

**INFORME FINAL
PROGRAMA HOSPITAL DIGITAL**

**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD**

PANELISTAS:

PAMELA FRENK BARQUÍN (COORDINADORA)

VERÓNICA MONREAL ÁLVAREZ

JUNIO 2022

TABLA DE CONTENIDOS

I.	INFORMACIÓN DEL PROGRAMA.....	5
1.	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA	5
2.	CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO	11
3.	ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS.....	20
II.	EVALUACION DEL PROGRAMA.....	22
1.	JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA.....	22
2.	IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA	24
3.	DESEMPEÑO DEL PROGRAMA: EFICACIA Y CALIDAD.....	29
3.1.	EFICACIA A NIVEL DE COMPONENTES (PRODUCCIÓN DE BIENES O SERVICIOS).....	29
3.2.	COBERTURA DEL PROGRAMA (POR COMPONENTES EN LOS CASOS QUE CORRESPONDA) ..	31
3.3.	EFICACIA A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES (CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE PROPÓSITO Y FIN).....	34
3.4.	CALIDAD (SATISFACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS EFECTIVOS, OPORTUNIDAD, COMPARACIÓN RESPECTO A UN ESTÁNDAR).....	35
4.	ECONOMÍA	36
4.1.	ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS.....	36
4.2.	FUENTES Y USO DE RECURSOS FINANCIEROS	38
4.3.	EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PROGRAMA.....	49
4.4.	APORTES DE TERCEROS	52
4.5.	RECUPERACIÓN DE GASTOS.....	52
5.	EFICIENCIA.....	53

5.1. A NIVEL DE ACTIVIDADES Y/O COMPONENTES.....	53
5.2. A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES.....	57
5.3. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN.....	57
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL	58
2. RECOMENDACIONES	60
IV. BIBLIOGRAFÍA.....	61
V. ENTREVISTAS REALIZADAS	63
VI. ANEXOS DE TRABAJO	65
ANEXO 1: REPORTE SOBRE EL ESTADO Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EVALUAR EL PROGRAMA.	65
ANEXO 2(A): MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	78
ANEXO 2(B): MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA, PERÍODO 2018-2021	83
ANEXO 2(C): ANÁLISIS DE DISEÑO DEL PROGRAMA	87
A. RELACIONES DE CAUSALIDAD DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA (LÓGICA VERTICAL)	87
B. SISTEMA DE INDICADORES DEL PROGRAMA (LÓGICA HORIZONTAL).....	88
ANEXO 3: PROCESOS DE PRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA	90
A. PROCESO DE PRODUCCIÓN DE CADA UNO DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS (COMPONENTES) QUE ENTREGA EL PROGRAMA.....	90
B. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE Y CON OTRAS INSTITUCIONES.....	109
C. CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS, MECANISMOS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y MODALIDAD DE PAGO	132

D. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN QUE REALIZA LA UNIDAD RESPONSABLE	139
ANEXO 4: ANÁLISIS DE GÉNERO DE PROGRAMAS EVALUADOS.....	146
ANEXO 5: FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS	150
ANEXO 6: DIAGRAMA Y FLUJOGRAMA DEL SISTEMA INFORMÁTICO	156
ANEXO 7: ÁRBOL DEL PROBLEMA DE HD	158

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

1. Descripción general del programa

Hospital Digital (HD) es un programa público de salud digital a cargo del Departamento de Salud Digital de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA), del Ministerio de Salud. HD inicia como programa el año 2019, pero ya en el 2018 se desarrollaban en la Subsecretaría algunas de las actividades que son parte de él¹. El programa no tiene plazo de término.

La formalización de HD como programa gubernamental ocurre junto con la creación del Departamento de Salud Digital, dentro del Gabinete de la SRA, en el marco del Programa de Gobierno 2018-2022, mediante Resolución Exenta N°595 de 02 de julio de año 2019. Se determina que en este departamento se concentran todas las actividades de implementación y gestión del programa, junto con otras iniciativas de salud digital vinculadas con la pandemia de los últimos años² (como “Yo me vacuno”³, Pase de Movilidad⁴, otros).

Al momento de iniciar esta evaluación, el Programa contaba con una Matriz de Marco Lógico (MML) no formalizada⁵ que fue revisada y actualizada para efectos de esta evaluación. Además, contaba con un diseño programático incompleto que fue fortaleciéndose en el marco del EPG.

Por estas razones, la evaluación realizada tiene un carácter muy dinámico, a la luz de las aclaraciones, antecedentes, y contenidos que fueron surgiendo de forma paulatina. Este dinamismo conlleva grandes esfuerzos en la recopilación, generación, organización y procesamiento de una cantidad sustantiva de información del Programa para poder llevar a cabo la evaluación.

Así, los aspectos de diseño que en este informe se recogen fueron desarrollados/actualizados especialmente para esta evaluación, incluyendo: definición de propósito del programa, componentes⁶, indicadores y sistematización de la mayoría de las actividades implementadas por éste (de gestión, producción y evaluación). También se definen las poblaciones objetivo y potencial. En este ejercicio, el Programa se muestra cooperativo y disponible para responder a solicitudes y generar la información requerida por el Panel para emitir los juicios evaluativos que le corresponden lo cual, a juicio del Panel, es en sí mismo un antecedente evaluativo de importancia, pues denota un ánimo por

¹ Específicamente, las Células de Oftalmología, Nefrología, Diabetes y Dermatología. Más detalles en el resto del documento.

² La Pandemia de COVID-19 inicia el año 2020 en Chile y el mundo tras la propagación de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2. Esta pandemia genera una presión extraordinaria sobre el sistema de salud público, y requiere de la implementación de diversas medidas de contingencia para contener la crisis sanitaria.

³ Plataforma de registro y seguimiento individualizado del esquema de vacunación contra el covid-19

⁴ Documento que se entrega a todas las personas que completan el esquema de vacunación contra el covid-19

⁵ La Matriz y diseño con la que contaba el Programa no se encontraba avalada por el Ministerio de Desarrollo Social

⁶ Al inicio de este EPG el Panel trabajó con el Programa un MML que guiaría el proceso evaluativo, en base a 5 componentes fundamentales. Sin embargo, al avanzar en la evaluación, fueron surgiendo cuestionamientos en el Panel respecto a la pertinencia de 2 de los componentes inicialmente señalados, los cuales son comentados en el cuerpo de este documento. Lo anterior da cuenta de los ajustes y revisión que son necesarias cuando se está formalizando la organización de un programa público.

avanzar en el mejoramiento de la calidad del Programa en términos de su diseño y mecanismos de implementación y evaluación⁷.

Por otro lado, muchos de los elementos relacionados con la implementación y evaluación del programa, si bien ya existían, fueron especialmente sistematizados y contextualizados para efectos de esta evaluación, y complementados con nueva información levantada por el Panel a través de entrevistas a referentes de Servicios de Salud (SS) y de establecimientos de atención primaria.

Un último antecedente importante respecto al contexto en el que ocurre esta evaluación es que en el año 2020 la Contraloría General de la República inicia un proceso de auditoría a Hospital Digital⁸ con el propósito de velar por los procesos de implementación inicial del Programa. El informe final de dicha auditoría fue publicado en enero del 2021 y sus resultados son de acceso público⁹. El equipo completo que estaba a cargo de la dirección de HD en Nivel Central en el período auditado ya no se encuentra en este rol, y ha sido reemplazado.

El programa Hospital Digital se inserta en una lógica de modelo de Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS). Como parte de esta iniciativa Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁰ se plantea que el uso de Tecnologías de la Información (TICs), facilita “la provisión de servicios a distancia desde el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, centrado en la persona a nivel local, en su contexto sociocultural y, a lo largo de todo el curso de su curso vida”¹¹. Telemedicina es uno de los pilares de esta estrategia, la cual es entendida como una “prestación de servicios de atención de la salud que compete a todos los profesionales de la salud y que tiene lugar mediante la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones para el intercambio de información con fines de diagnóstico, terapéutico, rehabilitación, cuidados del fin de la vida, prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y las comunidades. El uso de la telemedicina puede ser tanto en condiciones de atención ambulatoria como de atención hospitalaria”¹².

⁷ Este informe procesa información recibida por el Panel hasta el viernes 6 de mayo, en consideración de los plazos establecidos en el proceso EPG 2022. Posterior a esta fecha, no se solicita ni recibe más antecedentes del Programa, atendiendo el carácter dinámico de la evaluación, que podría continuar iterando la producción de nuevos contenidos por más tiempo de lo que el Panel es capaz de procesar y analizar confiablemente en los plazos del EPG.

⁸ El período auditado es aquel comprendido entre el 1 de enero del 2018 y 31 de diciembre del 2019

⁹ Los resultados del informe se refieren a ámbitos variados de la implementación del Programa, incluyendo: adherencia a disposiciones legales, técnicas y reglamentarias que rigen las adquisiciones de un conjunto de componentes tecnológicos requeridos para su funcionamiento, implementación tecnológica, cumplimiento de normativa TIC, interoperatividad de sistemas de información, entre otros.

