiente para la ejecución de las atenciones odontológicas.

⁶³⁵ En los plazos y recursos del estudio, no fue factible verificar el daño dental de la población beneficiaria como para testear si existe selección de pacientes.

comunidades de escasos recursos los salarios considerados por el nivel central para los profesionales IRA podrían superar los salarios que según las remuneraciones de planta y la carrera funcionaria, reciben otros profesionales del mismo perfil técnico-profesional de los consultorios, creándose un foco potencial de desigualdad al interior de los establecimientos.

Los insumos (medicamentos, oxígeno, entre otros) son asignados desde el MINSAL en función del número de salas. El equipo evaluador considera que el criterio de compra y asignación de medicamentos desde el nivel central (basado en el costo unitario promedio por sala) no es adecuado, pues faltaría incorporar otras variables relevantes de riesgo y/o pobreza, las cuales inciden en que las salas de algunas comunas presenten un perfil de población con mayores necesidades de atención.

Los juicios anteriores son aplicables a las salas **ERA**. Un tema a mejorar en ambos componentes consiste en entregar criterios más claros sobre la ponderación de los factores epidemiológicos y socioeconómicos que determinan la implementación de salas nuevas. Es decir, el equipo evaluador no tuvo acceso a información sobre los instrumentos de análisis y los factores específicos de la realidad poblacional que se consideran a nivel central.

El componente Apoyo Diagnóstico contempla el traspaso de recursos financieros hacia los Servicios de Salud, para la compra de radiografías simples de tórax, los cuales son transferidos en tres cuotas. Los criterios de asignación de recursos son poco claros. Si bien en la investigación cualitativa (entrevistas), algunos actores han mencionado que se consideran criterios poblacionales, demográficos, epidemiológicos, entre otros, el equipo investigador no recibió información respecto de cuáles son los indicadores específicos utilizados o cómo éstos se ponderan.

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

En relación a los criterios de extensión del componente hacia nuevas comunas, éstos se refieren a abarcar el 100% de comunas con más de 30.000 habitantes y tener un SAPU por cada 50.000 habitantes en comunas con altas magnitudes poblacionales y sectores marginales⁶³⁶. La instalación de un SAPU también depende de la voluntad de las autoridades locales. El equipo investigador carece de información a nivel de comunas que permita discernir si esto crea distorsiones de equidad, considerando la relevancia de los aportes municipales en el financiamiento del componente (ver análisis de uso de recursos y costos).

Con la finalidad de emitir un juicio - basado en análisis cuantitativo - de la pertinencia de los criterios de asignación de recursos a nivel regional (entre Servicios de Salud) en los componentes del PRAPS, se indagó si dicha distribución era consistente con

⁶³⁶ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial (2004). No se dispuso de información para verificar el cumplimiento de estos criterios específicos a nivel comunal ni su ponderación. Los modelos de correlación del presupuesto de los Servicios de Salud para el componente en 2003 muestran como regresor más robusto el presupuesto del año anterior, perdiendo significancia variables socioeconómicas.

respecto a un *benchmark* del sector, es decir, a los criterios de asignación del per cápita en APS, que entrega recursos según la cantidad de población inscrita en consultorios e indicadores de vulnerabilidad socioeconómica comunal (tales como pobreza y ruralidad). En todos los componentes del PRAPS, la asignación por Servicio de Salud en 2003 está correlacionada con el monto de recursos de años anteriores y/o el total de población inscrita en el consultorio, y no necesariamente con variables socioeconómicas (que podrían indicar mayores necesidades de atención de salud)⁶³⁷.

Un punto débil de la mayoría de componentes se encuentra en el cumplimiento de las **funciones y actividades de seguimiento y evaluación**. El equipo evaluador encontró dificultades en recopilar la información que según convenios, debiera ser monitoreada a nivel regional para supervisar la eficacia y eficiencia de los componentes⁶³⁸.

En el **Fondo de Incentivo**, la supervisión debiera ser un elemento central para evaluar el cumplimiento de los compromisos asumidos y realizar la asignación de la segunda cuota, según los indicadores establecidos en el convenio. Dado que para cada línea de acción existe un encargado **distinto** en el nivel central que verifica el cumplimiento de lo comprometido para poder entregar el monto correspondiente al incentivo, no se garantiza que el monitoreo sea homogéneo. En cuanto al incentivo, no se verifica que efectivamente el monto se entregue al consultorio que cumplió y que se gaste en mejoramiento del entorno laboral.

El componente Odontológico cuenta con un sistema bastante completo de reporte de actividades; los Servicios de Salud se comprometen a enviar información de avance de forma trimestral al nivel central (aunque no necesariamente cumplen esta tarea). Además se elabora una encuesta de satisfacción a usuarios a nivel nacional. En cuanto al seguimiento de los pacientes, dado que el componente no lo considera de forma explícita, éste depende exclusivamente del municipio o consultorio donde se esté ejecutando.

⁶³⁷ La metodología y los resultados para cada componente se resumen en el informe (capítulo II, sección 2.3.) y se detallan en el anexo 2.

⁶³⁸ Se solicitó a todos los Servicios de Salud información sobre variables de registro obligatorio según los convenios. Después de cinco meses de plazo, pocos Servicios reportaron alguna información en cada uno de los componentes (en los componentes Fondo de Incentivo, Odontológico, IRA, ERA, Apoyo Diagnóstico y SAPU, sólo 6, 11, 8, 11, 13 y 9 Servicios de Salud, respectivamente, de los 28 existentes en el país). En los Servicios de Salud que reportaron información se encontraron importantes vacíos y deficiencias, tales como las siguientes: (i) Algunas planillas no reportaron información de todas sus comunas, por lo que no se pudo estimar un consolidado del Servicio que fuera representativo de su nivel de producción; (ii) Muchos Servicios no reportaron datos de todos los años solicitados. Esto dificultó contrastar información de distintos años; (iii) La mayoría no completó los datos solicitados en todas las variables de cada componente. Esto imposibilitó crear variables agregadas que fueron representativas del nivel de producción nacional; (iv) Se detectaron serias inconsistencias en los datos entregados, particularmente en la referida a grupos etáreos. Estos datos diferían de los criterios de focalización de los componentes y de los resultados de la encuesta aplicada por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile; (v) Se encontraron incongruencias en los datos reportados con respecto a la información proveniente de otras fuentes del Ministerio de Salud, principalmente en lo relativo a número de Salas IRA y ERA y SAPU; (vi) Algunos datos reportados no eran “razonables”. Por ejemplo, el Servicio de Salud del Maule reportó un costo promedio por paciente de \$348.000 en el componente Odontológico, valor que excede largamente el aporte de MINSAL y las estimaciones realizadas por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile.

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

En el caso del componente Apoyo Diagnóstico, en los consultorios dicen enviar a municipios o Servicios -según dependencia- registros que incluyen información sobre el número de radiografías tomadas, justificación de la solicitud radiológica y diagnóstico. Asimismo, algunos de los convenios establecidos con los centros radiológicos permiten solicitar antecedentes sobre las órdenes emitidas desde los consultorios. El componente establece mecanismos de supervisión orientados básicamente a la rendición de cuentas en lo financiero. Estas formalidades no se cumplen en la práctica. Los encargados en el nivel central no cuentan con información respecto al cumplimiento de utilizar el dinero en radiografías de tórax, priorizando a los niños menores de un año y a los adultos mayores de 65. A nivel de Servicios de Salud tampoco se entregó al equipo evaluador la información completa solicitada sobre la producción de radiografías y otros indicadores de eficacia, eficiencia o calidad.

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

7.3. Temas de Eficacia

El análisis se apoyó en elaboración propia a partir de información obtenida del sector salud y de la aplicación de una encuesta a beneficiarios de los componentes diseñada por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile, en aquellos componentes que permitían identificar correctamente muestras relevantes⁶³⁹.

7.3.1. Resultados a nivel de Productos

7.3.1.1. Desempeño del Programa en cuanto a la Producción de los Componentes

En el **Fondo de Incentivos se revisó el cumplimiento planteado para las líneas de acción en 2003**. Se planteó como meta nacional implementar la Sectorización para la población inscrita en un 50% de los consultorios generales urbanos y rurales del país con más de 10.000 inscritos o beneficiarios. El 62% de las unidades comunales que se

⁶³⁹ El trabajo de terreno se realizó en 12 de las 13 Regiones del País en los meses de diciembre de 2004 y enero de 2005. Las muestras fueron obtenidas de 197 establecimientos que entregaban cuatro de los componentes del PRAPS en 60 comunas, aplicándose cinco formularios que comprenden a los siguientes grupos: (i) Beneficiarios Sala IRA (379 encuestas a la persona que llevó al niño a la sala); (ii) Beneficiarios Sala ERA (350 encuestas al paciente o persona que lo lleva al establecimiento si sus condiciones de salud le impedían contestar); (iii) Beneficiarios SAPU (369 encuestas al paciente o persona que lo lleva al establecimiento si sus condiciones de edad o salud le impedían contestar); (iv) Componente Odontológico: 338 personas con Alta Total (muestra de población beneficiaria) y 356 personas en lista de espera (muestra de grupo de control).

habían comprometido, no realizó avance alguno a la fecha de corte considerada. El 33% consiguió un cumplimiento superior al 80%. Si bien las cifras indican un logro parcial, debe advertirse que sólo se obtuvo datos correspondientes a Septiembre de 2003 (período de corte para asignar el incentivo), lo cual impide emitir un juicio concluyente.

En la línea OIRS se propuso aplicar el modelo en 326 establecimientos de Atención Primaria, la meta se logró en un 127% respecto de lo programado, implementándose en 414 establecimientos. Por otro lado, se comprometió que un 50% de las OIRS tuviesen dependencia técnica y administrativa de la dirección de los establecimientos, y se consiguió que un 60% de los establecimientos se ubicara en esta categoría. Al finalizar el año 2003, sólo un 29% de las OIRS dependía del Servicio de Orientación Médica (SOME). En cuanto al mejoramiento de la infraestructura de las OIRS, se observó que el 61% contaba con servicio telefónico independiente y un 68% con citófono. Sólo el 28% disponía de un equipo computacional; el 21% de e-mail y el 13% de acceso a Internet. En relación a la capacitación de los funcionarios, ésta se realizó en el total de las OIRS y Servicios de Salud alcanzando a 970 funcionarios.

En cuanto al sistema de registro y gestión de listas de espera, el 90% de las unidades comunales comprometidas ha implementado un registro de lista de espera de interconsulta; sólo un 4% registra un 0% de logro. Otra meta es la implementación de un comité de gestión de lista de espera, cuyo logro es significativo pero menor a lo registrado en la existencia de registro: el 17% se ubica bajo el 50% de cumplimiento⁶⁴⁰, y el 100% es alcanzado por 350 unidades comunales -Municipal y Servicio- lo que corresponde a un 83% del total.

La línea Alta Odontológica Total en niños de 6 y 12 años considera dos objetivos para acceder al incentivo: uno de cobertura, que se pondera en un 80% y uno de calidad que se pondera en un 20%. En niños de 6 años, cinco de los 29 Servicios de Salud lograron el número de altas integrales necesarias para acceder al incentivo correspondiente a esta línea de acción. Todos registraron un cumplimiento superior al 50%, y se realizaron, a nivel nacional, 112.563 altas (78% de la meta). Para los niños de 12 años, el nivel de logro es más alto que en el caso anterior. Sin embargo, se exigió un porcentaje mucho más bajo, por lo tanto el número de altas realizadas fue menor (58.235, que representan el 99% de la meta nacional).

El componente **Odontológico** para mujeres entre 1999 y 2001 muestra un alto grado de cumplimiento de metas en altas odontológicas y prótesis instaladas a diciembre. El número de altas integrales durante estos tres años asciende a 21.962 (96% de la meta nacional), mientras que el número de prótesis fue de 16.688 (y el porcentaje de cumplimiento a nivel nacional de 101%). Los datos de evaluaciones a diciembre para el período 2002-2003, donde se incorporan hombres de escasos recursos al componente, indican que se realizaron 41531 altas integrales (93% de logro) y se instalaron 34322 prótesis (105% de cumplimiento).

El componente **IRA** ha tenido una tendencia creciente en lo que respecta a su producción medida en número de salas implementadas y fármacos distribuidos. Durante el período 1999 al 2003, el número de salas IRA se ha incrementado en alrededor de un

⁶⁴⁰ Nótese que una unidad comunal puede contener más de un consultorio, por lo que el cumplimiento de la meta no es dicotómico (0% o 100%).

60 % - llegando a 451 salas en 2003 - y su número promedio por Servicio de Salud creció de 10 a 16 en el período 1999 al 2003⁶⁴¹.

Análogamente, el número de salas **ERA** durante el período 2001 al 2003 ha crecido en más de 7 veces. Mientras el primer año (2001) el componente sólo se encontraba presente en la Región Metropolitana; en 2003, se cuenta con 115 salas ERA en 12 de las 13 Regiones, y en 27 de los 28 Servicios de Salud.

Para el componente **Apoyo Diagnóstico** no se cuenta con información del número de radiografías de tórax efectivamente realizadas. El número de placas proyectadas por el nivel central - en función de las cuales se entregan los recursos- aumentó en 65% de 2002 a 2003, año en que se programaron 62.862 radiografías. En similar período la cobertura geográfica crece de cuatro a doce regiones.

Entre 1999 y 2003, el número de SAPU implementados en el país creció en 38%, siendo de 84 en 2003. La cantidad de atenciones anuales para el período 2001-2003 se incrementó en 14%, alcanzando en 2003 un total de 3.408.261⁶⁴².

7.3.1.2. Beneficiarios efectivos del Programa y sus componentes

Para el componente Fondo de Incentivos, no es posible determinar un número de beneficiarios efectivos de las líneas de acción OIRS, sectorización y gestión y registro de lista de espera de interconsulta debido a que no se cuenta con esta información. Para la línea de acción odontológica el número de beneficiarios efectivos puede ser aproximado por el número de altas odontológicas totales realizadas en niños de 6 y 12 años durante el año 2003 -con corte en Septiembre-. Los resultados bordean los 112 mil beneficiarios de 6 años y 58 mil de 12 años. El componente se encuentra presente en 23 Servicios de Salud para el año 1999, sin embargo en el año siguiente se extiende a los 28 Servicios, situación que se mantiene hasta el año 2003. El número de beneficiarios institucionales locales (número de comunas con el componente) experimentó un leve descenso para el período 2001-2003 (con un momentáneo aumento en el 2002), y cubre 316 comunas del país.

Durante el período 1999-2003, el número de beneficiarios efectivos del componente Odontológico experimentó un crecimiento de 266,91% sobre su valor inicial, lo que permitió entregar atención odontológica integral a 63.493 personas (54.580 mujeres y 8.913 hombres) en todo el país⁶⁴³. El componente también se ha expandido a nivel comunal y de Servicios de Salud en similar período, cubriendo en 2003 a 27 Servicios de Salud y 223 comunas.