¹⁰ Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, 2010. Disponible en: <http://www.paho.org>

¹¹ Ministerio de Salud (2019). Manual Organizacional Departamento de Salud Digital año 2019

¹² En 2021 se presenta un proyecto de Ley para dar legalidad a la realización de telemedicina en todo el país y en todos los contextos asistenciales. Cámara de Diputados (2022). N° 438-369/ Formula indicaciones al proyecto de ley que autoriza a los prestadores de salud para efectuar atenciones mediante telemedicina (Boletín N° 13.375-11). Santiago, 11 de enero de 2022.

HD se enmarca también en la política de modernización del Estado¹³ la cual, a través de la introducción de nuevas tecnologías, busca que se puedan reorganizar las atenciones en salud, mejorar su resolutivez, mediante innovaciones institucionales, modernización de los servicios de salud y de la gestión.

En términos conceptuales, HD sitúa su estrategia en el marco de los “Determinantes Sociales de la Salud”, modelo que explica la salud de las personas a partir de un conjunto de factores comunitarios, socioculturales y políticos. Es decir, la salud de la persona está sujeta a elementos que van mucho más allá de su decisiones personales y biología, sino que se circunscriben en un entorno determinante de ésta (Marmot, M, 2005)¹⁴. Este marco, denominado en el contexto de salud digital como los “Determinantes Social de Salud Digital” indica que, en un primer nivel, la salud de una persona está determinada por acceso a infraestructura, disponibilidad de recursos económicos y tecnológicos, y conocimientos, creencias y mitos respecto a la salud digital. En un segundo nivel, son factores determinantes la información a la que la persona accede sobre salud, su cultura, la disponibilidad y disposición profesional en el sistema sanitario, geografía y educación. Por último, en la capa más macro de determinación, se encuentra la macroeconomía, gobernanza, marco legal, políticas públicas y desarrollo de tecnología que ocurre a nivel país. Lo anterior se resume en la figura 1 a continuación:

Figura 1 - Determinantes sociales de Salud Digital



Fuente: Programa

Normativamente, no existe una legislación específica sobre Telesalud, pero sí existen Normas Jurídicas y Pronunciamientos del Ministerio de Salud que han respaldado las diversas actividades de Telesalud implementadas en el país (más detalles en Anexo 3).

¹³ Entre otras cosas, esta describe las bases generales de la modernización e incorporación de tecnologías de la información y comunicaciones en las instituciones dependientes del Estado, en las que se incluyen las instituciones de salud a nivel central

¹⁴ Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. The lancet, 365(9464), 1099-1104.

El Programa Hospital Digital, en sus orígenes, pone en valor las experiencias exitosas de Telesalud que se estaban desarrollando en algunos Servicios de Salud¹⁵, enfocadas en el acompañamiento especializado de profesionales de la salud que requieren apoyo en el diagnóstico/tratamiento de sus pacientes. A través de HD se mejoran las condiciones técnicas de éstas¹⁶ y se amplía su alcance hacia todas las regiones del país y reduciendo de este modo fuentes de inequidad. Esta lógica de atención fue variando con el tiempo, para incorporar la atención directa de pacientes a través de Telemedicina (más detalles en lo que sigue).

Así, Hospital Digital surge así con el objetivo de “ampliar la oferta de especialistas y cobertura de atención de salud para la población”, e “instalando una alternativa al modelo tradicional”¹⁷. Para esto entrega atenciones de salud a distancia, sustentadas en las TICs.

Sin embargo, el Programa fue acogido al inicio con mucha resistencia en los Servicios de Salud en un inicio porque, según se constató en entrevistas realizadas por el Panel y en los resultados de una encuesta aplicada por el Programa a referentes de los Servicios, éste habría sido presentado a los SS con un tono impositivo, poco colaborativo o respetuoso del trabajo que se venía haciendo en las regiones con telemedicina. Esta percepción del Programa habría ido cambiando con los años, al tiempo que se realiza un cambio de jefatura y se instala una visión de programa que ofrece “apoyo” y no fuerza la apropiación de la telemedicina. Contribuye también a la instalación de una visión más positiva sobre el Programa la descompresión y apoyo que la Telemedicina ofrece al sistema de salud en el contexto de Pandemia, según se constató en entrevistas realizadas por el Panel a Referentes de salud regionales. A pesar de lo anterior, indudablemente, la primera recepción de HD tendría un impacto negativo sobre su ejecución inicial, tal como se señala en secciones posteriores del documento.

Respecto a los objetivos del Programa se establece como **Fin**: “contribuir a la prevención, cuidado y recuperación de la salud de la población¹⁸”. Su objetivo general, o **Propósito** es “Personas acceden oportunamente a información y prestaciones de salud priorizadas¹⁹, a través de la implementación de las estrategias HD”.

Hospital Digital atiende a dos tipos de usuario. Por un lado, está la población de profesionales médicos y no médicos del Sistema de Salud Público que acuden a HD, principalmente, para recibir apoyo con el tratamiento y diagnóstico de sus pacientes. Con éstos se realiza un intercambio de información a través de las TIC con el objetivo de mejorar las oportunidades de atención de las personas. Así, éstas corresponden a atenciones con

¹⁵ Específicamente, algunos Servicios de Salud (SS) ya contaban con equipos de salud que ejercían la Telemedicina en diversas especialidades, y niveles de la Red Asistencial. Todas estas se detallan en el “Programa Nacional de Telesalud” de la Subsecretaría de Redes Asistenciales: MINSAL (2018). Programa Nacional de Telesalud en el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

¹⁶ Por ejemplo, según antecedentes levantados por el Panel en entrevistas a referentes SS, algunos médicos implementaban sus propios Telecomités, y desarrollaban instrumentos de telemedicina propios (como fichas de diagnóstico en Word u otros), los cuales fueron descartados tras la implementación de las plataformas de HD

¹⁷ Ministerio de Salud (21019). Manual Organizacional Departamento de Salud Digital año 2019.

¹⁸ Entendida la prevención en salud como las acciones destinadas a erradicar, eliminar o minimizar el impacto de la enfermedad y la discapacidad, el cuidado como las acciones dirigidas a preservar la salud y la recuperación como aquellas cuyo propósito es recobrar el estado de salud.

¹⁹ Las prestaciones priorizadas corresponden a: Dermatología, Patología Oral, Ortodoncia, Salud Mental, Medicina Interna, Enfermedades metabólicas, Oncología, Unidad Paciente Crítico, Diabetes y Medicina General.

un carácter informativo o de capacitación hacia profesionales de salud o “población intermedia”. El segundo grupo de usuarios es la población general que recibe atenciones directas de profesionales de salud de HD en 2 situaciones puntuales: requerimiento de tratamiento psicológico y de atención de especialidad²⁰. Estas corresponden a “atenciones de salud” como podrían ser típicamente comprendidas por las personas. Es decir, como una instancia de interacción psicólogo-paciente o médico-paciente.

Las atenciones entregadas a ambos tipos de usuarios son en su mayoría uno a uno²¹, es decir, apuntan a la interacción entre 1 profesional y 1 usuario por vez (ya sea de población intermedia o final). La gran mayoría de los usuarios atendidos por HD por son del primer grupo (profesionales de salud). Ésta es una observación importante pues, a juicio del Panel, el nombre del Programa “Hospital Digital”, pudiese genera una expectativa equivocada respecto al quehacer de éste, toda vez que se asuma que a un “hospital” le corresponde atender solo a la población final²².

Las atenciones -diferenciadas por usuario- se realizan a través de 5 componentes, los cuales se resumen a continuación (más detalles en Anexo 3):

Componente 1: Atención profesional sincrónica

Bajo este componente, HD entrega atenciones sincrónicas²³ de Telemedicina en la forma de 4 servicios específicos:

- Telemedicina de medicina general: se entrega a profesionales de la salud no médico en postas rurales, Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)²⁴ o residencias sanitarias²⁵ que requieren resolver o discutir el problema de salud de un paciente, por medio de una videollamada. Es decir, la interacción ocurre siempre entre el médico general HD y profesional de la salud de los establecimientos indicados.
- Telemedicina sincrónica de especialidad: se entrega directamente a la población general que requiere una atención de especialidad priorizada (medicina interna, enfermedades metabólicas, otorrino y urología). Es decir, la interacción ocurre entre el médico especialista HD y el paciente. Los pacientes son atendidos según priorización establecida por médicos tratantes de establecimientos de los SS.
- Telecomité: instancia de resolución de casos seleccionados/priorizados a nivel central por un conjunto de especialistas de HD que definen un plan terapéutico para el paciente cuyo caso es revisado. El Telecomité responde a las solicitudes de atención realizadas por profesionales médicos de los SS

²⁰ Solo disponible para atenciones sincrónicas de medicina interna, enfermedades metabólicas, otorrino y urología).

²¹ Excepto por los Telecomités – servicios correspondientes al Componente 1 que se detallan más adelante.

²² Esta observación alude también a un posible problema de conceptualización respecto a cómo se entiende la Telemedicina.

²³ Son aquellas que permiten la interacción en tiempo real del usuario con un profesional de HD.

²⁴ Los ELEAM son servicios residenciales y de cuidados especializados, administrados por municipios o fundaciones sin fines de lucro, “dirigidos a personas mayores de 60 años que presentan algún nivel de dependencia física y/o cognitiva, es decir, que necesitan del apoyo de terceros para realizar actividades de la vida diaria” (Chileatiende, 2022)

²⁵ Las residencias sanitarias son residencias habilitadas por el Ministerio de Salud en el contexto de pandemia COVID para facilitar que las personas que cumplan con los criterios definidos puedan realizar una cuarentena o aislamiento temporal, evitando la propagación de contagios.

- Telemedicina sincrónica de Salud Mental (Saludablemente): se entrega a la población general y a funcionarios del sistema de salud público que requieren una atención psicológica²⁶, por medio de videollamada o llamada telefónica.

Componente 2: Atención Profesional asincrónica

Bajo este componente, HD orienta a profesionales de los Servicios de Salud que requieren apoyo programado con el diagnóstico/ tratamiento de sus pacientes. Una atención asincrónica consiste en la interacción en tiempo diferido entre dos integrantes del equipo de salud (un profesional de HD, otro de los SS), con el objetivo de resolver o discutir el problema de salud de un paciente (más detalles en el Anexo 3).

Componente 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia

En este componente, HD entrega apoyo de diagnóstico programado al personal de salud que se encuentra tomando exámenes en la Atención Primaria de Salud (APS) u otros establecimientos de la red asistencial de mayor complejidad. Esta modalidad de atención se encuentra disponible para los siguientes exámenes: mamografías, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética, retinopatía diabética.

Componente 4: Atención en emergencias sanitarias

Este componente nace en respuesta a la pandemia COVID 19 en el año 2020 e incorpora una serie de iniciativas que buscaban ayudar a enfrentar la crisis sanitaria²⁷. Con el tiempo, algunas de las iniciativas inicialmente agrupadas bajo este componente, pasaron a formar parte del quehacer habitual del Programa, fuera del contexto contingente (por ejemplo, atenciones sincrónicas de salud mental pasan al Componente 1, con financiamiento propio no contingente). Además, se amplió el sentido de las actividades reunidas bajo este componente para ofrecer en respuesta a emergencias sanitarias variadas²⁸. En la actualidad, aquí se agrupan la estrategia NAT-TTA (Apoyo a la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento), apoyo en orientación en salud mediante canal telefónico (Salud Responde) y Telemedicina para emergencias sanitarias²⁹.

Componente 5: Capacitación y Difusión

En este componente se reúnen un conjunto de estrategias de capacitación en línea, vía Zoom o YouTube, dirigidas a 2 grupos. Por un lado, hay capacitaciones que se entregan directamente a las personas (población final) en las cuales se cubren temáticas relacionadas con la promoción de salud y prevención de enfermedades. Estas capacitaciones son entregadas por profesionales de salud, y son de libre acceso. Por otro lado, HD realiza capacitaciones a personal de salud en áreas de interés variadas (como manejo intensivo de pacientes COVID, salud mental en contexto de pandemia, cuidado de personas mayores, otros). También, en este componente se engloban las estrategias de comunicación que HD lleva a cabo para atraer más personas a sus canales (YouTube,

²⁶ No se realizan atenciones psiquiátricas.

²⁷ En un inicio, se agruparon bajo este componente: Telemedicina sincrónica de salud mental, de medicina general (para ELEM, residencias sanitarias y gendarmería), Apoyo a Salud Responde, Apoyo remoto a personal de salud, capacitaciones en línea, plataforma telefónica saludablemente.

²⁸ El Programa no cuenta con una definición respecto a qué constituye una “emergencia sanitaria” y qué tipos de iniciativas podrían en el futuro estar sujetas a esta línea de producción y financiamiento.

²⁹ Denominación propuesta por el Panel para resumir servicios prestados bajo este componente a personal del sistema de salud público (apoyo en diagnóstico y tratamiento de pacientes con sospecha o confirmación de COVID 19).

Facebook, Instagram y Twitter), compartir información de salud de interés y eventualmente dirigir a las personas hacia sus instancias de capacitación.

Por último, es importante mencionar que, al iniciar esta evaluación el Programa propuso incorporar en la matriz en desarrollo un sexto componente denominado “Componente de Apoyo Tecnológico”, el cual era entendido como una instancia de integración de todas las iniciativas que realiza el programa para aumentar la adherencia a las plataformas digitales que ha desarrollado para la salud digital. Eventualmente, y ante la entrega de información más detallada respecto a las actividades específicas del Componente, se despejó que éstas se resumen en la mantención de plataformas digitales como: Registro de personas con Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), Registro Nacional de Quemados y Plataforma de videoconferencia y Plataforma de Telemedicina Sincrónica. Estas plataformas prestan servicios tanto a HD como a las Redes del MINSAL, para el uso en estrategias locales y desarrollo de otras iniciativas ministeriales. En este sentido, su mantención es una tarea a cargo del Departamento de Salud Digital, pero no de Hospital Digital como Programa. Ahora bien, reconociendo que una parte importante de estas plataformas (especialmente, de videoconferencia) es de uso crítico para HD, se acuerda con el Programa eliminar el componente, pero no descartar las actividades de apoyo tecnológico realizadas, sino que reorganizarlas como actividades transversales a los componentes (para efectos de los análisis de economía y eficiencia que se discuten en las próximas secciones, esto implica asignar los presupuestos/ gastos asociados a este componente a los 5 componentes finales de la matriz).

2. Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo

A partir del proceso seguido en la presente evaluación, se fueron identificando las diferentes poblaciones de manera gradual, en la medida que aparece mayor claridad en la descripción de cada uno de los componentes, las poblaciones para cada uno de ellos, las cuales entre sí son diferentes, tanto por componente como por servicio identificado. Lo anterior tiene consecuencias directas sobre la consideración de este conjunto acciones como un programa, pues conceptualmente, un programa no aloja a tantas poblaciones diferentes.³⁰

Para el análisis de este apartado se siguen los siguientes pasos: identificación de los usuarios por servicio según componente; caracterización de la Población Potencial (PP) y Población Objetivo (PO) por servicio según componente; definición de los requerimientos para la cuantificación de la población potencial y objetivo por componente según servicio, e identificación de los datos con los que actualmente se cuenta, y cuantificación de las respectivas poblaciones.

Identificación de los usuarios por servicio según componente

Antes de entrar a la caracterización de las poblaciones potenciales y objetivos del Programa

³⁰ El programa señala que: *Es importante recalcar dos cosas: 1.- el diseño de este programa es diferente a lo habitual en salud, ya que considera un componente de innovación importante, lo que no es considerado en este comentario y que es necesario considerarlo como un aporte al diseño de nuevos programas que incorporen la tecnología y la innovación en salud. 2.- Por otra parte es importante recalcar que este es un programa que busca satisfacer integralmente las necesidades de la población sin segmentarlos por patologías, condiciones, epidemiología u otras instancias. 3.- Es importante recordar que el problema abordado por el programa es el aumento de los tiempos de espera de la población para acceder a atención en salud. Las necesidades en salud son de diversos grupos poblacionales, por lo que el contar con diferentes poblaciones, no es un desorden, sino una contribución a resolver el problema, siendo una fortaleza del programa*

vale la pena tener en cuenta la descripción de los usuarios por servicio según componente, mostrada en el siguiente cuadro:

Cuadro 1 - Descripción de los usuarios por servicio según componente

Componente	Servicio/ Producto	Usuarios del servicio
Componente 1: Atención profesional sincrónica	Atención Telemedicina sincrónica de medicina general	Profesional de salud no médico de postas rurales, ELEAM y residencias sanitarias.
	Atención Telemedicina sincrónica de especialidad (Medicina interna, Enfermedades metabólicas, Otorrino, Urología)	Población general definida por la lista de espera de los establecimientos
	Telecomité paciente crítico Telecomité oncológico	Profesionales de salud médicos (establecimiento de Servicios de Salud-SS)
	Atención Telemedicina sincrónica de salud mental (Saludablemente)	Población general (Consulta psicológica) Población Fonasa (Terapia Breve)
Componente 2: Atención Profesional asincrónica	Atención Telemedicina asincrónica de especialidad (Dermatología, Nefrología, Diabetes, Geriatria, Patología oral)	Médico general o familiar u odontólogo de APS o establecimiento de baja complejidad
Componente 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia	Informe diagnóstico (Mamografías, Tomografía axial computarizada/ TAC, Resonancia magnética nuclear, Retinopatía diabética/Inteligencia Artificial)	Personal de salud APS u otros establecimientos de la red asistencial de mayor complejidad.
Componente 4: Atención en emergencias sanitarias	Atención Telemedicina sincrónica de medicina general	Personal de salud de Gendarmería y ELEAM
	Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde)	Población general
	Apoyo a la estrategia NAT-TTA ³¹	Población general, derivada desde el departamento de epidemiología Minsal
Componente 5: Capacitación y Difusión	Capacitación	Población general, Profesionales de salud
	Material de difusión salud	Población general

Fuente: Elaboración propia en base a la información entregadas por el programa

Caracterización de la Población Potencial (PP) y Población Objetivo (PO) por servicio según componente

A continuación, se presentará la caracterización de la Población Potencial (PP) y Población Objetivo (PO) por servicio según componente

Componente 1: Atención profesional sincrónica

³¹ Testeo, Trazabilidad y Aislamiento.