No es posible determinar un número de beneficiarios efectivos del componente IRA debido a que el número de pacientes no se registra. El equipo investigador tampoco dispuso de la información que se solicitó sobre número de atenciones entregadas. La encuesta realizada indica que más del 85% de los encuestados reporta que los

⁶⁴¹ La tarea de elaborar un modelo que permita juzgar el número de salas IRA que se requieren en el país y la adecuación de la expansión observada excede los plazos y recursos de esta investigación.

⁶⁴² La tarea de elaborar un modelo que permita juzgar el número de SAPU que se requieren en el país y la adecuación de la expansión observada excede los plazos y recursos de esta investigación.

⁶⁴³ El componente establece en sus documentos oficiales que no es posible que una persona reciba un alta odontológica integral por más de una vez. No existe información cuantitativa que permita determinar si hay casos de incumplimiento.

diagnósticos de los pacientes corresponden a las patologías que, según los documentos oficiales, el componente debe atender. Se aprecia un aumento de 47% en los beneficiarios institucionales (establecimientos de APS con salas IRA) durante el período de 1999 al 2003, los cuales alcanzan a 411 en el último año analizado; y en 19% en el número de comunas a lo largo del país con salas IRA (entre los años 2000 al 2003), que en 2003 ascienden a 223.

Respecto a la caracterización de los beneficiarios efectivos de salas ERA (su número se desconoce), la encuesta indica que más del 70% presenta diagnósticos en las patologías que el componente debiera atender. El número de beneficiarios institucionales se incrementó en un 350% en cuanto a Servicios de Salud, en un 380% en cuanto a comunas, y en un 660% en términos de establecimientos de Atención Primaria con salas ERA, durante el período 2001-2003. En 2003 el componente se encuentra en 27 Servicios de Salud, 72 comunas y 114 establecimientos.

El componente Apoyo Diagnóstico no consolida en el nivel central el número de beneficiarios efectivos. Se aprecia un crecimiento de un 170% de los Servicios de Salud (beneficiarios institucionales) que cuentan con Apoyo Radiológico, y de 254% en el número de comunas. En 2003 el componente se encuentra en 27 Servicios de Salud y 138 comunas.

No es posible determinar un número de beneficiarios efectivos del componente SAPU debido a que sólo se consolida información sobre el número de atenciones entregadas. Se registra un aumento sostenido de beneficiarios institucionales para el período 1999-2003 (comunas y establecimientos), tanto en establecimientos (38%), número de comunas (25%) y Servicios de Salud (15%). En 2003, el componente tenía presencia en 23 Servicios de Salud, 65 comunas y 84 establecimientos.

Los resultados de la encuesta indican que las personas que constituyen beneficiarios efectivos de todos los componentes comparten las características de la población del consultorio - sectores pobres, de baja tasa de participación laboral y pertenecientes a los grupos A y B de FONASA.

Análisis de Cobertura⁶⁴⁴

En el **Fondo de Incentivos**, la cobertura efectiva en 2003 de la línea de acción odontológica para niños de 6 y 12 años asciende a 60% y 27%, respectivamente, de la población beneficiaria potencial, que consiste en todos los niños de estas edades beneficiarios del sistema público de salud⁶⁴⁵. A nivel institucional, el Fondo de Incentivo se encuentra en la totalidad de los Servicios desde el año 2000. El porcentaje de comunas del país cubiertas es superior al 90% para todos los años en que se cuenta con información.

En el Componente **Odontológico**, para el periodo correspondiente a 1999-2001, orientado a mujeres jefas de hogar, la cobertura acumulada al año 2001 corresponde a

⁶⁴⁴ En los componentes que no registran beneficiarios efectivos se desconoce la cobertura efectiva. Cuando se pudo calcular, se obtuvo como el cociente entre los beneficiarios efectivos y la población potencial.

⁶⁴⁵ Bajo el supuesto de que cada alta odontológica representa a una persona que no puede acceder más de una vez al servicio otorgado.

23% de la población potencial. La cobertura acumulada al año 2003 asciende a 21% (de la población que satisface todos los criterios y definiendo como “baja escolaridad” tener 8 años o menos de estudios), 17% (definiendo baja escolaridad como 12 años o menos de estudios) y 14% (sin considerar criterio de escolaridad). La cobertura institucional muestra que el Componente está presente en un 96% de Servicios de Salud y 65% de comunas para el año 2003.

En el período 1999- 2003, la cobertura del componente IRA es creciente en todas las categorías de beneficiarios institucionales: en 2003 está presente en el 100% de los Servicios, y 65% de comunas y establecimientos. Igualmente, el componente ERA está presente en el 95% de los Servicios de Salud en 2003, mientras a nivel de comunas y de Establecimientos de Atención Primaria, la cobertura es de 21 y 18% respectivamente.

Respecto al Componente Apoyo Diagnóstico, la cobertura (en número de Servicios de Salud) aumentó de un 35,7% en 2002 a 96,4% en 2003. A nivel de comunas el incremento es más moderado, con un 40% de cobertura comunal en 2003.

Para el año 2003, la cobertura institucional de los SAPU alcanzó al 82% en Servicios de Salud, 19% en comunas y 20% en Establecimientos.

7.3.1.3. Grado de Focalización del Programa (según información obtenida en encuesta)

En el componente **Odontológico**, la edad promedio de los beneficiarios asciende a 44 años para el caso de los hombres y 42 para el caso de las mujeres. El 49% de la muestra reporta ser jefe de hogar, porcentaje desigualmente distribuido entre hombres y mujeres. En efecto, mientras el 87% de los hombres encuestados declara ser jefe de hogar, sólo el 37% de las mujeres reconoce serlo. Predomina la población con 12 o menos años de escolaridad (98% de la muestra). El 17% declara pertenecer a una familia que participa en 2004 en Chile Solidario a través del Programa Puente. En la situación previa a la participación en el componente (año 2002), el 70,5% del total que reportó ingreso percibiría menos de \$25000 per cápita por mes. Los valores promedio de ingreso per cápita del hogar, ascienden a \$26669 para el caso urbano y \$25795 para el caso rural⁶⁴⁶. En tanto, un 55% de las personas que se declaran jefes de hogar, manifiestan poseer un trabajo remunerado en octubre de 2002.

Hacia octubre de 2002, aproximadamente un 85% de la muestra se encontraba bajo la línea de pobreza. Con el fin de concluir el grado de cumplimiento respecto al conjunto de criterios de focalización del componente, se tomaron en cuenta dos grupos: el primero de ellos incluye a beneficiarios que poseen 8 o menos años de escolaridad (educación básica completa o inferior) y el segundo incluye a beneficiarios que cuentan con menos de 12 años de estudios (educación media incompleta o inferior). Al realizar el cruce de estas variables, se encontró que el porcentaje de los beneficiarios que cumple con todos los criterios de focalización y pertenece al primer grupo según escolaridad asciende a un 20,39% del total. Al realizar la misma estimación, pero considerando al segundo grupo, la población beneficiaria que reúne todos los requisitos para ser elegible constituye el 25,93%. Si bien la comparación de las muestras de beneficiarios de todos los componentes encuestados indica que el Odontológico es

⁶⁴⁶ Se convirtieron los valores de la línea de pobreza urbana y rural, estimados por la encuesta CASEN 2000, a pesos de octubre de 2002. Los valores resultantes fueron: \$42.996 para el caso urbano y \$28990 para el caso rural.

claramente el más focalizado a sectores de menores recursos, esto no es suficiente para cumplir los criterios de selección de mujeres y hombres de escasos recursos determinados desde el nivel central.

Los beneficiarios de las salas IRA corresponden a la población objetivo, esto es, niños menores de 19 años. Respecto a la focalización, los beneficiarios menores de 1 año representan una proporción importante del total (31%). Análogamente, las salas ERA atienden a adultos y adultos mayores. Los beneficiarios mayores de 65 años representan un 37% del total.

7.3.1.4. Calidad del Programa (información de la encuesta)

7.3.1.4.1. Componente Fondo de Incentivo

En el caso del **Fondo de Incentivo**, se cuenta con datos sobre satisfacción de los beneficiarios de la línea de acción OIRS. Alrededor de un 69% de los encuestados declara que en su consultorio existe una OIRS, cerca de un 20% no sabe. De los usuarios que formularon preguntas a la OIRS, alrededor de 30% no recibió respuesta, y del subconjunto que sí la obtuvo, el 90% la conoció durante el mismo día que expresó su inquietud. La calidad de la atención en la OIRS es evaluada positivamente por el 54% de beneficiarios que acudieron a la OIRS, pero el porcentaje que realiza una calificación “regular” no deja de ser importante (30%). De aquellos beneficiarios que no han utilizado las OIRS, el 10% considera que los servicios que entrega no sirven de nada.

7.3.1.4.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

En el **componente Odontológico**, el 77% de beneficiarios considera que es fácil o muy fácil lograr ser atendido, y el 74% evalúa positivamente el acceso físico al recinto. La calidad del trato recibido es considerada buena o muy buena por el 98%.

La mayoría muestra satisfacción respecto a las prótesis pero surgen advertencias respecto a su calidad. El 23% de aquéllos que recibieron prótesis superior y un 27% de los que recibieron prótesis inferior manifiestan no utilizar siempre la prótesis respectiva. Del total de razones entregadas por los beneficiarios para no utilizar la prótesis, cerca del 80% de ellas se asocian a una percepción de mala calidad de la prótesis o del tratamiento entregado. Sin embargo, al consultar directamente por la percepción sobre la calidad de las prótesis, se puede apreciar que un 78% y 81% (de los que recibieron prótesis superior e inferior, respectivamente) manifiestan que ésta es de buena o muy buena calidad. Respecto al seguimiento de los pacientes con posterioridad a la entrega de prótesis, el 21% de los beneficiarios que la(s) recibió(eron) señala no haber asistido a controles para ver como se sentía con ella(s), y el 26% reportó haber asistido sólo a uno. En tanto, un 68,5% de quienes no recibieron ninguna prótesis manifiesta no haber necesitado ninguna. Por último, el 82% de los beneficiarios evalúa la calidad de las tapaduras como “buena” o “muy buena”.

Los posibles cambios en conducta promovidos por componente se relacionan a las actividades educativas realizadas durante el tratamiento odontológico. El 88% de los beneficiarios manifiesta haber recibido explicaciones respecto a cómo realizar el aseo dental y el 46% que se le dio consejo sobre las consecuencias de malos hábitos alimenticios sobre la salud dental (el 75% de estos últimos, que representan 34% de los

beneficiarios, habría sido orientado respecto a cómo cambiar su alimentación). Más del 95% de los que recibieron recomendaciones de cualquier tipo consideran que los consejos recibidos fueron claros o muy claros.

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

El componente **IRA** muestra una evaluación positiva en lo que se refiere a accesibilidad, tanto al lugar físico donde se encuentran las salas IRA, como a los servicios que el componente entrega. Por ejemplo, el 83% de los encuestados va a las salas IRA directamente desde su domicilio, y el 58% caminando y por ende sin costos de transporte.

Se reitera una opinión favorable sobre la oportunidad de la atención de las salas IRA: el 60% de los encuestados que accedieron a las salas pidiendo hora previamente recibió la atención máximo después de un día de haber solicitado la hora; más del 60% de aquéllos que reportan que los pacientes fueron derivados desde otros centros de salud expresa haber recibido atención en las salas antes de una hora. Más del 85% califica la atención como “oportuna” o “muy oportuna”.

Más del 80% evalúa distintos aspectos de calidad de las salas IRA (trato del médico, kinesiólogo, medicamentos) como “buenos” o “muy buenos”. Además, se observa que un 63,37% de los encuestados que recibieron alguna prescripción de medicamentos, no debió comprarlos. Por otro lado, el 68% señala que fue el médico quien le recetó o indicó los medicamentos.

Se revela la seguridad y confianza en las salas IRA. Más del 90% de los encuestados expresa que recomendaría las salas; el 80,44% revela que los pacientes no fueron llevados a consultar a otro médico por el mismo problema; y el 76,1% expresa que estaría dispuesto a pagar por los servicios. En cada uno de los aspectos específicos (médico, kinesiólogo, medicamentos) consultados, más del 80% considera que la seguridad y confianza es “buena” o “muy buena”.

Sobre la utilidad del tratamiento recibido, el 80 % reporta que no se vio en la necesidad de llevar al paciente a algún servicio de urgencia de salud, luego de ser atendido en las salas IRA. El 73% expresa que el tratamiento que el paciente recibió en la sala le sirvió mucho para recuperarse.

El 79% señala que ha recibido información para evitar y/o manejar enfermedades respiratorias de los pacientes de las salas IRA, y el 95% de este subconjunto califica que dicha información fue “clara” o “muy clara”.

7.3.1.4.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

El componente **ERA** es bien evaluado por parte de los encuestados en lo que se refiere a accesibilidad, tanto al lugar físico como a los servicios. El 90% de los encuestados va a las salas directamente desde su domicilio. Respecto al medio de transporte, el 53% llega caminando, lo que se corrobora en que el 47% no gasta en transporte. La mitad de la muestra ocupa como máximo 30 minutos de su tiempo en movilizarse (total de ida y vuelta).

Existe una percepción positiva sobre la oportunidad de la atención de las salas ERA: el 30% de los que reportan haber accedido a las salas pidiendo hora previamente recibió la atención después de un día de haberla solicitado como máximo. Este porcentaje no es menor si se considera el carácter crónico de la mayoría, y por tanto, que estos pacientes debieran ser citados de manera permanente con 1 ó 2 meses de antelación. En el caso de aquéllos que reportan que los pacientes fueron derivados desde otros centros de salud, más del 60% expresa haber recibido atención en las salas antes de una hora. El 90% considera que la atención es “oportuna” o “muy oportuna”.

La satisfacción es superior al 85% en todos los aspectos de calidad evaluados – calificados como “buenos” o “muy buenos”. El 76% de los encuestados que recibieron alguna prescripción de medicamentos reporta que no debió comprarlos, y casi el 70% señala que fue el médico quien indicó o recetó medicamentos.

En términos de la seguridad y confianza en las salas ERA, más del 90% de los encuestados expresa que las recomendaría. El 86% de los pacientes⁶⁴⁷ no habrían sido llevados a consultar a otro médico por el mismo problema, y el 64% dice estar dispuesto a pagar por los servicios. En cada uno de los aspectos específicos (médico, kinesiólogo, medicamentos) consultados, más del 90% considera que la seguridad y confianza es “buena” o “muy buena”.

En este punto, un tema común en los componentes ERA e IRA se refiere a la menor satisfacción de los enfermos crónicos. Esto se verificó en modelos de correlación estadística (multivariados) que señalan que en ambas salas, este grupo presenta menor probabilidad de calificar positivamente la seguridad y confianza en todos los ámbitos preguntados (médico, kinesiólogo, medicamentos), una vez controladas otras características del paciente⁶⁴⁸.