Para el servicio de **atención de telemedicina sincrónica de medicina general**, el usuario del servicio es el profesional de salud no médico de postas rurales, ELEAM y residencias sanitarias. El programa asume que cada usuario puede atender a uno o más individuos que presentan la necesidad dentro de su ámbito de acción. Entonces, el beneficiario potencial es la población que presenta la necesidad de medicina general, y el programa se focaliza en la población que, presentando la necesidad, se atiende en las postas rurales, ELEAM y residencias sanitarias.

Para el servicio de **atención telemedicina sincrónica de especialidad**, el usuario final es la población general definida por la lista de espera de los establecimientos. Entonces el beneficiario potencial es la población que presenta la necesidad de medicina de especialidad y el programa se focaliza en la población que, presentando la necesidad, se atiende en los establecimientos de SS.

Para el servicio **telecomité paciente crítico y telecomité oncológico**, el usuario del servicio es el profesional de salud médico de los establecimientos de SS. El programa asume que cada usuario puede atender a uno más individuos que presentan la necesidad dentro de su ámbito de acción. Entonces el beneficiario potencial es la población que presenta la necesidad de medicina de especialidad y el programa se focaliza en la población que, presentando la necesidad, se atiende en los establecimientos de SS.

Para el servicio **atención telemedicina sincrónica de salud mental** (Saludablemente), el usuario del servicio es la población general que presenta la necesidad de atención de salud mental. No se identifican criterios de focalización por lo que la población objetivo es equivalente a la potencial, salvo para la población general que requiera terapia breve, focalizada en la población Fonasa y en los funcionarios de salud pública.

Componente 2: Atención Profesional asincrónica

Para el servicio de **atención telemedicina asincrónica de especialidad**, el usuario del servicio es el médico general o familiar de APS o establecimiento de baja complejidad. El programa asume que cada usuario puede atender a uno o más individuos que presentan la necesidad dentro de su ámbito de acción. Entonces, el beneficiario potencial es la población que presenta la necesidad de especialidad y el programa focaliza en la población que, presentando la necesidad se atiende en la APS o en algún establecimiento de baja complejidad.

Componente 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia

Para el servicio **informe diagnóstico**, el usuario del servicio es el personal de salud APS u otros establecimientos de la red asistencial de mayor complejidad. El programa asume que cada usuario puede atender a uno o más individuos que presentan la necesidad dentro de su ámbito de acción. Entonces, el beneficiario potencial es la población que presenta la necesidad de informe diagnóstico, y el programa focaliza en la población que, presentando la necesidad, se atiende en la APS u otros establecimientos de la red asistencial de mayor complejidad.

Componente 4: Atención en emergencias sanitarias

Para el **servicio atención telemedicina sincrónica de medicina general**, el usuario del servicio es el personal de salud de Gendarmería y ELEAM. Entonces, la población potencial es la población privada de libertad en un recinto penitenciario o adulto mayor que se encuentra en un ELEAM que presentan la necesidad de medicina general. No se identifican criterios de focalización por lo que la población objetivo es equivalente a la potencial.

Para el **servicio de orientación en salud COVID-19** (Salud Responde), el usuario del

servicio es la población general. Entonces, la población potencial es la población que presenta la necesidad de orientación en salud COVID-19. La población objetivo es aquella que requiere orientación en salud COVID y es mayor de 13 años.

Para el **servicio apoyo a la estrategia NAT-TTA**, el usuario del servicio es la población COVID. Entonces, la población potencial es la población COVID positiva sin orden médica de la RM. No se identifican criterios de focalización por lo que la población objetivo es equivalente a la potencial.

Componente 5: Capacitación y Difusión

Para las **capacitaciones**, el usuario del servicio es la población general, donde se incluyen los profesionales de la salud. Entonces, la población potencial es la población que presenta la necesidad de capacitación. No se identifican criterios de focalización por lo que la población objetivo es equivalente a la potencial.

Para el servicio de **material de difusión salud**, el usuario es la población general. Entonces, la población potencial es la población que presenta la necesidad de material de difusión. No se identifican criterios de focalización por lo que la población objetivo es equivalente a la potencial.

Teniendo en cuenta lo anterior la caracterización de la población potencial y objetivo se ordena por componente según servicio en el siguiente cuadro:

Cuadro 2 - Caracterización de población potencial y objetivo por componente según servicio

Componente y Servicio/ Producto	Población Potencial	Población Objetivo
Componente 1: Atención profesional sincrónica		
Atención Telemedicina sincrónica de medicina general	Población que presenta la necesidad de medicina general	Población que presenta la necesidad de medicina general y se atiende en postas rurales, ELEAM y residencias sanitarias
Atención Telemedicina sincrónica de especialidad (Medicina interna, Enfermedades metabólicas, Oncología, Unidad de paciente crítico, Urología)	Población que presenta la necesidad de especialidad	Población que presenta la necesidad especialidad y se atiende en los establecimientos de los servicios de salud
Telecomité (paciente crítico y oncológico)	Población que presenta la necesidad de medicina de especialidad	Población que presenta la necesidad especialidad y se atiende en los establecimientos de los servicios de salud
Atención Telemedicina sincrónica de salud mental (Saludablemente)	Población que presenta la necesidad de atención de salud mental	Población que presenta la necesidad de atención de salud mental
Componente 2: Atención Profesional asincrónica		
Atención Telemedicina asincrónica de especialidad (Dermatología, Nefrología, Diabetes, Geriatria,	Población que presenta la necesidad de especialidad	Población que presenta la necesidad de especialidad y se atiende en la APS o establecimiento de baja

Patología oral)		complejidad
Componente 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia		
Informe diagnóstico (Mamografías, Tomografía axial computarizada/ TAC, Resonancia magnética nuclear, Retinopatía diabética/ Inteligencia Artificial)	Población que presenta la necesidad de informe diagnóstico	Población que presenta la necesidad de informe diagnóstico y se atiende en la APS u otros establecimientos de la red asistencial de mayor complejidad
Componente 4: Atención en emergencias sanitarias		
Atención Telemedicina sincrónica de medicina general	Población privada de libertad en un recinto penitenciario o adulto mayor que se encuentra en un ELEAM que presentan la necesidad de medicina general	la población privada de libertad en un recinto penitenciario o adulto mayor que se encuentra en un ELEAM que presentan la necesidad de medicina general
Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde)	la población potencial es la población que presenta la necesidad de orientación en salud COVID-19	La población objetivo es aquella que requiere orientación en salud COVID y es mayor de 13 años.
Apoyo a la estrategia NAT-TTA ³²	Población COVID positiva sin orden médica de la RM.	Población COVID positiva sin orden médica de la RM.
Componente 5: Capacitación y Difusión		
Capacitación	Población general, Profesionales de salud	Población general, Profesionales de salud
Material de difusión salud	Población general	Población general

Fuente: Elaboración propia en base a la información entregadas por el programa

Definición de los requerimientos para la cuantificación de la población potencial y objetivo por componente según servicio

En base al ordenamiento anterior se analizan los requerimientos de cuantificación de las poblaciones potenciales y objetivo por servicio según componente (Cuadro 3).

Componente 1: Atención profesional sincrónica

Para el servicio de **atención de telemedicina sincrónica de medicina general**, la población potencial corresponde a la estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico de salud general, y la población objetivo es la estimación del número personas que presentando el diagnóstico de salud son atendidas en las postas rurales, ELEAM y residencias sanitarias en el año. Hay que considerar en esta estimación debe ser ajustada por nivel socioeconómico, pues se conoce el hecho de que los niveles bajos exhiben peores índices de salud que los altos.³³

Para el servicio de **atención telemedicina sincrónica de especialidad**, la población potencial corresponde a la estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico en las áreas de medicina interna, enfermedades metabólicas o urología,

³² Testeo, Trazabilidad y Aislamiento

³³ Esto refiere a hacer las operaciones epidemiológicas correspondientes para asegurar la representación estadísticas del grupo afectado.

y la población objetivo es la estimación del número personas que presentando el diagnóstico definido son atendidas en los establecimientos de servicios de salud en el año. Hay que considerar en esta estimación debe ser ajustada por nivel socioeconómico, pues se conoce el hecho de que los niveles bajos exhiben peores índices de salud que los altos.

Para el servicio de **Telecomité paciente crítico y Telecomité oncológico**, la población potencial corresponde a la estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico de tipo crítico u oncológico, y la población objetivo es la estimación del número personas que presentando el diagnóstico definido son atendidas en los establecimientos de servicios de salud en el año. Hay que considerar en esta estimación debe ser ajustada por nivel socioeconómico, pues se conoce el hecho de que los niveles bajos exhiben peores índices de salud que los altos.

Para el servicio **atención telemedicina sincrónica de salud mental** (Saludablemente), la población potencial corresponde a la estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta algún trastorno de salud mental, y la población objetivo es equivalente a la potencial.

Componente 2: Atención Profesional asincrónica

Para el servicio de **atención telemedicina asincrónica de especialidad**, la población potencial corresponde a la estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico en las áreas de dermatología, nefrología, diabetes, geriatría y patología oral, y la población objetivo es la estimación del número personas que presentando el diagnóstico definido son atendidas en los establecimientos APS o de baja complejidad. Hay que considerar en esta estimación debe ser ajustada por nivel socioeconómico, pues se conoce el hecho de que los niveles bajos exhiben peores índices de salud que los altos.

Componente 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia

Para el servicio **informe diagnóstico**, la población potencial corresponde a la estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta alguna necesidad de contara con diagnóstico en las áreas de mamografías, tomografía axial computarizada/ TAC, resonancia magnética nuclear, retinopatía diabética y la población objetivo es la estimación del número personas que presentando la necesidad de realizar diagnóstico en alguna de las áreas definidas son atendidas en los establecimientos APS u otros establecimientos de la red asistencial de mayor complejidad. Hay que considerar en esta estimación debe ser ajustada por nivel socioeconómico, pues se conoce el hecho de que los niveles bajos exhiben peores índices de salud que los altos.

Componente 4: Atención en emergencias sanitarias

Para el **servicio atención telemedicina sincrónica de medicina general**, la población potencial corresponde a la estimación población privada de libertad en un recinto penitenciario o adulto mayor que se encuentra en un ELEAM que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico de medicina general, y la población objetivo es equivalente a la potencial.

Para el **servicio de orientación en salud COVID-19** (Salud Responde), la población potencial es la población general mayor de 13 años y es equivalente al objetivo, no hay criterios de focalización.

Para el **servicio apoyo a la estrategia NAT-TTA**), la población potencial es la población general COVID positiva y la población objetivo, son las personas COVID positivas sin orden médica de la RM.

Componente 5: Capacitación y Difusión

Para el servicio de **capacitación**, la población potencial es la población general, donde están incorporados los profesionales de la salud, y es equivalente al objetivo, no hay criterios de focalización.

Para el servicio de **material de difusión salud**), la población potencial es la población general y es equivalente al objetivo, no hay criterios de focalización.

Cuadro 3 - Requerimientos para la cuantificación de la población potencial y objetivo por componente según servicio

Componente y Servicio/ Producto	Población Potencial	Población Objetivo
Componente 1: Atención profesional sincrónica		
Atención Telemedicina sincrónica de medicina general	Estimación de la población nacional que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico de salud general	Estimación de la población nacional que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico de salud general y se atiende en postas rurales, ELEAM y residencias sanitarias (ajustada por NSE)
Atención Telemedicina sincrónica de especialidad (Medicina interna, Enfermedades metabólicas, Oncología, Unidad de paciente crítico, Urología)	Estimación de la población nacional que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico en las áreas de medicina interna, enfermedades metabólicas o urología	Estimación de la población nacional que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico en las áreas de medicina interna, enfermedades metabólicas, o urología y se atiende en los establecimientos de los servicios de salud (ajustada por NSE)
Telecomité paciente crítico y Telecomité oncológico	Estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico de tipo crítico u oncológico	Estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico de tipo crítico u oncológico y se atiende en los establecimientos de los servicios de salud (ajustada por NSE)
Atención Telemedicina sincrónica de salud mental (Saludablemente)	Estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta algún trastorno de salud mental,	Estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta algún trastorno de salud mental,
Componente 2: Atención Profesional asincrónica		
Atención Telemedicina asincrónica de especialidad (Dermatología, Nefrología, Diabetes, Geriatria, Patología oral)	Estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico en las áreas de dermatología, nefrología, diabetes, geriatría y patología oral	Estimación de personas que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico en las áreas de dermatología, nefrología, diabetes, geriatría y patología oral y se atiende en la APS o establecimiento de baja complejidad (ajustada por NSE)
Componente 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia		
Informe diagnóstico	Estimación de personas	Estimación de personas que al

(Mamografías, Tomografía axial computarizada/ TAC, Resonancia magnética nuclear, Retinopatía diabética/ Inteligencia Artificial)	que al menos alguna vez al año presenta alguna necesidad de realizar diagnóstico en las áreas de mamografías, tomografía axial computarizada/ TAC, resonancia magnética nuclear, retinopatía diabética/ Inteligencia Artificial	menos alguna vez al año presenta alguna necesidad de realizar diagnóstico en las áreas de mamografías, tomografía axial computarizada/ TAC, resonancia magnética nuclear, retinopatía diabética/ Inteligencia Artificial y se atiende en la APS u otros establecimientos de la red asistencial de mayor complejidad (ajustada por NSE)
Componente 4: Atención en emergencias sanitarias		
Atención Telemedicina sincrónica de medicina general	Estimación de personas del personal de salud de Gendarmería y ELEAM que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico de salud general	Estimación de personas del personal de salud de Gendarmería y ELEAM que al menos alguna vez al año presenta algún diagnóstico de salud general
Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde)	Población nacional	Población nacional
Apoyo a la estrategia NAT-TTA ³⁴	Población nacional	Población nacional
Componente 5: Capacitación y Difusión		
Capacitación	Población nacional	Población nacional
Material de difusión salud	Población nacional	Población nacional

Fuente: Elaboración propia en base a la información entregadas por el programa

Quantificación de la población potencial y objetivo por componente según servicio

En base a los requerimientos definidos, el programa ha estimado las PP y PO para los distintos componentes según servicio.

En el siguiente cuadro se muestra esta cuantificación a partir de las cuales se ha calculado la variación 2019-2021 y las coberturas correspondientes para el componente 1 Atención profesional sincrónica.

³⁴ Testeo, Trazabilidad y Aislamiento.

Cuadro 4 - Población Potencial y Objetivo Período 2018-2021 para el Componente 1 Atención profesional sincrónica

Año	Atención Telemedicina sincrónica de medicina general			Atención Telemedicina sincrónica de especialidad ¹			Atención Telemedicina sincrónica de salud mental (Saludablemente)		
	Pob. Potencial (PP)	Pob. Objetivo (PO)	Cobertura de PO/PP (%)	Pob. Potencial (PP)	Pob. Objetivo (PO)	Cobertura de PO/PP (%)	Pob. Potencial (PP)	Pob. Objetivo (PO)	Cobertura de PO/PP (%)
2019	3.387.709	1.916.284	56,57%	196.526	6.240	3,18%	4.509.303	4.509.303	100%
2020	3.449.958	1.123.554	32,57%	97.807	7.417	7,58%	4.592.161	4.592.161	100%
2021	3.448.974	1.231.179	35,70%	130.340	9.037	6,93%	4.644.094	4.644.094	100%
%Variación 2019-2021	1,81%	-35,75%	-36,89%	-33,68%	44,82%	118,36%	2,99%	2,99%	0,00%

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por el programa

Respecto a los componentes 2 (Atención profesional asincrónica) y 3 (Apoyo Diagnóstico a Distancia) el siguiente cuadro muestra la cuantificación de sus PP y PO en base a las cuales se ha calculado la variación 2018-2021 y las coberturas correspondientes.

Cuadro 5 - Población Potencial y Objetivo Período 2018-2021 para los Componente 2 y 3 Atención profesional asincrónica y Apoyo Diagnóstico a Distancia

Año	Atención Telemedicina asincrónica de especialidad (Dermatología, Nefrología, Diabetes, Geriátría, Patología oral)			Informe diagnóstico (Mamografías, Tomografía axial computarizada/ TAC, Resonancia magnética nuclear, Retinopatía diabética/ Inteligencia Artificial)		
	Población Potencial (PP)	Población Objetivo (PO)	Cobertura de PO/PP (%)	Población Potencial (PP)	Población Objetivo (PO)	Cobertura de PO/PP (%)
2019	4.604.839	110.771	2,4%	4.192.201	647.129	15,4%
2020	4.689.453	50.629	1,1%	4.269.232	347.969	8,2%
2021	4.742.485	73.992	1,6%	4.626.339	545.778	11,8%
%Variación 2019-2021	4,9%	-28,0%	-31,4%	12,4%	-0,8%	-11,8%

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por el programa

Para los servicios de Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde) y apoyo del Componente 4, atención a emergencias sanitarias, y para el componente 5, Capacitación y Difusión, las poblaciones potenciales y objetivos son equivalentes y corresponden a la nacional. Respecto al servicio de Telemedicina sincrónica de medicina general del componente 4 no se cuenta con información. A continuación, se muestra el cuadro correspondiente.

Cuadro 6 - Población Potencial y Objetivo Período 2018-2021

para los Servicios de Orientación en salud COVID-19 y apoyo a la estrategia NAT-TTA (Componente 4, atención a emergencias sanitarias) y de Capacitación y Difusión (Componente5)

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la Potencial (%)
2019	19.107.216	19.107.216	100%
2020	19.458.310	19.458.310	100%
2021	19.678.363	19.678.363	100%
% Variación 2019-2021	4,9%	4,9%	

Fuente: Elaboración propia en base a las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE)

3. Antecedentes presupuestarios

El programa Hospital Digital presenta, para el período 2019³⁵-2022, un presupuesto anual promedio de 14.638.408 (en miles \$2022). Como se observa en el cuadro siguiente, este promedio está fuertemente impactado por el presupuesto inicial del Programa para el año

³⁵ El año 2018 Hospital Digital operaba como un proyecto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales que, recién en el 2019, fue formalizado como un programa gubernamental con una línea presupuestaria propia, cargos y responsabilidades.