La utilidad del tratamiento recibido en las salas ERA presenta una evaluación favorable. El 80 % de encuestados reporta que no se vio en la necesidad de llevar al paciente a algún servicio de urgencia de salud después de recibir atención en las salas ERA. El 53% expresa que el tratamiento que el paciente recibió en la sala le sirvió mucho para su recuperación, y el resto considera que “más o menos” o “nada”, lo que permite advertir menor satisfacción relativa a la de los beneficiarios del componente IRA. Esto indica o una mayor complejidad del perfil del paciente o una menor adecuación del modelo de atención a sus necesidades o expectativas respecto a los pacientes de salas IRA. El estudio de casos realizado en fichas clínicas por un profesional de la salud - que carece

⁶⁴⁷ Recuérdese que esta encuesta fue contestada por el paciente o por la persona que lo acompaña a la sala si el primero no está en condiciones de salud o edad como para responder las preguntas.

⁶⁴⁸ El análisis de correlación utilizado enfrenta limitaciones. La encuesta sólo registra percepciones del entrevistado y omite variables referidas al prestador y sus características técnicas (por ejemplo, capital humano) que el beneficiario no puede observar. El análisis de correlación tampoco resuelve la determinación de la dirección de causalidad entre variables, es decir, algunas variables que se usan como explicativas podrían ser endógenas y la encuesta carece de la información que se requeriría para modelar correctamente la causalidad. Asimismo, no obstante se utilizó la manera más rigurosa de modelar las respuestas de satisfacción, reflejando la variabilidad en las alternativas que enfrentó el encuestado (muy bueno, bueno, regular, malo), esta opción (modelo probit ordenado) dificulta la interpretación cuantitativa del impacto marginal en la probabilidad de calificar positivamente la seguridad y confianza (por haber cuatro efectos multiplicadores por variable independiente, para las cuatro categorías de la variable dependiente de satisfacción). A favor de la conclusión, puede decirse que se probaron diversas especificaciones en todas las preguntas referidas al tema, y el hecho de padecer una enfermedad crónica resultó estadísticamente significativo.

de representatividad estadística – confirma el carácter crónico de los pacientes y muestra indicios de que hay mayor heterogeneidad en la calidad del manejo clínico en las salas ERA (ver sección sobre manejo de normas técnicas) que en las salas IRA.

El 67% de los encuestados habría recibido información para evitar y/o saber manejar enfermedades respiratorias y el 94% de éstos cree que dicha información fue “clara” o “muy clara”.

7.3.1.4.5 Componente Apoyo Diagnóstico

En cuanto al componente **Apoyo Diagnóstico**, al no existir una muestra de beneficiarios, no es posible distinguir entre aquellos encuestados que se realizaron una radiografía de tórax gracias al Apoyo Diagnóstico y aquéllos que lo hicieron a través del medio regular –ser derivado a otros centros médicos para la toma del examen. La encuesta indagó entre la población atendida en las salas ERA e IRA⁶⁴⁹.

Existe una evaluación positiva de los beneficiarios con respecto al acceso al lugar en que se tomaron la radiografía. El 69% señala que dicho establecimiento se encuentra a menos de 30 minutos de su consultorio y que no tuvieron que pedir hora para realizarse el examen. Los medios de transporte más utilizados son el microbús, taxibus y colectivo, y el 29% accedió caminando, sin gastar en este rubro (la mayoría habría gastado entre 500 y 1000 pesos –ida y vuelta-).

La atención es percibida como oportuna por el 69% que califica como “fácil” o “muy fácil” conseguir una hora para la toma de radiografía. No obstante, existe un 20% que se inclina por la opción “regular”.

El 71% reporta que accedió a tomarse la radiografía dentro de las 24 horas posteriores a la consulta, los casos se concentran en el tramo de menos de dos horas. El 28%, debió esperar menos de 10 minutos para ser atendido en el centro radiológico. El hecho de que la mayoría de encuestados se tome la radiografía dentro de las 24 horas posteriores a la consulta – según lo establecido en los lineamientos del componente- debe leerse con cautela, porque se desconoce cuántas de estas personas fueron beneficiarios efectivos de la compra de radiografías. Es decir, está abierta la posibilidad de que la mayor parte de los exámenes se hayan realizado en la modalidad “sin programa” y que, por tanto, la presencia del componente no esté reduciendo significativamente los tiempos de espera.

7.3.1.4.6. Componente SAPU

Un aspecto crítico en la evaluación de calidad del SAPU es la importante presencia de pacientes frecuentes. Si bien la memoria de los encuestados suele ser imperfecta en los estudios de salud, el 28% de los beneficiarios concentraría más del 60% de las consultas.

El acceso físico es satisfactorio considerando que el 58% de los beneficiarios declara haber llegado caminando la última vez que se atendió. El 27% incurrió en un máximo de 10 minutos (total ida y vuelta).

⁶⁴⁹ El equipo investigador no dispuso de información para construir un marco muestral de beneficiarios del componente Apoyo Diagnóstico, ni para distinguir cuáles de los beneficiarios de las muestras de pacientes de las salas IRA y ERA habían obtenido radiografías financiadas por el componente.

El 79% de los beneficiarios encuestados cree haber recibido un trato bueno o muy bueno. El porcentaje de insatisfacción registrado (21%) es superior al registrado en beneficiarios de salas ERA (5%), IRA (9%) y Odontológico (2%). Adicionalmente, el 68% considera que la capacidad de las personas que lo atendieron para responder a sus inquietudes fue “buena” o “muy buena”.

Se corrobora que el modelo de atención de choque⁶⁵⁰ impide mayor énfasis en el cuidado integral del beneficiario. La mayor parte de los pacientes (aproximadamente, un 68%) da cuenta de haber recibido explicaciones acerca de su enfermedad y tratamiento, pero esto no ocurre para el caso de consejos preventivos, que sólo fueron entregados a un 46% de la muestra. La claridad de los consejos es evaluada de forma positiva por el 92% de los que recibieron consejos curativos y por el 94% en el caso de las recomendaciones preventivas.

El porcentaje que se declara satisfecho con la utilidad del tratamiento (55%) es similar al del componente ERA, lo que indica un grado no menor de disconformidad. Este resultado indica que en los componentes ERA y SAPU hay espacio para mejorar la prestación y regulación de la calidad, lo cual es consistente con el estudio de casos realizado en fichas clínicas. En el SAPU, sólo se visitaron cuatro recintos pero quedó en claro la heterogeneidad de calidad, con situaciones claramente optimizables⁶⁵¹.

Sobre la infraestructura, el aspecto mejor evaluado es la calidad de las instalaciones físicas: el 77% de los encuestados manifiesta estar de acuerdo o muy de acuerdo en que éstas se encuentran en buen estado para atender a los pacientes. El 48% plantea estar de acuerdo o muy de acuerdo con la suficiencia de instalaciones físicas. Sólo un 34% de los encuestados declara estar de acuerdo o muy de acuerdo con que el número de médicos es el adecuado para entregar una atención oportuna.

El 69% percibe su seguridad y confianza en el personal médico como buena o muy buena. No obstante, el grado de insatisfacción (calificaciones de regular o mala) es de 31% y superior al registrado en los componentes ERA (9%) e IRA (16%).

Con las limitaciones de información de la encuesta – el paciente no observa todos los atributos del prestador –, los modelos estadísticos de correlación usados para estudiar las percepciones de calidad sobre los SAPU muestran que los pacientes que más veces se atienden presentan sistemáticamente la peor percepción en varios de los aspectos de calidad consultados (capacidad del personal para resolver sus inquietudes, suficiencia de instalaciones físicas y de médicos), así como aquéllos cuya atención dura menos – esto último puede estar relacionado con la gravedad del mal y/o con la calidad del prestador -. Adicionalmente, en algunas áreas la evaluación es menos favorable en beneficiarios de los SAPU del norte del país (por ejemplo, en el trato recibido, en la capacidad del personal de resolver sus inquietudes, suficiencia de instalaciones físicas y médicos), o del sur (suficiencia de instalaciones físicas y médicos), en ambos casos respecto a aquellos ubicados en el centro (regiones quinta y metropolitana)⁶⁵².

⁶⁵⁰ Como ya se mencionó, la atención de choque resuelve la urgencia inmediata del paciente sin un registro ni seguimiento riguroso de sus condiciones pasadas y futuras de salud.

⁶⁵¹ La evaluación de aspectos de calidad técnica - no necesariamente verificables en la satisfacción del usuario - forma parte de los resultados intermedios, por lo que se presenta en dicha sección.

⁶⁵² Respecto a las limitaciones del método de análisis estadístico utilizado, ver nota al pie 37.

7.3.2. Resultados Intermedios

7.3.2.1. Componente Fondo de Incentivo

Los Términos Técnicos de Referencia solicitaron evaluar: (i) el grado de disminución de las listas de espera de interconsultas; (ii) el uso del sistema de registro de las referencias efectuadas por profesionales del establecimiento; (iii) los cambios de conducta en niños de 6 y 12 años derivados de las acciones de salud bucal desarrollados a través del alta odontológica y (iv) el uso, funcionamiento y nivel de respuesta de las OIRS.

Respecto a las hipótesis de causalidad para los ítemes (i) y (ii), el equipo investigador considera que la disminución de listas de espera de interconsultas depende del plazo y rigurosidad de la aplicación del sistema de registro y gestión. En el corto plazo, se esperaría una reasignación de demanda (priorización de pacientes en la lista que no necesariamente reduce la lista o el tiempo de espera para todos los beneficiarios). En el mediano plazo, un monitoreo de la capacidad resolutive de los profesionales del establecimiento podría impactar en una mejor coordinación con los niveles secundario y terciario y en una evaluación de la capacidad de los profesionales de hacer una derivación pertinente. No se dispuso de información para emitir juicios sobre estos efectos⁶⁵³.

En el caso del cambio de conducta derivado de las altas odontológicas en niños de 6 y 12 años, resultaba imposible ubicar a los beneficiarios dado que existe heterogeneidad en la manera en que éstos acceden al servicio en los distintos establecimientos de atención primaria. En muchos casos, los niños eran enviados desde el colegio, por lo que no tenían ficha en el consultorio, así resultaba imposible encontrar a la madre del niño atendido.

A partir de la encuesta a beneficiarios del PRAPS, se pudo obtener indicadores sobre el uso y nivel de respuesta de las OIRS. Se encontró una evaluación favorable de aquellos que utilizaron este servicio. El 70% de los encuestados (beneficiarios del PRAPS en general) recibió algún tipo de respuesta a su inquietud. Más del 90% de las veces ésta se entregó directamente en el consultorio y el mismo día que se requirió el servicio, ya sea para hacer un reclamo, pedir información, u otro. El 84% se considera “muy satisfecho” o “satisfecho” con la respuesta recibida.

7.3.2.2. Componente Odontológico para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos

Entre los resultados intermedios esperados, destaca el nivel de resolutive del componente, definido como la capacidad del mismo para dar una solución determinante a los problemas de salud dental de sus beneficiarios por un lapso de tiempo mínimo⁶⁵⁴.

653 No se contó con información acerca de las referencias efectuadas por profesionales del establecimiento al nivel secundario y terciario en el caso de la línea gestión y registro de listas de espera de interconsulta. Se pudo constatar en terreno la existencia de heterogeneidad de registros entre consultorios, e incluso la inexistencia de éstos en algunos casos.

654 De acuerdo a las opiniones de odontólogos consultados, es difícil establecer la magnitud de este espacio temporal cuando no ha sido previamente definido por el componente. Esto se debe a que el tiempo que los beneficiarios permanezcan con su dentadura sana guarda una estrecha relación con sus hábitos de alimentación e higiene, las cuales pueden ser muy variables entre distintas personas aún cuando éstas hayan recibido la misma educación por parte del componente. No obstante, sin perder de vista estas consideraciones, la mayoría de las opiniones consultadas variaron en torno a dos años como un lapso razonable.

La evaluación se basó en las opiniones de la encuesta a beneficiarios sobre la necesidad de atenciones dentales con posterioridad al alta odontológica integral y la capacidad del componente para atender dichas demandas⁶⁵⁵, y en el estudio de calidad técnica efectuado en terreno por odontólogos y coordinado desde el nivel central durante el año 2004⁶⁵⁶.

Se espera que los beneficiarios realicen un uso efectivo de las prótesis entregadas por el componente. La evaluación se basa en las respuestas de la encuesta a beneficiarios en relación a la frecuencia de utilización de la(s) prótesis y sus determinantes.

El estudio de los cambios de conducta de los beneficiarios promovidos por las actividades educativas del componente se basa en información de la encuesta a beneficiarios (tanto grupo control como tratamiento). Todas las variables de resultado (ámbitos de higiene dental) se analizaron con distintas especificaciones de variables independientes y métodos “cuasi-experimentales” que estiman el efecto marginal de la participación del programa utilizando estimadores de corte transversal (Efecto Promedio del Programa y el Efecto Promedio del Programa sobre los Participantes), así como mediante modelos de diferencias en diferencias⁶⁵⁷.

También se espera una mejora en el índice COPD de los beneficiarios. Ésta se evidencia en datos de producción a nivel de Servicios de Salud que indican la reducción de piezas cariadas en la población objetivo. El equipo evaluador sólo pudo realizar una aproximación general al número de piezas recuperadas por el componente⁶⁵⁸, debido a que el único dato de COPD proporcionado por MINSAL corresponde a la descomposición del índice de los beneficiarios al momento de ingresar al componente

a) Nivel de resolutiveidad

El 42% de los beneficiarios reporta haber sentido la necesidad de nuevas atenciones tras el alta integral. Sin embargo, sólo el 41% de este subconjunto las pide en el mismo

⁶⁵⁵ Cabe recordar que los beneficiarios del componente odontológico recibieron el alta odontológica integral aproximadamente un año antes de la fecha en que fueron encuestados, por lo que la necesidad de atenciones dentales posteriores, de existir, se generó a lo largo de dicho año.

⁶⁵⁶ Si bien, a nivel central se recopilaban los datos de evaluación enviados por un importante número de comunas de todo el país, los resultados globales de este estudio no fueron agregados ni publicados por MINSAL, por lo que el análisis de estadística descriptiva fue realizado enteramente por el equipo evaluador. Cabe señalar también que dicho estudio de calidad está basado en beneficiarios que recibieron el alta integral con dos años de anterioridad, por lo que el horizonte en el cual se pueden haber generado nuevas necesidades odontológicas es superior al que se tiene para el caso de los datos de encuesta. Para mayor detalle sobre el estudio de calidad, consultar Anexo N°13.

⁶⁵⁷ El análisis realizado testeó el supuesto de identificación del método de *matching* (los grupos de tratamiento y control son estadísticamente similares en sus variables de resultado previas a la participación en el componente) y no logró rechazarlo. No obstante, el método de *matching* no controla por diferencias no observables entre ambos grupos, aspecto en el cual es más adecuada la estimación por diferencias en diferencias, que controla los sesgos por variables no observables. No se dispuso de datos suficientes para testear el supuesto de identificación del enfoque de diferencias en diferencias (igualdad en las sendas de evolución de los grupos de tratamiento y control), puesto que ante las dificultades de memoria de los encuestados se omitieron preguntas referidas a un período “anterior” al período pre programa. La metodología y el resumen de las estimaciones realizadas por ambos métodos se encuentran en el capítulo II (sección 3.0 y 3.3., respectivamente) y se detallan en el Anexo 6. En ambas metodologías, se utilizaron variables de control referidas a zona geográfica de residencia, escolaridad, edad, sexo, ingresos, acceso previo a tratamiento dental, entre otras.

⁶⁵⁸ El término “recuperadas” introduce cierta ambigüedad por cuanto, al no contar con los índices COPD de salida, no es posible conocer si las piezas cariadas fueron obturadas o extraídas.

lugar de atención del componente. Sólo un 46,5% de las personas que solicitan nuevas atenciones al componente las reciben, mientras que cerca de un 30% (equivalente a un 56% de quienes declaran no haber recibido) es dejado en lista de espera para atenciones futuras. El 79% del grupo de pacientes que solicitaron y recibieron nuevas atenciones fue atendido antes de 15 días. Esta información indica que existe espacio para avanzar en el seguimiento de los pacientes y en la resolutivez de la atención dental.

El vínculo entre resolutivez y calidad técnica se analizó con información de una evaluación de 322 beneficiarios del año 2002 realizada por MINSAL en 2004, en 60 comunas y 11 Servicios de Salud. La revisión de fichas clínicas y del paciente de manera directa muestra resultados en general satisfactorios y algunas áreas optimizables por el componente⁶⁵⁹. El 44% de personas examinadas presentaba algún tipo de daño periodontal, principalmente inflamación de encías. El 81% tenía la mucosa subprotésica en estado satisfactorio. El 56% de los casos reportados carecían de caries. Sin embargo, entre los que presentaron caries, la mayor parte de éstas se encontraron en piezas no obturadas anteriormente. Esto último podría aludir a la calidad de la educación y prevención que entrega el componente y/o a la complejidad inherente a las acciones educativas orientadas a adultos de baja escolaridad.

b) Uso de prótesis

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

Al consultar sobre las razones por las cuales los beneficiarios no utilizan siempre las prótesis, se encuentran motivaciones similares para ambos tipos, siendo las dos más mencionadas: que “no la siente cómoda” (63% en el caso de prótesis superior y 53% en el de prótesis inferior) y que “le hace daño utilizarla” (36% de las respuestas en prótesis superior y 43% en prótesis inferior). El argumento “la prótesis se encuentra en mal estado” resulta ser el tercero en orden de importancia para el caso de prótesis superior (15%) y el cuarto para el caso de prótesis inferior (17%). Esto indica que la mayoría de reparos de los beneficiarios se relacionan a la calidad de la(s) prótesis.

c) Cambios en conducta de los beneficiarios

De los beneficiarios que recibieron consejos de aseo dental, el 79% señaló ponerlos en práctica siempre. Para los que recuerdan que se les entregó recomendaciones sobre su alimentación, dicho porcentaje es de 66%.

La comparación entre los beneficiarios y el grupo de control encuestados no permiten concluir un efecto positivo del componente sobre la higiene dental. Algunas estimaciones de matching en corte transversal muestran resultados estadísticamente significativos, por haber participado en el componente, pero no se encuentran impactos para estas mismas variables (probabilidad de tener un cepillo de dientes de uso personal; probabilidad de lavarse los dientes más de tres veces al día; la probabilidad de cambiar el cepillo de dientes cada 2 meses máximo, y la de mantener el mismo cepillo por 6 meses o más) en ninguna de las estimaciones de diferencias en diferencias.

⁶⁵⁹ Dicho estudio carece de representatividad estadística por no haber aleatoriedad en el grado de respuesta de unas comunas y Servicios respecto a otros.

d) Mejoramiento del índice COPD

El mejoramiento del índice COPD⁶⁶⁰ se estudió a partir de la información de veinte Servicios de Salud⁶⁶¹. Se realizó una proyección del número de piezas tratadas a nivel nacional de acuerdo al producto entre el número promedio de piezas cariadas entre los veinte Servicios de Salud que presentan información y el número total de altas odontológicas entregadas por el componente en todo el país durante 2003. En dicho año, el componente habría tratado a nivel nacional aproximadamente 140.548 piezas dentales. Los mayores valores para este indicador se registran en los Servicios de Salud cercanos a grandes zonas urbanas, como el Metropolitano Occidente (16.512), Metropolitano Sur Oriente (9747), Viña del Mar (9.216) y Concepción (9.210). Se carece de información sobre años anteriores como para evaluar la evolución de la eficacia del componente en este indicador.

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

De acuerdo a los términos de referencia y la opinión de equipo evaluador, los resultados intermedios esperados del Componente IRA se pueden clasificar en cuatro aspectos: (i) Nivel de resolutivez, el que se evalúa a través de la información obtenida de la encuesta a los beneficiarios del componente y del estudio de casos realizado por un experto de la salud; (ii) Cambios en la conducta de los beneficiarios, analizados con información obtenida de la encuesta a los beneficiarios del componente; (iii) Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas, el cual se evaluó a partir del estudio de casos realizado por un experto de la salud y el análisis de la información cualitativa y (iv) Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico y derivación del nivel primario, tema que no se aborda debido a la falta de información y bases de datos del componente.

a) Nivel de resolutivez de las salas IRA

La capacidad resolutivez de las salas **IRA** es adecuada según la encuesta, considerando que el 11% de los encuestados fue derivado para ser atendido en otro centro de salud. El 77% percibe que los pacientes se recuperaron gracias al tratamiento que recibieron.

b) Cambios en la conducta de los beneficiarios

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

c) Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas.

El análisis de la información del estudio de casos realizado por un profesional de la salud especialista en medicina familiar indica que, de acuerdo a la información

⁶⁶⁰ Caries, piezas obturadas, piezas perdidas por caries, dientes permanentes.

⁶⁶¹ Esta información es la única con que se cuenta a nivel central, de modo que no es posible realizar un análisis más completo, ni que incluya un mayor número de años. El número de piezas tratadas fue calculado como el promedio de piezas cariadas que presentaban los beneficiarios de cada Servicio de Salud antes de su ingreso al componente, ponderado por el número total de altas realizadas. El supuesto que subyace a este análisis es que todas las piezas cariadas de los beneficiarios efectivos del componente fueron tratadas, lo cual implica que pueden haber sido obturadas o extraídas según necesidad. El hecho de no contar con datos de COPD con posterioridad a las atenciones del componente impide diferenciar entre ambas situaciones.

registrada en la ficha clínica de los pacientes atendidos en los días⁶⁶² y las salas seleccionadas para este estudio⁶⁶³, el manejo clínico fue en una gran mayoría concordante con las normas técnicas de IRA del Ministerio de Salud, tanto en las indicaciones médicas, como en el manejo kinésico.

7.3.2.4 Componente de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)

De acuerdo a los términos de referencia y la opinión de equipo evaluador, los resultados intermedios esperados del Componente ERA se pueden clasificar en cuatro aspectos: (i) Nivel de resolutivez, el que se evalúa a través de la información obtenida de la encuesta a los beneficiarios del componente y del estudio de casos realizado por un experto de la salud; (ii) Cambios en la conducta de los beneficiarios, analizados con información obtenida de la encuesta a los beneficiarios del componente; (iii) Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas, el cual se evaluó a partir del estudio de casos realizado por un experto de la salud y el análisis de la información cualitativa y (iv) Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico y derivación del nivel primario, tema que no se aborda debido a la falta de información y bases de datos del componente.

a) Nivel de resolutivez de las salas ERA

Las salas **ERA** son altamente resolutivas según la encuesta: sólo el 15% de los pacientes fue derivado por el componente para ser atendido en otro centro de salud. El 74% indica que solucionó el motivo de la consulta con el tratamiento recibido en las salas y que los beneficiarios se recuperaron gracias a dicho tratamiento.

b) Cambios en la conducta de los beneficiarios

El 85,41% de los encuestados que recibieron consejos señalan que los practican “siempre” o “muy seguido”.

c) Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas.

Respecto al manejo de normas técnicas ERA y protocolos, los datos del estudio de casos en fichas clínicas muestran que el manejo clínico de estos pacientes de acuerdo a las normas técnicas es variable en cada sala y fue frecuente encontrar casos con estudio incompleto y manejo inadecuado. Según la opinión del experto que realizó el estudio de casos, es posible que parte de estas deficiencias estén relacionadas con el acceso a estudio diagnóstico, lo cual fue más notorio en los consultorios fuera de la Región Metropolitana⁶⁶⁴.

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

⁶⁶² Un día del mes de enero y un día del mes de julio seleccionados aleatoriamente. No obstante los casos revisados fueron escasos (como corresponde en esta metodología) y los consultorios y regiones elegidos de manera no aleatoria, por lo que el estudio carece de representatividad estadística. Se visitaron 4 consultorios en las Regiones Metropolitana, IV, y VI.

⁶⁶³ La desagregación y el detalle de la muestra y los casos estudiados se pueden ver en el Anexo N°13

⁶⁶⁴ Se visitaron 4 consultorios en las Regiones Metropolitana, IV, y VI.

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

El principal resultado esperado se refiere a la capacidad de resolutivez, asociada al diagnóstico oportuno realizado con radiografías de tórax, y se evaluó con información de la encuesta y el estudio de casos en fichas clínicas.

La resolutivez del componente confirma la evaluación positiva de las salas ERA e IRA (a las cuales apoya), ya que un 90% de quienes se tomaron una radiografía declaran seguir controlándose en estos recintos luego de obtenido el diagnóstico. Al comparar el motivo por el cual le pidieron la radiografía y el diagnóstico ex post, éstos coinciden en un 62,26% de los casos (se advierte que este reporte del usuario puede ser erróneo).

El estudio de casos realizado por un profesional del área de la salud⁶⁶⁵, compara los diagnósticos ex -ante y ex -post de 30 pacientes revisados, en un 50% de ellos se estimó que la solicitud de radiografía no era pertinente⁶⁶⁶. Sin embargo, el profesional señala que no es posible determinar la causa exacta de este problema, puede deberse tanto a déficit en los registros de las fichas clínicas como a desconocimiento de los médicos tratantes.

7.3.2.6 Componente Servicio de Atención Primaria de Urgencia

Los principales resultados intermedios esperados son los siguientes: (i) Un mejoramiento en el nivel de resolutivez, el cual se analiza según las opiniones vertidas en la encuesta a beneficiarios sobre la necesidad de atenciones médicas posteriores incluyendo derivaciones a centros de emergencia de mayor complejidad; (ii) el grado de conocimiento y cumplimiento de protocolos y normas técnicas de la atención en SAPU, como indicadores de calidad, tema que se evalúa con información del estudio de casos referido a la calidad técnica y pertinencia de los tratamientos; (iii) Posibles cambios de conducta de los beneficiarios inducidos por las actividades educativas del componente, analizados con información de la encuesta.

a) Nivel de Resolutivez

En el caso de los SAPU, se registra como argumento a favor de su resolutivez el bajo porcentaje que es derivado – menor del 3% de acuerdo a catastro de MINSAL a los recintos y 8% según la memoria de los encuestados. Por otro lado, el 66% de encuestados reconoce no haber recibido otras atenciones con posterioridad a la última consulta en SAPU para resolver el mismo problema de salud. Sin embargo, dentro de ese conjunto, el 34% manifiesta haber necesitado nuevas atenciones. Por tanto, el porcentaje de personas que quedó conforme con el tratamiento entregado en SAPU y no requirió de atenciones adicionales constituye el 44% del total de la muestra. Esto sugiere cautela al evaluar la resolutivez, así como el hecho de que los SAPU atienden una mayoría de policonsultantes, dentro de los cuales debiera predominar la morbilidad general de tipo agudo o crónico.

⁶⁶⁵ Para mayor detalle ver Anexo N°13: Estudio de Casos. Se visitaron todas las salas IRA y ERA de sus correspondientes estudios, en las regiones Metropolitana, IV y VI.

⁶⁶⁶ Nótese que este estudio no es estadísticamente representativo, por lo tanto no se pueden extrapolar las conclusiones para todos los establecimientos de atención primaria que cuentan con el componente.

La mayor parte de los beneficiarios, de no haber podido atenderse en SAPU, hubiese optado por la atención pública hospitalaria. En efecto, las alternativas “servicio de urgencia de hospital público” y “hospital del SNSS” reúnen en conjunto al 66% de las preferencias, lo que permite suponer una contribución del Servicio de Atención Primaria de Urgencia en la descongestión de los establecimientos hospitalarios⁶⁶⁷.

b) Cambios en la conducta de los beneficiarios

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

c) Grado de conocimiento y cumplimiento de los protocolos y normas técnicas.

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

En general, todos los pacientes son controlados en sus signos vitales, pero no siempre la información disponible en las hojas de atención permite precisar diagnósticos y manejo terapéutico con exactitud en todos los establecimientos⁶⁶⁸, lo que revela un problema de calidad en los registros. También se observó heterogeneidad en la derivación de pacientes. En algunos recintos la totalidad de los pacientes derivados a centros de urgencia de mayor complejidad correspondieron a urgencias no-vitales o vitales, y los traslados se realizan en forma oportuna y en vehículos perfectamente habilitados para ello (salvo decisión voluntaria del mismo paciente). En otros, se detectaron varias deficiencias en el manejo y decisión de traslado a otros centros asistenciales, por cuanto parte de éstos que pudo haberse evitado.

7.3.3. Resultados Finales

Se estudió el impacto del PRAPS en aquellos componentes en que se dispuso de adecuadas hipótesis causales, metodología robusta e información adecuada para la evaluación.

7.3.3.1. Componente Odontológico

El Componente Odontológico tiene entre sus objetivos recuperar integralmente la salud bucal de sus beneficiarios. En este sentido, a nivel de resultados finales se plantean las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1: Los beneficiarios tienen mejor percepción de su salud bucal

⁶⁶⁷ El equipo evaluador intentó plantear un modelo de datos de panel para encontrar una posible relación causal entre las consultas a nivel de SAPU y de urgencia hospitalaria en la Región Metropolitana, la escasez de datos (después de realizar las gestiones en todas las instancias relevantes del MINSAL) y su discontinuidad impidió la configuración de un modelo robusto. Por estos motivos, se desestimó dicha posibilidad. No obstante, a través de las opiniones de los mismos beneficiarios expresadas en la encuesta es posible conocer a grandes rasgos qué tipo de centros de atención médica podrían estar siendo descongestionados gracias a la existencia de establecimientos SAPU, aún cuando su impacto no pueda ser cuantificado.