2019 (36.325.002 en miles \$2022) - un monto 4 veces la mediana del período (de 8.526.423 en miles \$2022 aprox). El presupuesto sustancialmente mayor del 2019, como se detalla en secciones posteriores, responde a la planificación de un programa con una lógica de intervención muy distinta a lo que se ejecuta en la actualidad y la asignación de presupuesto con finalidades distintas al desarrollo de HD³⁶.

Por otro lado, los presupuestos iniciales de los años 2020 y 2021 son poco representativos de los recursos efectivamente asignados al Programa ya que, producto de la Pandemia, éstos habrían tenido alzas de un 50% y más, para hacer frente a la crisis sanitaria (más detalles en sección Economía).

Con todo lo anterior, el presupuesto inicial de HD experimenta una caída del 69% entre el año 2019 y 2022 mientras, en el mismo período, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, institución responsable del Programa, tiene una baja presupuestaria del 25%.

Cuadro 7 - Presupuesto asignado al programa en Ley de Presupuestos, 2019-2022 (miles de \$2022)

<i>Año</i>	<i>Presupuesto del programa proveniente de la Institución Responsable* (a)</i>	<i>Presupuesto Total Institución Responsable (b)</i>	<i>Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (%) (a/b)</i>
2019	36.325.002	243.158.851	14,94%
2020	5.808.805	216.595.363	2,68%
2021	5.175.783	218.786.878	2,37%
2022	11.244.040	182.030.410	6,18%
% Variación 2018-2021	-69%	-25%	-59%

*Considera asignación específica del programa en Ley de Presupuestos y aportes realizados de la institución responsable (Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud).

Fuente: Elaboración en base a antecedentes entregados por el programa en Anexo 5

El presupuesto del cuadro anterior incluye la asignación específica del programa, asignado en un programa presupuestario exclusivo denominado “Hospital Digital” (Subtítulo 24, ítem 03, asignación 429) y el financiamiento aportado por la institución responsable (Subsecretaría de Redes Asistenciales) para la contratación de recursos humanos de apoyo³⁷. Ahora bien, es importante señalar que este presupuesto considera el financiamiento de recursos humanos cuyos roles y funciones no son solo de competencia del Programa Hospital Digital, sino del Departamento de Salud Digital como un todo. Para efectos del análisis presupuestario, sin embargo, no es posible establecer distinciones confiables al respecto, por lo que los montos que en ésta y las siguientes secciones se analizan, corresponden a la totalidad de recursos asignados al programa presupuestario Hospital Digital.

³⁶ Específicamente, en el presupuesto inicial de HD para el año 2019, se incluyen fondos para las actividades del Departamento de la Tecnología, Información y Comunicaciones (TIC)

³⁷ Este programa no recibe pago por prestaciones FONASA.

El presupuesto del programa representa, en promedio, un 6,5% del presupuesto de la institución responsable. Este peso relativo cae un 59% entre el año 2019 y 2022.

II. EVALUACION DEL PROGRAMA

1. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA

El Ministerio de Salud identifica el problema que dio origen al programa como: extensos tiempos de espera para acceder a información y prestaciones de salud, y su diagnóstico se fundamenta consistentemente en la detección de las siguientes causas: (Minsal, 2021)

Aumento de los tiempos de espera por atención de especialidad. La demanda de prestaciones (atenciones médicas y exámenes) es mayor a los recursos disponibles. Entre 2015-2016 la demanda creció 18% y la oferta sólo 5% (estimaciones realizadas en base a las listas de espera según el Informe Comisión Médica 2017). Hoy los pacientes no acceden oportunamente a prestaciones de salud, reflejado en la cantidad de pacientes que hoy están en lista de espera (GES y no GES). Al 2018 las garantías retrasadas GES eran 10.249 con promedio de 97,4 días de retraso; en patologías no GES el número de interconsultas derivadas a especialidad fue 1.786.126 con promedio de 363 días de espera.

Debe considerarse que la telemedicina tiene efectividad para la realización de diagnósticos que no requieran presencialidad médica.

Inequidad distributiva de especialistas en el territorio nacional, es considerada un factor causal del problema principal. La inequidad de especialistas por región dificulta una pronta solución; en la Región Metropolitana hay 14,9 especialistas por cada 10.000 habitantes en Tarapacá en cambio, hay 5,3 (informe glosa 01, 2018). Además, la dispersión geográfica genera dificultades de acceso, por ejemplo, una persona de Tocopilla derivada a interconsulta al Hospital de Antofagasta tarda 4 horas en traslado invirtiendo tiempo y dinero, siendo que la población FONASA en su mayor proporción (76%) tiene ingresos menores a M\$376.

Dificultad en el acceso a la atención de salud, es considerada un factor causal del problema principal. Existe un alto porcentaje de prestaciones que se entregan en una atención reactiva³⁸, la que genera altos costos en salud, no requiere atención presencial y tienen alta prevalencia en la población. Se destacan: Dermatología; Nefrología (prevalencia de 4,2% en población estudiada en Talcahuano); Diabetología (prevalencia de 12,3% y al menos 18% requiere interconsulta), Monitoreo Ambulatorio Presión Arterial - MAPA el grupo de adultos mayores con HbA1c³⁹> 9% el 33% está muy descompensado, tratamiento anticoagulante oral – TACO, 2% de la población lo necesita; revisión de resultados de: mamografías (la cobertura nacional actual para mujeres entre 50 y 64 es 36%; en regiones es menor (ej. En Arica es 12%); el cáncer de mamas es la primera causa de muerte en mujeres por enfermedad oncológica; la retinopatía diabética es la primera causa de pérdida de visión y ceguera en personas en edad laboral y más del 80% del total mundial de casos de discapacidad visual se pueden evitar o curar, por lo que se requiere mejorar el acceso al Diagnóstico Automatizado de Retinografías Telemáticas -DART. A juicio del Panel, esta causa quedaría mejor formulada si se centra en: *alto porcentaje de prestaciones que se entregan en una atención reactiva presencial generan altos costos en salud, no requiere atención presencial y tienen alta prevalencia en la población.* La dificultad en el acceso a la

³⁸ Refiere a la atención que surge por demanda, no es proactiva ni refiere a prevención

³⁹ La prueba de **hemoglobina glicosilada** (HbA1c) es un examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes

atención de salud no queda suficientemente fundamentada.

Teniendo en cuenta las causas señaladas, se propone la siguiente formulación del problema: *Alta prevalencia/incidencia de enfermedades en la población cuya resolución no requiere presencialidad.*

El programa en su árbol de problemas (Anexo 7) señala otras cuatro causas: falta de infraestructura física para dar respuesta a la demanda de salud; deficiente optimización de los recursos; cambio en el perfil epidemiológico de la población con un aumento de las enfermedades crónicas; y lenta respuesta frente a situaciones de emergencia y desastres. Para el Panel, el enunciado de estas causas resulta de interés, por lo que su profundización queda aplazada para el próximo informe.

Si bien existe un apropiado diagnóstico del problema, también debe considerarse que en los últimos dos años la pandemia ha sido un determinante contextual muy relevante, el cual es incorporado en el presente análisis.

A juicio del Panel se justifica la intervención del Estado, en tanto el problema afecta especialmente a grupos vulnerables con dificultades de acceso a la atención de salud de calidad y, por tanto, padecen con mayor frecuencia de enfermedades que pueden ser prevenidas o tratadas tempranamente. Definido así, el problema afecta la equidad en la distribución geográfica de un bien público como la salud, y por tanto el Estado debe cumplir un rol de garante de derechos sociales básicos.

En relación a la estrategia, se debe tener en cuenta que Hospital Digital se encuentra incluida en los lineamientos promovidos por la Organización Mundial de la Salud respecto a la Salud Digital /Telesalud⁴⁰. En cuanto al diseño que ésta tiene para su aplicación en nuestro país, el programa ha considerado cinco componentes (Atención profesional sincrónica, Atención profesional Asincrónica, Apoyo Diagnóstico a Distancia, Atención en emergencias sanitarias, y Capacitación y Difusión), los que resultando pertinentes, algunos de ellos no corresponden a un servicio diferenciado de los demás que aporte al logro del propósito.

Lo anterior refiere a la Atención de emergencias sanitarias, que más bien corresponde a una actividad que ya está incorporada en el componente 1 (Atención profesional sincrónica) pero que está dirigida a un grupo priorizado, y que como tal podría cambiar en otro momento social según los determinantes contextuales que surjan. En particular, se definió que tanto las personas privadas de libertad y residentes de ELEAM eran prioritarios en el periodo pandémico pues su situación es de alto riesgo de contagio, con consecuencias graves tanto para ellos mismos como para su entorno. Si se considera que los criterios de priorización pueden variar por situaciones contextuales, no es necesario crear un componente que complejiza tanto la gestión como la evaluación de este, bastaría entonces, con considerar que existen criterios de priorización flexibles para la ejecución de los componentes. En cuanto a la actividad de orientación, no se advierte su aporte específico al logro del propósito, pudiendo complementar actividades de los componentes de atención o diagnóstico.