⁶⁶⁸ Esto equivale a decir que existe una alta heterogeneidad entre establecimientos en relación al tipo de información que registran sobre las pacientes y las atenciones brindadas. Lo anterior dificulta la obtención de conclusiones contundentes sobre el servicio entregado, por cuanto no queda claro si el déficit se encuentra en la calidad de la atención, en la calidad del registro, o en ambos.

Además, como ya se señaló anteriormente, diversos documentos reconocen que la recuperación de la salud bucal mejora la autoestima y por ende podrían favorecer la inserción laboral⁶⁶⁹. Dadas estas consideraciones y, aunque la inserción laboral no es objetivo específico de este componente, se agregan las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 2: Los beneficiarios trabajan una mayor proporción de horas mensuales
- Hipótesis 3: Los beneficiarios tienen mayores salarios
- Hipótesis 4: Los beneficiarios tienen mayor estabilidad laboral

Tal como en el análisis de resultados intermedios, las variables de resultado se analizaron con distintas especificaciones de variables independientes y métodos cuasiexperimentales que estiman el efecto marginal de la participación del programa utilizando estimadores de corte transversal (Efecto Promedio del Programa y el Efecto Promedio del Programa sobre los Participantes), así como mediante modelos de diferencias en diferencias.

En resumen, los beneficiarios tienen en promedio una mejor apreciación de su salud dental. El impacto por participar en el componente indica un aumento de 23 puntos porcentuales en todas las estimaciones de *matching* usando la mejor combinación de controles (método kernel) de corte transversal (percepción en período post programa). Del método de diferencias en diferencias (y controlando por todas las variables relevantes), se obtiene que al pasar del período pre programa (2002) al post-programa (2004), la probabilidad de percibir una buena salud dental es mayor en 35 puntos porcentuales para los beneficiarios⁶⁷⁰. No fue posible identificar que el componente haya tenido algún efecto sobre la empleabilidad y los ingresos de los beneficiarios⁶⁷¹.

7.3.3.2. Componente IRA

El componente IRA tiene entre sus objetivos el de reducir la mortalidad infantil por enfermedades respiratorias agudas. Las hipótesis testeadas estadísticamente fueron:

- Hipótesis 1: El componente IRA reduce la mortalidad por causas respiratorias en los menores de un año.
- Hipótesis 2: El componente IRA reduce la mortalidad por causas respiratorias en los menores de 15 años.

La metodología utilizó modelos de panel⁶⁷², siendo las unidades de análisis los Servicios de Salud en el período 1987- 2000. Se usaron dos variables de resultado (Y): la mortalidad por enfermedades respiratorias en los menores de un año y la mortalidad por enfermedades respiratorias en los menores de 15 años⁶⁷³.

⁶⁶⁹ MINSAL, División de Gestión Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003d y 2004a)

⁶⁷⁰ En todos los casos mencionados el impacto tuvo un nivel de significancia estadística de 1%.

⁶⁷¹ No se registraron efectos en variables de situación laboral después de haber realizado estimaciones por los métodos de *matching* en corte transversal y de diferencias en diferencias.

⁶⁷² Un modelo de panel es un enfoque estadístico que utiliza información de individuos (o “unidades”) a lo largo de un determinado período de tiempo.

⁶⁷³ Es necesario precisar que aunque la población objetivo del componente IRA son los beneficiarios FONASA, los modelos utilizados en la presente sección no diferencian las defunciones de los beneficiarios de los sistemas de salud público y privado ya que las bases de datos de defunciones no realizan dicha desagregación.

Las variables independientes usadas se refieren a la presencia del componente (número de salas IRA por cien mil habitantes, el cual se estima como el coeficiente entre el número de salas IRA y la población menor de 15 años multiplicado por cien mil) y variables de control de tipo socioeconómico: tres referidas a pobreza (incidencia, brecha de pobreza y severidad de la pobreza); dos basadas en la educación de la madre (porcentaje de mujeres mayores de edad que tienen un nivel educacional superior a la educación básica en los hogares con menores, y la escolaridad promedio de las mujeres mayores de 18 años en los hogares de menores); y la existencia de la “Campaña de Invierno” (con un fuerte componente comunicacional desde 1994)⁶⁷⁴.

Después de realizar diversas estimaciones para evaluar la robustez del resultado final, se obtiene que el componente tiene un impacto negativo y estadísticamente significativo sobre la mortalidad por causas respiratorias en los menores de un año: si en un Servicio de Salud de cien mil habitantes menores de 15 años se incrementa en uno el número de salas IRA, la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de un año se reduce en 5,8%⁶⁷⁵. A la vez, si en un Servicio de Salud de cien mil habitantes menores de 15 años se incrementa en uno el número de salas IRA, la mortalidad por enfermedades respiratorias en menores de 15 años debiera disminuir en 5,0%⁶⁷⁶.

7.3.3.3. Componente ERA

El objetivo general del componente ERA es reducir la mortalidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias del adulto en Chile. La hipótesis a ser testeada estadísticamente indica que las salas contribuyen a reducir la mortalidad por causas respiratorias en los mayores de 65 años (adultos mayores).

La misma metodología de panel se aplicó al componente ERA para el período 2000-2002⁶⁷⁷. Se correlacionó la mortalidad por causas respiratorias en mayores de 65 años con variables independientes referidas a la presencia del componente (número de salas ERA) y variables de control (Gasto Público por Habitante, Atenciones Médicas en el Programa Adulto Mayor y Atenciones Médicas en el Programa Adulto Mayor en la Atención Primaria). Se obtuvo que la presencia de una sala ERA por cien mil habitantes mayores de 20 años reduce la mortalidad por enfermedades respiratorias en adultos mayores en alrededor de 8,3%⁶⁷⁸.

⁶⁷⁴ Hubiera sido deseable contar con información respecto al gasto en salud (en particular a la eficiencia del gasto) en cada uno de los Servicios de Salud, variable que hace referencia a las atenciones del conjunto del sistema público de salud. Sin embargo, no se obtuvieron los datos solicitados por el equipo evaluador en la totalidad del periodo 1987 – 2000. La información recolectada por el equipo evaluador en el MINSAL tanto a nivel central como en los servicios de salud, indicaría que los criterios de instalación de salas IRA no están correlacionados con los recursos de cada uno de los Servicios de Salud, razón por la cual su omisión no alteraría la propiedad de insesgadez del coeficiente β del modelo de panel.

⁶⁷⁵ Con 95% de confianza este intervalo se encuentra entre -6,5% y -5,1%.

⁶⁷⁶ Con 95% de confianza este intervalo se encuentra entre -5,8% y -4,1%.

⁶⁷⁷ Las salas funcionan desde 2001 pero se agregaron datos del año 2000 para capturar la situación “sin programa”.

⁶⁷⁸ Con 95% de confianza este intervalo se encuentra entre -11,7% y -4,9%. Cabe aclarar que los modelos usados (corregidos por Mínimos Cuadrados Generalizables Factibles), el coeficiente estimado en la variable “Salas ERA por cien mil habitantes” difiere significativamente entre éstos, variando entre -0,059 y -0,157, lo cual hace pensar en la existencia de alguna variable omitida en el modelo que podría estar produciendo sesgo en el coeficiente “Salas ERA por cien mil habitantes”. Teóricamente los coeficientes estimados en los modelos de efectos fijos son una cota inferior del verdadero valor del coeficiente (en valores absolutos), mientras que los modelos de efectos aleatorios son un coeficiente superior. Dadas

7.4. Uso de recursos

7.4.1. Análisis de los recursos financieros y Economía

La evaluación del período 1999-2003 indica un compromiso creciente del Estado con el financiamiento del PRAPS, a la vez que una capacidad significativa del Programa de movilizar recursos de terceros, especialmente aportes municipales⁶⁷⁹.

El aporte fiscal al PRAPS aumentó de MM\$ 10.700 (en pesos de 2004) a MM\$ 15.532 en dicho periodo. El componente más importante es el SAPU cuya participación del aporte fiscal del PRAPS ha fluctuado alrededor del 50%. El presupuesto para las salas IRA ha variado entre el 22% y 26% del aporte fiscal del PRAPS en el periodo evaluado. En 2003, la participación de los componentes SAPU, Sala IRA, Odontológico, Sala ERA, Fondo de Incentivo y Apoyo Diagnóstico del presupuesto total del programa ha sido de 47%, 22%, 13%, 9%, 8% y 2%, respectivamente.

Mediante métodos de costeo de la canasta de prestaciones o de los establecimientos (salas ERA, IRA) se estimó el gasto efectivo del PRAPS, el que asciende a MM\$ 15.000 en 1999 y MM\$ 25.000 en 2003⁶⁸⁰.

A diferencia de los demás componentes, el Fondo de Incentivo ha visto disminuido su aporte fiscal desde \$1,9 a \$1,2 miles de millones entre 1999 y 2003. Esta reducción se explicaría por el cambio en las líneas de acción, ya que inicialmente estaban orientadas a áreas sanitarias, consideradas como más costosas.

El aporte fiscal al Componente Odontológico fue en el año 2003 igual a \$2 miles de millones. Durante el periodo comprendido entre 1999 y 2003, éste aumentó alrededor de 3,7 veces, principalmente por el incremento en el número de altas y prótesis fijadas como metas. El aporte municipal como proporción del gasto efectivo aumentó de 10% a 18% entre 1999 y 2003.

estas consideraciones resulta conservador presumir que el verdadero valor fluctúa entre -0.059 y -0.157, por ello se seleccionó como mejor regresión la mencionada. Cabe agregar que en los primeros años de funcionamiento del componente (período analizado en el modelo), las salas instaladas se han concentrado en la Región Metropolitana, lo cual sugeriría que a nivel nacional los criterios socioeconómicos no estarían correlacionados con la decisión de instalar una Sala ERA.

⁶⁷⁹Conviene aclarar algunas definiciones utilizadas en los cálculos: (i) **Aporte Fiscal:** son las transferencias que se realizan desde el nivel central a los municipios y Servicios de Salud, específicamente para la ejecución de los componentes del PRAPS; (ii) **Transferencias Estimadas de Otras Instituciones Públicas:** son los aportes que realizan los administradores de establecimientos de dependencia de los Servicios de Salud para la ejecución de los componentes del PRAPS y son complementarios al Aporte Fiscal. (iii) **Otras Fuentes Estimadas (aportes de terceros, aportes de beneficiarios):** son los aportes que realizan los administradores de establecimientos municipales para la ejecución de los componentes del PRAPS y son complementarios al Aporte Fiscal. (iv) **Gasto Efectivo Estimado:** son las estimaciones realizadas en el presente estudio del gasto total de cada uno de los componentes del PRAPS.

⁶⁸⁰ Cabe advertir que no existe información oficial sobre el gasto total (efectivo) del PRAPS, ni de los aportes realizados por los ejecutores de los componentes en los establecimientos municipales o dependientes de Servicios de Salud, complementarios a las transferencias realizadas desde el nivel central para la ejecución de cada uno de los componentes. Por esto, se estimó el gasto total de cada uno de los componentes del PRAPS, adecuándose a las restricciones de información. En el componente Odontológico, el gasto efectivo se estimó como el producto entre el número de altas realizadas y el costo asociado a cada una de ellas; en los componentes IRA y ERA, como el producto entre el número de salas y el costo promedio de cada una; en el componente SAPU, como el producto entre el número de SAPU y el costo promedio de uno de ellos (tanto SAPU cortos como SAPU largos).

El aporte fiscal al componente IRA aumentó en 43%, debido principalmente al incremento en el número de salas. Según las estimaciones elaboradas en el presente estudio, el financiamiento proveniente de los Servicios de Salud y de terceros (municipios) ha sido desde el año 2001 mayor que el aporte fiscal, por el incremento sostenido en la participación de los recursos municipales. El aporte municipal como proporción del gasto efectivo creció de 32% a 42% entre 2000 y 2003.

El aporte fiscal al componente ERA creció en 7,6 veces desde su inicio (2001) hasta 2003, siendo igual a \$1,4 miles de millones en el último año. Este aumento se debió principalmente al incremento del número de salas. Los recursos provenientes de municipios y Servicios crecieron en el periodo analizado de \$113 a \$910 millones. El aporte municipal como proporción del gasto efectivo se incrementó de 29% a 37% entre 2002 y 2003.

En el componente Apoyo Diagnóstico, desde el año 2002 al 2003, el aporte fiscal por MINSAL creció en 60%, de \$231 millones a \$368 millones, debido a la mayor cobertura del Componente (su presencia se expandió de 39 a 141 comunas).

Respecto al componente más relevante en términos presupuestarios (SAPU), el aporte fiscal creció de 5,9 a 7,2 miles de millones de pesos. El aporte municipal como proporción del gasto efectivo aumentó de 24% a 33% entre 1999 y 2003.

En el total del PRAPS, los aportes de municipios y Servicios se incrementaron en alrededor de \$4,2 miles de millones, entre 2000 y 2003, siendo más significativo el aporte municipal – dado que el Programa tiene mayor presencia en establecimientos de su jurisdicción - y también por los mayores costos que enfrentan los municipios en recursos humanos respecto a consultorios dependientes de Servicios de Salud. La participación del aporte municipal como porcentaje del gasto efectivo creció de 25% en 2000 a 32% en 2003⁶⁸¹.

7.4.2. Eficiencia

Se construyeron algunos indicadores específicos por componente para realizar comparaciones con referentes “internos” o externos (contrafactuales), dado el carácter limitado y deficiente de la información entregada por los Servicios de Salud.

En el componente Odontológico, el índice de producción que pondera las prestaciones identificadas por el monto en que éstas son valorizadas creció en 3,9 veces entre 1999 y 2003, mientras el aporte fiscal lo hizo en 3,7 veces. Esta mejoría de la eficiencia en 7% es destacable considerando que en el período analizado el componente se expandió principalmente en las comunas tipo rural pobre, rural no pobre y tipo costo fijo, las cuales en promedio tienen costos mayores que las comunas urbanas.

El costo de la canasta de prestaciones promedio del componente (que fluctúa según tipo de comunas entre 74 y 104 mil pesos por beneficiario) es inferior al valor que se

⁶⁸¹ Bajo el supuesto de que el gasto en los componentes Apoyo Diagnóstico y Fondo de Incentivo son aproximadamente iguales a su aporte fiscal. Si bien este supuesto es razonable, se carece de información para validarlo totalmente.

obtendría con los aranceles FONASA (98 mil pesos) en todas las comunas, con excepción de las de tipo rural pobre y costo fijo⁶⁸².

En el componente IRA, el arancel Fonasa para una infección respiratoria aguda (pago asociado a diagnóstico) es de \$260.000 por caso⁶⁸³, mientras que las prestaciones realizadas en las salas IRA tienen un valor por prestación que no supera los \$3.900, lo cual lleva a concluir el significativo ahorro de recursos por el tratamiento oportuno en las salas. Del mismo modo, los aranceles Fonasa para las consultas integrales de especialidades en hospitales tipo 1, 2 y 3 son de \$4.900 y \$3.800 por atención, respectivamente, precio mayor al costo estimado de las consultas médicas en Salas IRA en la mayor parte de categorías comunas y prestaciones (médica, kinésica).

Análogamente, el tratamiento de una infección respiratoria aguda y el día cama integral para enfermos geriátricos o crónicos tienen un arancel de \$260.000 (pago asociado a diagnóstico)⁶⁸⁴ y \$23.000, respectivamente, valores que exceden largamente el costo estimado de las atenciones de las salas ERA, que oscila entre \$1.400 y \$4.500 por prestación dependiendo del tipo de profesional que entrega el servicio y el tipo de comuna.

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

En el SAPU, el índice agregado de producción relativo a la asignación presupuestaria no se modificó entre 2001 y 2003. El rendimiento de un SAPU corto (7,5 consultas por hora médica) es mayor que el de uno largo (5,4). Asimismo, el costo potencial de las consultas médicas no excede para ningún tipo de comuna los \$1000, cantidad muy inferior en comparación con el arancel FONASA para consulta médico de atención primaria (\$3.040) y el correspondiente a la consulta en un servicio de urgencia de Hospital tipo 1 (\$8.000). Debe advertirse que, si bien los SAPU son una estrategia económica respecto a los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) y los consultorios de atención primaria, las atenciones en SAPU no son estrictamente comparables con su contrafactual en consultorios en términos de calidad, ya que esta última es parte de un sistema más completo que incorpora el concepto de atención integral (seguimiento, prevención, historia clínica, etc.).

7.5. Desempeño global

El PRAPS está formado por componentes heterogéneos en sus objetivos y en las unidades de medición de beneficios. Por tanto, no es factible agregarlos ni emitir

⁶⁸² La tipología de establecimientos municipales tiene dos dimensiones: ruralidad y pobreza. La pobreza está referida no a la población sino a los ingresos municipales. Las comunas tipo Costo Fijo son comunas con población menor de 3500 beneficiarios FONASA. El tipo "SERVICIO" está referido a los Establecimientos dependientes de Servicios de Salud.

⁶⁸³ El pago asociado a diagnóstico (PAD) determina el costo de una canasta promedio de prestaciones para el tratamiento de un paciente. Evidentemente, se trata de una atención de mayor complejidad.

⁶⁸⁴ Se advierte que el pago asociado a diagnóstico no es estrictamente comparable con la prestación de la sala IRA porque el primero incluye una canasta de atenciones, mientras que para las salas se calcularon costos unitarios por tipo de prestación.

comparaciones entre los impactos de los componentes. A su vez, algunas variables de resultado son cualitativas y no son directamente interpretables en unidades de “beneficio-costo”.

Los impactos marginales – estadísticamente significativos – destacables se refieren a la reducción de la mortalidad en salas IRA y ERA, así como a la percepción de mejoramiento en salud dental (componente Odontológico). Este último componente presenta los principales resultados intermedios obtenidos (mejoramiento en el índice COPD).

El gasto por sala IRA para reducir en 1% la mortalidad en menores de un año, por cada cien mil habitantes menores de 15 años, fluctúa entre 2,6 y 3,9 millones de pesos (en valores de 2004) según se trate de una misma sala operando en condiciones de menor costo (administrada por Servicio de Salud) o en el extremo de mayor costo (en comunas tipo Costo Fijo). El gasto por sala ERA para reducir en 1% la mortalidad en personas mayores de 65 años, por cada cien mil habitantes mayores de 20 años, fluctúa entre 2,2 y 3 millones de pesos (en valores de 2004) según se trate de una misma sala operando en condiciones de menor costo (comuna Urbana No Pobre) o en el extremo de mayor costo (comuna Urbana Pobre).

En el componente Odontológico, el gasto por un punto porcentual de variación en probabilidad de percibir buena o muy buena salud dental oscila, en las estimaciones estadísticamente significativas, entre 3 mil y 4 mil pesos por beneficiario (método de matching) y asciende a 2,5 mil pesos en el método de diferencias en diferencias. La mejoría en el índice COPD – en las regiones en que se dispone de información sobre el daño en los beneficiarios – viene dada por la eliminación de una caries (sea por la obturación de una pieza o la colocación de prótesis), la que se compara con el gasto agregado del componente, de modo que se requieren de 17 mil pesos por pieza tratada.

Entre las principales externalidades esperadas de las prestaciones de salud de los componentes del PRAPS⁶⁸⁵, destacan aquéllas transversales a éstos y a la atención primaria de salud, como el potencial impacto en el crecimiento económico (por mejoras en el rendimiento escolar y laboral); la liberación de recursos para otras iniciativas de salud o sectores sociales por el tratamiento en el nivel primario; la difusión entre familiares y amigos de mejores prácticas de prevención de enfermedades aprendidas por los beneficiarios efectivos (que potencia la capacidad de reducir las enfermedades o atenderlas de manera oportuna y económicamente); y una creciente sensación en la población de protección y cobertura de la APS.

7.6. Justificación de la Continuidad

El reforzamiento que realiza el PRAPS, entendido como paliativo de la demanda insatisfecha, no tiene por qué ser una estrategia permanente y alternativa a la modalidad de gestión (descentralizada) y financiamiento (per capita) de la APS. El objetivo del PRAPS de probar nuevas tecnologías de atención para problemas de salud relevantes es más justificable, así como la continuidad del reforzamiento en iniciativas recientes que carecen de difusión uniforme en el país.

⁶⁸⁵ La propuesta metodológica del Departamento de Economía ofreció enunciar los principales efectos externos del Programa según opinión del equipo evaluador, es decir, desde una perspectiva teórica. Su cuantificación excede los plazos y recursos disponibles para la investigación.

Viendo cada componente como estrategia de salud independiente del concepto de reforzamiento, las salas IRA, ERA y los SAPU están justificados por la vigencia de los problemas que abordan. En el caso de las enfermedades respiratorias, éstas siguen representando, según estadísticas oficiales (DEIS- MINSAL) de 2004, el 59% de la atención de urgencia de la RM en la población menor de 14 años, y su atención oportuna en consultorios y salas IRA y ERA es una opción costo efectiva, lo que justifica su continuidad. Para las personas mayores de 14 años, este porcentaje asciende a 13%. Respecto a los SAPU, estudios de la red de urgencia MINSAL indican que al menos el 60% de la demanda que enfrentan los SUH no es pertinente de resolverse en estos recintos por su baja complejidad y requiere reorientarse hacia el nivel primario y atenderse oportunamente, pero a menor costo.

Adicionalmente, el análisis de eficacia, eficiencia y economía realizado para los tres componentes anteriores muestra en general, resultados favorables.

El componente Apoyo Diagnóstico es relevante porque aborda problemas respiratorios. No obstante, no está debidamente justificado como una estrategia de compra específica de radiografías de tórax, respecto a la adquisición de procedimientos - exámenes o prestaciones - que requiere la APS y que favorecería el aprovechamiento de economías de escala o de ámbito. Los documentos e información oficial carecen de un diagnóstico sobre los niveles de utilización de la capacidad instalada de imagenología en hospitales que identifiquen la relevancia de comprarles radiografías adicionales. Adicionalmente, la precariedad de sus sistemas de información impide dar una respuesta concluyente sobre su continuidad en términos de eficacia⁶⁸⁶.

En el componente Odontológico, la continuidad no está plenamente justificada desde la perspectiva de la vigencia del problema que origina el componente, pero existen argumentos a favor por sus logros en ámbitos de eficacia (satisfacción y percepción de salud dental). La atención dental es un área deficitaria en la salud de todos los chilenos, por lo que es conveniente tener mayor información para discernir si atender a un grupo específico - con los costos de transacción asociados a la existencia de un presupuesto marcado y convenios – es una alternativa preferible a asignar estos mismos recursos a ampliar de manera general la oferta de servicios dentales, o a otro segmento de la población. Si el componente avanza en insertarse en el Programa Chile Solidario, estaría justificado como parte de una intervención integral en beneficio de los sectores más pobres, y faltaría contar con información que determine rigurosamente su impacto en las condiciones de vida y situación laboral en este nuevo escenario.

La continuidad del Fondo de Incentivo bajo su modalidad actual de funcionamiento es cuestionable desde diversas perspectivas. Se desconoce el diagnóstico concreto sobre el problema de eficiencia que se pretende abordar y sus eventuales causas. Esto dificulta discernir si las líneas de acción específicas de cada año son en efecto los que más impactan en el logro del propósito de mejorar la gestión, más aún si el componente

⁶⁸⁶ El 70% de los pacientes de las salas IRA y ERA encuestados con necesidad de una radiografía habrían accedido a la toma de ésta antes de 24 horas, tal como lo establecen los lineamientos del componente, pero se desconoce cuántas de estas personas fueron beneficiarios efectivos de la compra de radiografías. Es decir, está abierta la posibilidad de que la mayor parte de los exámenes se hayan realizado en la modalidad “sin programa” y que, por tanto, la presencia del componente no esté reduciendo significativamente los tiempos de espera.

financia metas que ya son parte de otros programas que se realizan independientemente de la existencia del Fondo. El diseño falla en respaldar la estructura de áreas de acción heterogéneas y cambiantes como la mejor manera de incentivar el desempeño laboral, y en ofrecer claridad sobre las señales que se entregan al personal, lo cual perjudica el funcionamiento del “incentivo”. Adicionalmente, se carece de indicadores más duros de verificación de la eficacia, por ejemplo, del impacto de la gestión de listas de espera en la toma de decisiones y en la capacidad resolutive del establecimiento.

8. Recomendaciones

La evaluación realizada, cuyo principal instrumento de recopilación de información se ha centrado en los ciudadanos, muestra una visión favorable de los beneficiarios del PRAPS respecto a los servicios recibidos. Donde la información lo permitió, se identificaron los resultados intermedios y finales de los componentes de mayor importancia en el presupuesto (SAPU, IRA, Odontológico, ERA). Esto indica que se trata de estrategias que generan beneficios y que las principales recomendaciones apuntan al mejoramiento del PRAPS, es decir, a identificar los aspectos susceptibles de “optimización”.

De manera general, surgen dos grandes áreas de recomendaciones:

i) La gestión del PRAPS se potenciaría con una dirección que unifique los elementos diversos de sus componentes, permita aprovechar sinergias y obtener procesos de producción y supervisión más eficientes. Puntos concretos en que se pueden registrar ganancias se refieren a los siguientes:

- Revisar la factibilidad de reducir los costos de transacción asociados a la multiplicidad de convenios. Permitir que un solo convenio defina las condiciones de realización de varios componentes del PRAPS presenta como ventajas las de obtener economías de procesos y acercar las perspectivas de los distintos componentes en una lógica común. Es evidente que la adopción de esta sugerencia es factible explicitando la responsabilidad de coordinación a nivel central y regional, y procurando un manejo flexible para contener las diferencias entre componentes.
- Unificar criterios para el diseño de indicadores de verificación de logro, y mejorar la coordinación con las instancias de MINSAL responsables de consolidar las estadísticas del sector, de modo de aprovechar los recursos informáticos disponibles.
- Otorgar una lógica común a la asignación de recursos desde el nivel central. Es decir, si bien los componentes son diversos, en cada uno debiera observarse que la asignación hacia los niveles regionales incorpore ex ante las diferencias de la población a cargo en su perfil epidemiológico y socioeconómico. Este tema incluye la conveniencia de verificar el cumplimiento de los criterios de asignación de recursos transferidos para la expansión de un componente (ERA, SAPU, Odontológico).
- Identificar los componentes cuya función normativa requiera mayor desarrollo a nivel central. Por ejemplo, en la adecuación de los modelos de atención a la realidad de la APS y perfil de los usuarios (enfermos crónicos en salas ERA e IRA, policonsultantes en SAPU). Por tanto, los resultados de la encuesta llevan a plantear esta sugerencia a los componentes SAPU, ERA e IRA.

ii) Se sugiere que el PRAPS, entendido como “reforzamiento”, priorice estrategias innovadoras que se encuentren en período de prueba, cuya presencia en el país es parcial, o que atiendan demanda insatisfecha coyuntural. Es decir, los componentes ya validados en términos de gestión y resultados sanitarios, difundidos a nivel nacional y que abordan problemas de salud de carácter permanente son susceptibles de

incorporarse al modelo de gestión descentralizada y financiamiento per capita. El componente IRA - en enfermedades respiratorias - satisface todas estas condiciones, en tanto el componente ERA podría requerir un período mayor de experimentación y difusión antes de trasladarse a la modalidad per capita.

A continuación se presentan las principales recomendaciones para cada componente

8.1. Fondo de Incentivo

- De continuar, se sugiere una redefinición desde su diseño, planteando un modelo de causalidad de las variables que generan el problema de gestión que se pretende abordar, y que éste sea relevante.
- Revisar la conveniencia de atacar problemas de gestión a nivel local (consultorio) respecto a temas transversales al conjunto de la APS y el sistema público de salud (flexibilidad de gestión de recursos humanos, incentivos a mayor competencia y orientación al usuario, etc.).
- Reducir la dispersión de líneas de acción que se apoyan y otorgarles mayor continuidad en el tiempo. Esto no es incompatible con plantear que el cumplimiento de lo programado se refleje en indicadores verificables en periodos acotados de tiempo.
- Definir metas de desempeño que se puedan relacionar con los recursos asignados – cuando requieran producción adicional - y permitan identificar el esfuerzo generado por el incentivo. Esto es clave cuando se proponen actividades que ya están financiadas por otros programas de salud.
- Aspectos relevantes de gestión, motivación y desempeño de los recursos humanos a nivel local, podrían mejorarse con estrategias más simples: concursos, incentivos variables vinculados a estándares de atención al cliente o al ejercicio de los directivos de establecimientos.
- Garantizar que los recursos que premian el desempeño lleguen efectivamente a las personas y/o establecimientos que alcanzaron el mayor cumplimiento de metas.
- Diseñar indicadores de verificación que, a diferencia de los actuales, impliquen mayor exigencia y sirvan para diferenciar a los establecimientos más eficaces.
- Los indicadores de logro en áreas como OIRS y gestión de lista de espera son más adecuados si dan cuenta del impacto de dichas estrategias en la toma de decisiones del consultorio.

8.2. Odontológico

- Determinar su validez como programa de salud. Se sugiere entregar indicadores que respalden la atención a un grupo específico - con los costos de transacción asociados a la existencia de un presupuesto marcado y convenios – como una alternativa preferible a asignar estos mismos recursos a ampliar de manera general la oferta de servicios dentales o de otras prestaciones.