El componente 5, Capacitación y Difusión, ⁴¹también ofrece dificultades a la hora de validar la estrategia, pues de momento, el programa no mide su desempeño por lo que queda anulada su capacidad de aporte al logro del propósito, y por otra parte, desde una

⁴⁰ Ministerio de Salud Chile (2019a) Manual Organizacional Departamento de Salud Digital. Año 2019. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

⁴¹ Para el programa este es un componente sí mismo, a pesar de su transversalidad, sin embargo, la evaluación que aquí se realiza estima que no lo es por los argumentos expuestos.

perspectiva conceptual, cabría señalar que corresponden a actividades que pueden ser incorporadas a uno o más componentes directamente relacionados con la ejecución de prestaciones, tales como atención sincrónica o asincrónica y exámenes o informes diagnósticos.

Si bien HD, a través del software Tableau, se visualiza información sobre demanda, producción, indicadores de tiempos de respuesta y seguimiento del proceso del paciente dentro del proceso de atención, esta información no ha sido representada en como un sistema de indicadores en la matriz de marco lógico que ha sido elaborada en el proceso de la presente evaluación, por lo tanto el programa no cuenta con un sistema de indicadores que les permita evaluar su desempeño y retroalimentar su funcionamiento tanto en términos de gestión como diseño. De hecho, surgen múltiples dificultades de registro al no contar con un diseño previo (por ejemplo, inconsistencias numéricas en el reporte de datos).

En el análisis sobre las poblaciones potenciales y objetivos se dio cuenta del tipo de usuarios que tiene el programa, en este sentido, a juicio del Panel, no corresponde a un adecuado diseño de la estrategia, en tanto se espera que un programa no esté dirigido a tantas poblaciones diferentes, aunque sí estén bien definidos los componentes por separado.

Considerando los elementos de diseño analizados, no se valida la estrategia del programa.⁴²

El Panel no identifica otras estrategias del Estado que aborden el problema (o parte) definido por el programa.

2. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

En relación a la concordancia con que opera el programa respecto a su diseño y estrategia, se advierte que el programa realiza grandes esfuerzos en la implementación de los componentes 1, 2 y 3, esto es la atención sincrónica, asincrónica y el apoyo diagnóstico, lo que evidencia el carácter prescindible que tiene especialmente el componente 4 de Atención en emergencia sanitaria, dado que tal como ya se ha señalado, más bien corresponde a una priorización dentro de los componentes 1 y 2, y además, se enmarca en un contexto específico que eventualmente puede cambiar. Respecto al componente 5 de Capacitación y Difusión, siguiendo el análisis de lo lógica vertical (Ver Anexo 2c) no corresponde a un componente del diseño pues no constituye un servicio que aporte al propósito, más bien corresponde a una actividad transversal que por lo demás, demanda esfuerzo de otras unidades que no corresponden al HD.

Respecto a las definiciones de población potencial y objetivo, el panel ha propuesto en el transcurso del presente proceso de evaluación un abordaje para su caracterización y cuantificación, lo que ha sido recogido positivamente por el programa. El programa opera bajo el supuesto que los usuarios intermedios atienden a la población necesitada y que la focalización en grupos más vulnerables, como son los que asisten a la red de salud pública, está dada porque la acción ocurre en ese ámbito, lo que a juicio del panel es apropiado. El programa está llegando paulatinamente a la población que desea atender, en tanto a puesto en marcha gradualmente diversas estrategias.

Para el análisis de las fortalezas y aspectos deficitarios en la operación del programa, el

⁴² El panel debe emitir un juicio evaluativo respecto a validar o no la estrategia en base a los criterios de evaluación definidos por Dipres.

Panel utiliza la información brindada principalmente por dos fuentes:

1. La *Encuesta de Nodos Críticos* realizada por el programa en septiembre del 2020, a 29 Servicios de Salud. El levantamiento de esta información tenía por objetivos: Identificar posibles factores que se asocian a la baja tributación de los distintos Servicios de Salud; Reconocer los nodos críticos de la baja de tributación; Determinar qué prestaciones de Hospital Digital presentan más complicaciones en la tributación; e Identificar los planes de mejoras realizados por los referentes de telesalud en sus respectivos servicios.
2. Entrevistas realizadas a los referentes de HD de tres Servicios de Salud del país⁴³.

Primeramente, se expondrá la información levantada (Fuente 1 y 2), y luego el Panel cierra este tema con las ideas más relevantes.

La **primera fuente** básicamente informa sobre barreras detectadas para la implementación adecuada de HD, las que fueron agrupadas en tres grandes categorías por el Panel: Barreras atribuibles al Programa, atribuibles a los Sistemas de Atención en SS, atribuibles a otros Determinantes Sociales.

Respecto a las **barreras atribuibles al programa**, se identificaron barreras relacionadas con: Prestaciones GES (por la complejidad implicada), Falta de difusión, Resistencia al cambio cultural, Formatos de IC (informes clínicos) como barrera, Falta de interoperatividad de sistemas de información, Falta comunicación, Falta coordinación y Problemas con habilitantes tecnológicos.

Dentro de las **barreras atribuibles a los sistemas de atención en SS**, se señalan las siguientes: Falta de prioridad en los SS, Sobrecarga laboral para niveles locales, Desarrollos locales como barrera y, Prescripciones y Farmacia⁴⁴

Por último, las barreras atribuibles a otros determinantes de salud están relacionadas con: Pandemia COVID19, Falta de especialistas en regiones y Analfabetismo digital.

El siguiente cuadro muestra algunos ejemplos de los tipos o características de las barreras descritas. Fueron seleccionadas pues expresan las ideas centrales y recurridas.

Cuadro 8 – Barreras detectadas para la implementación adecuada de HD (Encuesta Nodos Críticos)⁴⁵

Barreras	Respuestas textuales
Barreras atribuibles al Programa	
Prestaciones GES ⁴⁶	<i>“Patologías asociadas a garantías GES se dificultan ya que desde los establecimientos no saben qué tributar directamente a SIGGES, no existe documento que valide las atenciones por HD y GES. Falta de un protocolo asociado a estas prestaciones y sus validaciones respectivas en plataformas correspondientes”</i>

⁴³ El Panel realizó entrevistas a los referentes de HD de tres Servicios de Salud. Las entrevistas fueron guiadas por preguntas que abordaban distintos tópicos: Recepción del HD en los niveles locales, sobrecarga laboral, antecedentes locales de telemedicina, posibles integraciones o coordinaciones incentivos.

⁴⁴ El programa señala lo siguiente: *Esto fue resuelto. Se bajó un Ordinario en la que se reconoce la firma de los médicos generales HD, para la prescripción de medicamentos en la AP. De esa forma los pacientes pueden retirar los medicamentos de las farmacias de la APS. (Ord. 2449). En el caso de las atenciones de especialidad se resuelve mediante una indicación a nuestros especialistas, que solo se puede prescribir medicamentos que estén dentro de la canasta de AP, sino las IC deben ser derivadas a atención presencial en niveles superiores.*

⁴⁵ No es posible identificar las fuentes pues las respuestas son anónimas

⁴⁶ El programa señala que esto ha sido solucionado mediante el ordinario 1157 de 2022 para la célula de diabetes

Falta de difusión	<i>“La red asistencial aún desconoce el proyecto hospital digital”</i>
Resistencia al cambio cultural	<i>“Resistencia por parte de los especialistas del Hospital: nefrólogo, dermatólogo y geriatra que indican que no les gusta la estrategia HD y siembran dudas entre los médicos de APS” “El subdirector médico rechaza tajantemente su uso, de hecho, las coordinaciones las he tenido que hacer directo con los especialistas”</i>
Formatos de IC como barrera	<i>“Extensos y poco amigables formularios para generar IC”</i>
Falta de interoperatividad de sistemas de información ⁴⁷	<i>“Interoperabilidad de las plataformas de Hospital Digital con los diferentes sistemas de registro, tales como Trakcare y Rayen⁴⁸, con el fin que cada una de las prestaciones realizadas se encuentre en RCE del paciente”</i>
Falta comunicación	<i>“La comunicación vía correo no es eficaz al momento de querer generar nuevas estrategias, solo nos entrega el respaldo de la comunicación, falta compromiso por parte de los establecimientos”</i>
Falta coordinación	<i>“Falta de definición de flujogramas locales”⁴⁹</i>
Problemas con habilitantes tecnológicos	<i>“Falta de digitalización en establecimientos” “Ancho de banda bajo el cual produce conexiones inestables”</i>
Barreras atribuibles a los Sistemas de Atención en SS	
Falta de prioridad en los SS	<i>“Priorización de atenciones de otras especialidades”</i>
Sobrecarga laboral para niveles locales	<i>“En general, aún existe resistencia a las estrategias puesto que implica mayor carga laboral para los funcionarios de salud y eso genera rechazo, es decir, no ven el aspecto positivo que implica este tipo de atención para los usuarios, sino el aumento de trabajo que significa para ellos” “Poco tiempo de médicos de APS: Si bien, tienen agenda creada para Telenefrología y Teledermatología, no cuentan con horario protegido para Telediabetes o Telegeriatría, dificultando el uso de la estrategia”</i>
Desarrollos locales como barrera ⁵⁰	<i>“La comuna tiene licitación vigente y es muy resolutiva” “Estrategia SIDRA⁵¹ unificada en SSMAULE (APS y Hospitales) que tiene integración con registros estadísticos. Este desarrollo es local e institucional y lleva muchos años en ejecución y mejoras, por ende, cualquier plataforma o estrategia que permita la realización de atenciones es vista como “potencial riesgo”, sin embargo, hasta el momento han sido flexibles al lobby (directivos y referente regional HD)”</i>
Prescripciones y	<i>“Las indicaciones farmacológicas suelen tener indicaciones de recetas magistrales (Dermatología) que no existen en APS y que el</i>