- Considerar la posibilidad de profundizar líneas de cooperación intersectorial, de modo que los beneficiarios de escasos recursos reciban atención integral que mejore sus oportunidades económicas y calidad de vida. A juicio del equipo evaluador, la información cualitativa y cuantitativa analizada muestra que la vinculación del componente con Chile Solidario es aún incipiente.
- Revisar la ejecución de la focalización. Se requiere indagar si existe información suficiente para seleccionar a participantes que reúnan el perfil establecido para la población objetivo actual, el cual difiere significativamente de los beneficiarios efectivos, como se confirmó en la encuesta a grupos de tratamiento y control. Si no es factible una focalización exitosa, se sugiere difundir criterios complementarios – por ejemplo: tiempo en lista de espera por atención odontológica- que acoten los márgenes para la discrecionalidad. Esto es especialmente importante porque el componente entrega un monto fijo por alta odontológica integral, lo que representa un incentivo potencial para seleccionar a los pacientes más sanos.
- Mejorar el seguimiento a los pacientes, incluyendo en la canasta de prestaciones al menos un control posterior para verificar la conformidad de las tapaduras y de las prótesis entregadas. Esto redundaría en la satisfacción usuaria, calidad del componente y también en su eficiencia, por ejemplo, reduciendo la subutilización de prótesis, que hoy involucra a cerca del 20% de los beneficiarios encuestados.

8.3. IRA

- Avanzar en la integración de las salas IRA al modelo de gestión descentralizado de la APS. Un aspecto concreto se refiere a permitir desde el nivel central mayor coordinación entre los profesionales de las salas y el resto del consultorio, y que los primeros apoyen de manera más flexible las necesidades del establecimiento – por ejemplo, que el consultorio pueda planificar sus tareas en períodos en que se sabe que la demanda de atenciones respiratorias es menor -.
- En la misma dirección de integrar el componente a la APS y permitir un manejo más flexible de los recursos humanos en el consultorio, se sugiere evaluar la factibilidad de dar continuidad a las condiciones contractuales del personal de las salas. Esta opción no está exenta de costos (por ejemplo, la reducción en las remuneraciones de algunos profesionales por dejar el régimen de honorarios)⁶⁸⁷.
- Explicitar la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos, ambientales y socioeconómicos en la decisión de asignación de recursos para la implementación de nuevas salas.
- Revisar el modelo de atención de las salas y su adecuación al perfil de necesidades de los enfermos crónicos, que sin constituir la mayoría – la tecnología de las salas se orienta a patologías agudas - son un segmento no menor (ver recomendaciones ERA).
- Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela los indicadores de

⁶⁸⁷ Trasciende el ámbito de esta investigación la cuantificación de estos problemas y sus implicancias políticas.

caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal⁶⁸⁸.

8.4. ERA

- Avanzar en la integración de las salas ERA al modelo de gestión descentralizado de la APS. Un aspecto concreto se refiere a permitir desde el nivel central mayor coordinación entre los profesionales de las salas y el resto del consultorio, y que los primeros apoyen de manera más flexible las necesidades del establecimiento – por ejemplo, que el consultorio pueda planificar sus tareas en períodos en que se sabe que la demanda de atenciones respiratorias es menor -.
- En la misma dirección de integrar el componente a la APS y permitir un manejo más flexible de los recursos humanos en el consultorio, se sugiere evaluar la factibilidad de dar continuidad a las condiciones contractuales del personal de las salas. Esta opción no está exenta de costos (por ejemplo, la reducción en las remuneraciones de algunos profesionales por dejar el régimen de honorarios)⁶⁸⁹.
- Explicitar la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos, ambientales y socioeconómicos en la decisión de asignación de recursos para la implementación de nuevas salas.
- Dado que el componente replica la tecnología de las salas IRA, conviene evaluar - técnicamente y desde el usuario - el modelo de atención y su adecuación al perfil de necesidades de los enfermos crónicos, que constituyen la mayoría de sus beneficiarios y requieren un cuidado integral que maneje oportunamente sus problemas y las “comorbilidades” que son tratadas en otros programas del consultorio orientados a este sector. Esta recomendación se relaciona con la primera (mayor integración al equipo del consultorio).
- Mejorar los mecanismos de supervisión y recopilación de información, agregando al monitoreo sanitario que se realiza en los centros centinela los indicadores de caracterización de la producción, eficacia, calidad y eficiencia que permitan una evaluación más rigurosa y continua del desempeño a nivel regional y comunal⁶⁹⁰.

⁶⁸⁸ Es válido preguntarse si es preferible radicar los sistemas de información en el nivel central o en los Servicios de Salud. De acuerdo al marco conceptual presentado en esta investigación, la ejecución de un marco regulatorio (definido a nivel central) puede optimizarse en el nivel regional (Servicios de Salud) que debiera poseer mayor información sobre las realidades locales. No obstante Respecto a la asignación de la responsabilidad. No obstante, por lo aprendido en esta investigación, los recursos informáticos del sector parecen escasos y los Servicios de Salud son heterogéneos en el grado de cumplimiento de la tarea de tuición técnica que les asigna el Estatuto de Atención Primaria, argumentos a favor de una solución más centralizada.

⁶⁸⁹ Trasciende el ámbito de esta investigación la cuantificación de estos problemas y sus implicancias políticas.

⁶⁹⁰ Es válido preguntarse si es preferible radicar los sistemas de información en el nivel central o en los Servicios de Salud. De acuerdo al marco conceptual presentado en esta investigación, la ejecución de un marco regulatorio (definido a nivel central) puede optimizarse en el nivel regional (Servicios de Salud) que debiera poseer mayor información sobre las realidades locales. No obstante Respecto a la asignación de la responsabilidad. No obstante, por lo aprendido en esta investigación, los recursos informáticos del sector parecen escasos y los Servicios de Salud son heterogéneos en el grado de cumplimiento de la tarea de tuición técnica que les asigna el Estatuto de Atención Primaria, argumentos a favor de una solución más centralizada.

8.5. Apoyo Diagnóstico

- De continuar, se recomienda redefinirlo desde su objetivo – y el diagnóstico del problema – hasta los sistemas de información que permitan validar su eficacia.
- Respalda la pertinencia de esta estrategia de compra específica de radiografías de tórax. Es deseable financiar un diagnóstico oportuno de enfermedades respiratorias, pero se desconocen las ventajas específicas de desarrollar esta iniciativa de manera aislada respecto a la adquisición de procedimientos - exámenes o prestaciones - que requiere la APS y que favorecería el aprovechamiento de economías de escala o de ámbito⁶⁹¹.
- Considerar un diagnóstico actualizado sobre el nivel de utilización de la capacidad instalada de imagenología en el sistema público de salud, con el propósito de identificar si realmente el componente aportaría a mejorar la oportunidad de la atención respecto a la modalidad “sin programa”.
- Explicitar criterios de asignación de recursos y la ponderación de los factores demográficos, epidemiológicos y socioeconómicos.
- En sistemas de monitoreo y evaluación, construir y recopilar un conjunto crítico de indicadores que verifiquen la priorización de menores de un año y adultos mayores, así como la eficacia, calidad e impacto en reducir los tiempos de espera por radiografías⁶⁹².

8.6. SAPU

- Hacer compatible su carácter dual de puerta de entrada a la red de urgencia y de establecimiento que mayoritariamente atiende morbilidad general. El balance actual desfavorece el segundo objetivo, y requiere considerar ajustes en la regulación y en el **modelo de atención** para que el SAPU asegure un ingreso adecuado a la red electiva. La evidencia de la encuesta revela que los SAPU tienen “clientes frecuentes” que podrían resolver sus problemas recurrentes en el consultorio, por lo que existe un espacio para que el personal mejore su desempeño en la correcta derivación de estos beneficiarios.
- Fortalecer el papel normativo de los niveles central y regional. Una aplicación concreta se refiere a promover una mayor vinculación con el consultorio y los programas de la APS que se realizan en él. Esto permitiría un mejor seguimiento de los “policonsultantes” – muchos de los cuales podrían ser enfermos crónicos, que

⁶⁹¹ La sola evidencia de que los exámenes comprados bajo esta modalidad tendrían menor precio es insuficiente si no es pertinente adquirirlos.

⁶⁹² Es válido preguntarse si es preferible radicar los sistemas de información en el nivel central o en los Servicios de Salud. De acuerdo al marco conceptual presentado en esta investigación, la ejecución de un marco regulatorio (definido a nivel central) puede optimizarse en el nivel regional (Servicios de Salud) que debiera poseer mayor información sobre las realidades locales. No obstante, respecto a la asignación de la responsabilidad. No obstante, por lo aprendido en esta investigación, los recursos informáticos del sector parecen escasos y los Servicios de Salud son heterogéneos en el grado de cumplimiento de la tarea de tuición técnica que les asigna el Estatuto de Atención Primaria, argumentos a favor de una solución más centralizada.

actualmente cuestionan la calidad y costo efectividad del SAPU, y requieren un cuidado integral como el que entrega el consultorio. Adicional al tema de posibles enfermos crónicos se encuentra el de un segmento no menor de personas que prefiere una atención de choque - aunque no sea integral – por restricciones de su jornada laboral o por la comodidad de acceso relativa al horario del consultorio.

- La perspectiva de los cambios es avanzar en adecuar la oferta de la APS al perfil de demanda para equilibrar impacto sanitario y satisfacción usuaria. La alternativa más adecuada para ajustar la oferta a la demanda y abordar la morbilidad general es sustituir el SAPU por extensión horaria del consultorio – o incorporar al recinto funcionarios que trabajen bajo esta modalidad. Si esta alternativa no está disponible, conviene tener para estos pacientes, al menos, un registro o memoria sobre sus visitas y una estrategia que los incentive a atenderse en el consultorio como mejor opción.
- Evaluar la posibilidad de restringir el horario de funcionamiento de los SAPU en la madrugada, periodo en el cual los SUH están en mejores condiciones de atender la urgencia vital. En este estudio se ha identificado una menor productividad de los SAPU largos respecto a los cortos.
- Otra definición normativa se refiere a hacer más clara la ponderación de los criterios actuales – demográficos, socioeconómicos, etc. - para la expansión del componente.
- Este componente también requiere una mejor supervisión de su desempeño. A diferencia de otros, el diseño y recopilación de indicadores puede potenciarse aprovechando la información que ya existe en otras unidades del MINSAL – Departamento de Estadísticas, equipo de monitoreo de la red de urgencia, entre otros.

9. Referencias usadas en el estudio

- Abadie, Alberto (2004) "Observational Studies I: Matching and Regression", Handout #5 del curso Program Evaluation: Estimating Program Effectiveness with Empirical Analysis, JF Kennedy School of Government, Harvard University, Cambridge, Estados Unidos.
- Aedo, L. ; Aqueveque, M. ; Cuevas, S. ; Gala, E. ; Omonte, M. ; Poblete, R. ; Rickenberg, H.; Rodríguez, A. (1994) "Evaluación social Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Supervisor: Cartes, F. Instituto de Economía. PUC. Programa de Adiestramiento en Preparación y Evaluación de Proyectos.
- Aguilar, M. ; Ander-Egg, E. (1994) "Evaluación de Servicios y Programas Sociales. Colección Política, Servicios y Trabajo Social. Lumen.
- Aguilera X., Concha M. (1998). "Apuntes para una Epidemiología de la desigualdad". Santiago de Chile: Unidad de Estudios Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile, Abril.
- Andrade, Rally, Michele Shedlin y Elssy Bonilla (1987). Métodos Cualitativos para la Evaluación de Programas. Un Manual Para Programs de Salud, Planificación Familiar y Servicios Sociales. Tha Pathfinder Fund. Estados Unidos.
- Angrist, J. and D Krueger (1999): "Empirical strategies in labor economics" en A. Ashenfelter and D Card (eds) Handbook of Labor Economics, vol 3, Elsevier Science.
- Arteaga O., Astorga I., Pinto AM (2002). Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile". Cadernos de Saude Publica, Rio, 18(4): 1053-1066.
- Astudillo, P. (ed.) (2002) "Norma técnica para el manejo de las enfermedades respiratorias del niño" Ministerio de Salud, Departamento de Atención Primaria de Salud.
- Baker, J. (2000) "Evaluación del Impacto de los Proyectos de Desarrollo en la Pobreza". Manual para Profesionales. Banco Mundial.
- Banco Mundial, Departamento de Evaluación de Operaciones. Desarrollo de la Capacidad de Evaluación. (2002) "Seguimiento y Evaluación: Instrumentos, Métodos y Enfoques".
- Banco Mundial (1993). "Invertir en Salud". Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993
- Benavente, José Miguel (2003): Microeconometría. Notas de Clase. Universidad de Chile. Mimeo.

- Beteta, E.; Cabezas, M.; Oyarzo, C.; Sanhueza, R. (1999): “Evaluación del proceso de reforma del sector público chileno: una experiencia de 20 años”. En Martinic, S.; Aedo, C. y Corvalán, J. (editores): Reformas en Educación y Salud en América Latina y el Caribe. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación.
- Beteta, E. (2003) “Crecimiento del Gasto en Salud en Chile: ¿estamos ante un problema?”. Corporación Expansiva. Serie En Foco, N° 13. Santiago, Chile.
- Beteta, E.; Manuel, A. (2004). “Two decades of health reform in Chile: Achievements and persistent challenges”. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Forthcoming.
- Boardman, A.; Greenberg, D.; Vining, A.; Weimer, D. (1996). “Cost-Benefit Analysis: Concepts and Practice”. Prentice Hall, New Jersey, USA.
- Bossert, T. (2000). “La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Estudio Comparativo de Chile, Colombia y Bolivia”. Mimeo, Harvard School of Public Health.
- Cárcamo, F. ; Letelier, J. ; Roldán, L. (1998) “Programa IRA: Salud e Impacto Ambiental, Región Metropolitana, 1990-1997” Seminario para optar al Grado de Licenciado en Ciencias de la Administración de Empresas y Título de Ingeniero Comercial. Director Seminario: Zuleta, S. Facultad de Administración y Economía. Universidad Católica Cardenal Silva Henríquez.
- Celedón, C. y Oyarzo, C. (1998) “Los Desafíos en la Salud”. En Cortázar, R. y Vial, J. (eds) Construyendo Opciones. Propuestas Económicas y Sociales para el Cambio de Siglo. CIEPLAN/DOLMEN Ediciones, Santiago, Chile.
- Celedón, C. ; Noé, M. (2000) “Mecanismos de control social sobre los servicios públicos : una aplicación a la atención primaria de salud” Serie estudios socioeconómicos Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica, Cieplan.. No. 3, mayo 2000
- Cleary, Paul D. y Edgman-Levitan, Susan (1997) “Health Care Quality: Incorporating Consumer Perspectives”, Journal of the American Medical Association, 278(19), November 19, pp. 1608-1612.
- Cochran, W G (1968) "The Effectiveness of Adjustment by Subclassification in Removing Bias in Observational Studies", Biometrics, Vol. 24, pp. 295-313.
- Cumsille, F. (1994) “Indicadores para la gestión de la Atención Primaria de Salud” Tesis para optar al grado de magíster en Salud Pública con mención en administración en salud. Universidad de Chile. Director de Tesis: Edgar Ordoñez Mancia ; Asesor Estadístico: Juan Margozzini Roca.
- Daigre, M. ; Fernández, O. ; Guajardo, N. ; Jara, G. (1999) “Estudio de costos de prestaciones odontológicas, arancel de transferencias SNSS” Ministerio de

Salud, Departamento Odontológico y FONASA, Sub departamento Aranceles y Prestaciones

- David, Fred (1997) "Strategic Management", Francis Marion University, Prentice Hall, sixth edition, pp.4-5, New Jersey, US.
- Deaton, A (1997). The Analysis of Household Surveys. A Microeconomic Approach to Development Policy", cap. 2, John Hopkins.
- DIPRES (2001) "Evaluación de Programas: Notas Técnicas" División de Control de Gestión. Santiago
- DIPRES (2004). "Metodología Evaluación de Impacto Evaluación en Profundidad". División de Control de Gestión. Santiago.
- Duarte, D. ; Padilla, C. (eds.) (1997) "Evaluación de la atención Primaria" Ministerio de Salud, División Salud de las personas, Departamento de Atención Primaria, Comisión de Evaluación Atención Primaria
- Duarte, Dagoberto (1995). Asignación de Recursos Per Cápita en la Atención Primaria. La experiencia chilena. Documento de trabajo CPU. Santiago.
- Eddy, David M. (1998) "Performance Measurement: Problems and Solutions", Health Affairs, July/August, 17(4), pp. 7-25.
- Emerson, R; Fretz R. & Shaw, L. (1995) "Writing Ethnographic Fieldnotes", The University Chicago Press, Chicago, US, Chapters 3 & 7.
- Escalier, S. ; Gallardo, M. ; Naudón, S. ; Navarro, F. ; Villegas, M. ; Zavala, J. (1995) "Evaluación Social del Programa de obstrucción bronquial e infecciones respiratorias agudas en los niños (IRA)" Supervisor: Hamuy, M. Instituto de Economía PUC. Programa de Adiestramiento en Preparación y Evaluación de Proyectos
- Fernández, Olaya, Gisela Jara, María Daigre y Nelson Guajardo (1999). Estudio de Costos de Prestaciones Odontológicas arancel de Transferencias S.N.S.S. MINSAL, FONASA. Santiago.
- FOCUS (2001). Financiamiento Municipal: Determinación de Funciones de Costo por tipo de provisión. Estudio encargado por SUBDERE. Santiago.
- Folland, S.; Goodman, A.; Stano, M. (2001). "The Economics of Health and Health Care". Tercera edición. Prentice-Hall.
- FONASA, OPS, MINSAL (2001). Estudio de Costos de Prestaciones de Salud en 12 Hospitales del SNSS. Santiago.
- FONASA (1999). Estudio de Costos de Prestaciones Odontológicas Arancel de Transferencias S.N.S.S.

- Fowler, Floyd J. (1995) “Improving Survey Questions. Design and Evaluation”, Applied Social Research Methods, Vol. 38, SAGE Publications, US.
- Gujarati, Damodar (2003): “Econometría”, Cuarta Edición, Mc Graw Hill.
- Hammersley, Martyn y Paul Atkinson (1994): “Etnografía. Métodos de investigación”. Ediciones Paidós, Barcelona.
- Heckman, J, Ichimura, H y Todd, P. (1997) “Matching as an Econometric Evaluation Estimator: Evidence form Evaluating a Job Training Program”. Center for Social Program Evaluation, University of Chicago.
- Iezzoni, Lisa I. (1997) “The Risks of Risk Adjustment,” Journal of the American Medical Association, 278(19), November 19, 1997, 1600-1607.
- Jencks, S.; Cuerdon, T.; Burwen, F; Fleming, B.; Houck, P.; Kussmaul, A.; Nilasena, D.; Ordin, D.; Arday, D. (2000) “Quality of Care Delivered to Medicare Beneficiaries: A Profile at State and National Levels”, Journal of the American Medical Association, 284(13), October 4, pp. 1670-1676.
- Jiménez de la Jara, J. y Bossert, Th. (1995): "Chile's Health Sector Reform: Lessons from Four Reform Periods". *Health Policy (HP)*, 32.
- JUNAEB (2004). “Programa de Salud Bucal”. Mimeo.
- Larrañaga, O. (1997): “Eficiencia y Equidad en el Sistema de Salud Chileno”. Proyecto CEPAL/GTZ: Reformas Financieras al Sector de Salud en América Latina y el Caribe. Serie Financiamiento del desarrollo, N° 49. CEPAL.
- Larrañaga, O. (1999): “Health Sector Reforms in Chile”. En Perry, G. y Leipziger, D (eds.) Chile. Recent Policy Lessons and Emerging Challenges. World Bank Institute.
- Mardones, F.; Romero, M. : Silva, F. (1997) “Informe Final de Evaluación: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria”. Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuestos.
- McClellan, Mark; McNeil, Barbara J.; Newhouse, Joseph P. (1994) “Does More Intensive Treatment of Acute Myocardial Infarction Reduce Mortality?”, Journal of the American Medical Association, 272(11), September 21, pp. 859-866.
- MIDEPLAN, División Social, Departamento de Evaluación Social (1998) “Sistema Integrado de evaluación y seguimiento SIES: Programa de Habilitación Laboral para mujeres de escasos recursos, preferentemente jefes de hogar , SERNAM”
- MINSAL, Compromisos de Gestión (1997) “Compromisos de Gestión en Atención Primaria de Salud: Recuento de una Experiencia (1995-2001)”. Claudia Padilla

- ❑ MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica (1994) Exenta N° 1111. Aprueba Norma General Técnica N° 4 sobre Tratamiento de Infecciones Respiratorias Agudas en el Niño.
- ❑ MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica (1995) Exenta N° 1145. Aprueba Norma General Técnica N° 13 sobre Manual de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia.
- ❑ MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica (2001a) Exenta N° 809. Aprueba Programa Especial de Control de las Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)
- ❑ MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica (2001b) Exenta N° 855. Establece Programa para Enfermedades Respiratorias en Niños en la Atención de Salud Primaria.
- ❑ MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica (2001c) Exenta N° 1693. Establece Programa de Atención Primaria de Urgencia.
- ❑ MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica (2003a) Exenta N° 376. Aprueba Programa de Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión de la Atención Primaria de Salud, año 2003
- ❑ MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica (2003b) Exenta N° 377. Aprueba Programa Nacional de Atención Odontológica Integral en Atención Primaria de Salud para mujeres y hombres de escasos recursos, año 2003.
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001a) “Convenio Tipo: Programa Apoyo Diagnóstico en el Nivel Primario de atención para la resolución ambulatoria de los problemas respiratorios en los niños y adultos ” Mimeo
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001b). “Convenio Tipo: Programa Especial de Control de las Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA)” Mimeo
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001c). “Convenio Tipo: Programa Nacional de Control de las Enfermedades Respiratorias del Niño (IRA)” Mimeo.
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001d) “Programa Apoyo Diagnóstico en el nivel primario de atención para la resolución ambulatoria de los problemas respiratorios en los niños y adultos”. Mimeo.
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001e) “Programa de Control de las Enfermedades Respiratorias del Adulto en Chile. Normas Técnicas”
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2001f) “Programa: Servicios de Atención Primaria de Urgencia”. Mimeo.

- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2002) “Convenio Tipo: Servicio de Atención primaria de Urgencia- SAPU”. Mimeo
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2003a) “Convenio Tipo: Programa Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres y Escasos Recursos” Mimeo.
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2003b) “Encuesta de Opinión Programa de Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos”. Mimeo
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2003c) “Minuta SAPU”. Mimeo.
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2003d) “Convenio Tipo: Programa de Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión en el nivel Primario de Salud”. Mimeo.
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2003e) “Convenio Tipo: Sala de Control de Enfermedades Respiratorias del Adulto-Sala ERA-en el Nivel Primario de Atención”. Mimeo.
- ❑ MINSAL, Departamento de Atención Primaria (2004) “Consolidado País de Indicadores del Programa de Atención Odontológica Integral para mujeres y hombres de escasos recursos, año 2003”. Mimeo
- ❑ MINSAL, División Gestión de Red Asistencial (2004) “Proyecto de Implementación AUGE, 2004” Mimeo.
- ❑ MINSAL, División de Atención Primaria (1999) “Agenda Social 1998-1999”
- ❑ MINSAL, División Gestión Red Asistencial, Departamento Atención Primaria.(2002) “Sectorización: Guía de Orientación Técnica y Metodológica”
- ❑ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003a) Ordinario 16 AE1: 391. “Evaluación 2002 y Continuidad del programa Nacional de Atención Odontológica Integral para mujeres y hombres de escasos recursos”
- ❑ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003b) “Iniciativas presentadas proyecto de Implementación Auge año 2004”. Subproyecto N° 2: Programa de Mejoramiento en Atención primaria de Salud – Etapa V. Subproyecto N°3: Programa de Aumento de la Resolutividad en Atención Primaria. Subproyecto N°6: Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) y Subproyecto N°7: Programa de Infecciones Respiratorias Agudas del Niño (IRA). Mimeo
- ❑ MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003c) “Programa de Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión de la Atención en el nivel primario de salud, año 2003”

- MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003d) “Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos, año 2003”
- MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2004a) “Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos, año 2004”
- MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2004b) “Programa de Incentivos para el Mejoramiento de la Gestión de la Atención en el nivel primario de salud, año 2004”
- MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2004c) “Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia, año 2004”. Mimeo.
- MINSAL, División Gestión de Red Asistencial, Departamento Modelos de Atención (2004) “Manual Administrativo para los Servicios de Atención primaria de Urgencia”
- MINSAL, División Gestión Red de Servicios, Departamento de Atención Primaria (2004) “Ordinario 16AE1, Fondo de Incentivos Atención Primaria 2004”
- MINSAL; División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2005) “Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia, año 2005”. Mimeo.
- MINSAL, División Programas de Salud, Departamento Atención Integrada y Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina (1995) “Planes de calidad de los servicios de salud, proyectos de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención: Segunda conferencia nacional, evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención”
- MINSAL, División Programas de Salud, Departamento de Atención Primaria (1995) “Programa Nacional de Atención odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar”. Presentación. Mimeo.
- MINSAL, División Programas de Salud, Departamento de Atención Primaria (1993). “Evaluación Económica y Social: Programa de Servicios de Atención Primaria de Urgencia”. Jefe de Programa: Dr. Roberto Barna. Consultor: Victor Barna. Mimeo.
- MINSAL, División Rectoría y Regulación - División Gestión de Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria (2003) “Orientaciones para la Programación local 2003”

- MINSAL, División Rectoría y Regulación, Departamento de Salud de las Personas (2004) “Ordinario 15AE: Recursos para Radiografías Programas IRA y ERA 2004”
- MINSAL, Programa de Salud Respiratoria (2004) “Curso de Capacitación Programa Nacional de IRA”. Mimeo
- Miranda, E. (1994) “La Salud en Chile: Evolución y Perspectivas”. Centro de Estudios Públicos
- Merriam, Sharam (1998) “Qualitative Research and Case Study Applications in Education”, Jossey-Bass, San Francisco, US, Chapters 3, 4 & 10.
- Musgrove, P. (1996). “Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns”. World Bank Discussion Paper, N° 339.
- Musgrove, P. (2004). “Health Economics in Development”. Human Development Network. World Bank.
- Newhouse, Joseph P. (1993) “The Insurance Experiment Group. Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment”, Harvard University Press.
- Ñopo, H., M.Robles y J. Saavedra (2002): “Una medición del impacto del programa de capacitación laboral juvenil Projoven”, Lima, GRADE. Documento de Trabajo N°36.
- Oyarzo, C. (1994): “La Mezcla Público-Privada: Una Reforma Pendiente en el Sector Salud”. Estudios Públicos (EP), N°55, invierno.
- Packer, M. & Addison, R. (1989) “Entering the Circle: Hermeneutic Investigation in Psychology”, Suny Press, Albany, US, Chapter 12.
- Pitt, M; Rosenzweig M. and Gibbons D. (1995). “The Determinants and Consequences of the Placement of Government Programs in Indonesia” en D van de Walle and K Nead (eds): Public Spending and the Poor. Theory and Evidence, The John Hopkins University Press.
- Pizarro Valdivia, M. (2004): “Rentabilidad Económica del Programa de Capacitación Laboral de Jóvenes Chile Joven”. Monografía de graduación de Magíster, Georgetown University.
- Poullier, J.; Hernández, P.; Kawabata, K.; Savedoff, W. (2002). “Patterns of Global Health Expenditures: Results for 191 Countries”. World Health Organization, Discussion Paper N° 51.
- Rodríguez, J. y Tokman, M. (2000): “Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999”. CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo, N° 6. Santiago, Chile.

- Rosenbaum, P.R. y D.B. Rubin (1983): "The Central Role of Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects", *Biometrika* 70(1), pp.41-55.
- Sanhueza, Ricardo (1999): *Burocracia Pública y Organización en Salud*, Documento de Trabajo N° 160, Departamento de Economía, Universidad de Chile.
- Streiner, David and Norman, Geoffrey (1995) "Health Measurement Scales. A Practical Guide to their Development and Use", Second Edition, Oxford Medical Publications, US.
- Torche, A. (1997) "Métodos para la Evaluación de Proyectos del Sector Salud" Trabajo Docente N°59. Instituto de Economía. PUC.
- Weiss, Robert (1998) "Learning from strangers: The Art and Method of Qualitative Interview Studies", The Free Press/Simon & Schuster, NY, US, Chapters 3, 4, 5 & 6.
- Wooldridge, Jeffrey (2001): *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. MIT Press.
- Zuleta, G. (1999): "Chile: Antecedentes sobre el proceso de reforma del sector salud y escenarios posibles a futuro". Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento Regional de Operaciones 1, División de Programas Sociales 1.

Agradecimientos:

El equipo investigador quiere reconocer el aporte de muchas personas que estas líneas no alcanzan a enumerar. Se recibieron valiosos comentarios metodológicos de José Miguel Benavente, Yael Baytelman y Dante Contreras, así como de la contraparte técnica de DIPRES y del MINSAL. Se agradece el eficiente apoyo de Andrea Ponce, Leonardo González, Gonzalo Vergara, David Coble, Alain Gallardo, Gonzalo Plaza, Valentina Paredes, Andrea Barry y Bárbara Ulloa. Merece destacarse a los responsables de los componentes del PRAPS en el MINSAL, y a los funcionarios de Servicios de Salud, Municipios y consultorios por su permanente disposición a colaborar, y en particular, a todos los entrevistados – funcionarios y expertos - que nos entregaron su tiempo y opiniones. Finalmente, mencionar la oportuna colaboración de Isabel Sánchez, Julia Escobedo y Ana María Donoso.