⁴⁷ El programa señala que actualmente dermatología tuvo un piloto exitoso de integración

⁴⁸ Refieren a sistemas de registro señaladas por los encuestados

⁴⁹ El programa señala que esto debe estar en barreras atribuibles a los sistemas de atención en los SS

⁵⁰ El programa señala que existen desarrollos locales que se han integrado o en proceso, para facilitar la utilización del sistema (EJ: Araucanía Norte)

⁵¹ Sistemas Información de Red Asistencial

Farmacia ⁵²	<i>paciente debe comprar...El programa de resolutivez, que dispone de \$\$ para este fin (PRAPS), rara vez lo regula (compra) a pesar de existir ordinario del 2019 que lo indica”</i>
Barreras atribuibles a otros Determinantes Sociales	
Pandemia COVID19	<i>“El desarrollo de la telemedicina a través de la plataforma de Hospital Digital, ha sido con la asistencia del paciente en el CESFAM, no solo porque en ese acto se le pide el consentimiento de este tipo de atención, sino porque con el paciente presente el médico de APS obtiene los datos que se deben ingresar a la plataforma, en la cual incluyen examen físico y el control de signos vitales” “Desde marzo permanecían suspendidas las actividades de UAPO en la red. Otras células, baja de producción por interrupción de atenciones de morbilidad por alerta sanitaria”</i>
Falta de especialistas en regiones	<i>“Más oferta de especialistas; necesitamos en Aysén psiquiatra infante juvenil, endocrinólogo, informe exámenes mamografía. Claramente al aumentar las prestaciones aumentamos la adherencia a nuestras estrategias”</i>
Analfabetismo digital	<i>“Los adultos mayores, sobre todo, no tienen capacidades para llevar adelante una atención de telemedicina autónomamente”</i>

Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a la segunda fuente de información, las entrevistas realizadas dieron cuenta tanto de debilidades y fortalezas.

Entre las principales debilidades detectadas se encuentran las siguientes: resistencia al cambio, brecha de recursos humanos, dificultad en la interoperatividad y en el registro de seguimiento de pacientes, capacitaciones tipo diplomado para el equipo referente, baja digitalización de los usuarios, red de conexión nacional insuficiente, brecha de habilitantes tecnológicos y, dualidad de dependencia entre hospital digital y servicio de salud para el caso de referente.

Respecto a las fortalezas, los referentes tienden a coincidir en algunos aspectos tales como:

- HD responde a una necesidad y la telemedicina resulta una herramienta útil para dar respuesta, por ejemplo, a la disminución de las listas de espera o la hospitalización domiciliaria con seguimiento remoto, permitiendo una disponibilidad mayor de camas de la red.
- Lo digital permite un acceso más equitativo (*“dan la opción de elegir a los ciudadanos”*), además mejora coberturas, facilita el acceso y la oportunidad de poder atenderse.
- Liderazgos fuertes y equipos motivados pues perciben continuidad, organización y profesionalismo, lo que se refuerza con contratación de especialistas locales que reciben valoración y reconocimiento (versus lo que ocurre cuando son de otras regiones)
- La pandemia implicó la consolidación de la estrategia HD, actuó como potenciador de la operación sincrónica, disminuyendo el ausentismo de los pacientes

Como se puede apreciar, las mayores dificultades detectadas refieren a temas de

⁵² El programa señala que, durante el presente año, en las auditorías de las respuestas a las IC, se ha puesto un mayor énfasis que las prescripciones deben ser ajustadas a las canastas locales. Esto considerando que todos los profesionales de HD tienen acceso a dichas canastas

interoperatividad, registro de seguimiento, resistencia al cambio, habilitantes tecnológicos y el analfabetismo digital por parte de beneficiarios finales.

Temas más controversiales resultan la valoración de la pandemia como una situación que francamente obstaculizó la implementación, en tanto para otros, contrariamente, consolidó al HD. Y también, hay diversas visiones respecto a la falta versus la contratación de especialistas en las regiones⁵³.

Finalmente, las entrevistas permiten dar cuenta de evaluaciones positivas sobre algunos aspectos del programa tales como: favorecer la equidad en las atenciones de salud, dar respuesta a una necesidad y desarrollar equipos.

Respecto al sistema de seguimiento y evaluación, no se identifica existencia de un sistema que permita medir el desempeño del programa y retroalimentar su gestión. El sistema de indicadores ha sido creado en el presente proceso de evaluación y se carece de información que posibilite cuantificar una gran parte de ellos. Por tanto, el sistema de seguimiento y evaluación no logra generar información suficientemente pertinente y de calidad para retroalimentar la toma de decisiones⁵⁴.

A partir del análisis realizado en el Anexo 3, es posible señalar que el programa exhibe problemas en la organización y descripción de sus procesos productivos, dificultando la comunicación de su quehacer.

En términos organizacionales, la ubicación que tiene el programa dentro de la estructura ministerial no parece facilitar la articulación de actividades, por ejemplo, se superponen funciones con el Departamento de Salud Digital. Este aspecto se encuentra profundizado En el anexo 3.

Por otra parte, no se identifica en el modelo de implementación incentivos para que la APS priorice las acciones de telemedicina.

Finalmente, el programa muestra una excesiva flexibilidad en la planificación presupuestaria territorial y deficiencia en los mecanismos de control del gasto, lo cual se refleja en los indicadores de planificación y ejecución

Respecto a los recursos humanos y financieros del programa, estos se encuentran subsumidos en la operación general del Departamento de Salud Digital, lo que sobredimensiona las estimaciones, imposibilitando al análisis de lo correspondiente estrictamente al programa. En consecuencia, se detecta una gran dificultad organizacional al constatarse que el programa no corresponde a una instancia delimitada dentro del departamento⁵⁵.

⁵³ Diferentes visiones refieren a que no hay una visión homogénea, algunos señalan que faltan especialistas otros valoran la contratación de especialistas, es decir, hay diferentes visiones.

⁵⁴ Ya ha sido señalado en párrafos anteriores que: *si bien HD, a través del software Tableau, produce información sobre demanda, producción, tiempos de respuesta y seguimiento del proceso del paciente dentro del proceso de atención, esta información no ha sido representada en como un sistema de indicadores en la matriz de marco lógico que ha sido elaborada en el proceso de la presente evaluación. De hecho, surgen múltiples dificultades de registro al no contar con un diseño previo (por ejemplo, inconsistencias numéricas en el reporte de datos).*

⁵⁵ El programa señala que, *si bien coincidimos que el Dpto de Salud Digital aborda más temas que solo la atención de pacientes, la Unidad de HD tiene las funciones limitadas a la entrega de prestaciones por parte de HD. Por lo tanto, si bien existe una confluencia de funciones en el DSD, organizacionalmente están claros los límites de cada una de las Unidades que confirman el departamento. El DSD, integra funciones amplias en el tema de salud digital (regulaciones, desarrollos de registros, etc), como ya está descrito en los documentos, la*

3. DESEMPEÑO DEL PROGRAMA: EFICACIA Y CALIDAD

3.1. Eficacia a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios)

Para abordar el presente apartado se analizan las mediciones de los indicadores propuestos según componente. No se definen metas para ningún indicador del programa.

COMPONENTE 1: Atención profesional sincrónica

Los indicadores propuestos para este componente son: Porcentaje de atenciones concretadas en telemedicina sincrónica de HD (Eficacia/Proceso), Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado), de los cuales, solo el primero está cuantificado.

La variación observada para el componente de atención sincrónica es de -9,20, lo que significa una disminución de las atenciones concretadas entre los años 2019 y 2021, sin embargo, se evidencia un aumento entre los años 2020 y 2021. Si se observan las cifras brutas, las atenciones del año 2019 son prácticamente el 1% de las del año 2021, lo que lleva a considerar la pertinencia de la comparación entre cifras tan distintas. Si bien es importante clarificar la razón del gran aumento de las atenciones entre estos dos años, también resulta adecuado considerar solo la variación de los dos últimos años (10% aprox.). Según esto último la variación sería positiva. A juicio del Panel, el rendimiento de este componente no es posible evaluar a partir de un solo indicador.

	2019	2020	2021	Variación
Porcentaje de atenciones concretadas en telemedicina sincrónica de HD (Eficacia/Proceso)	100,0% (3266/3266)	82,6% (110.256/133.555)	90,8% (253.940/279.718)	-9,20%

COMPONENTE 2: Atención profesional Asincrónica

Los indicadores propuestos para este componente son: Porcentaje de prestaciones por telemedicina asincrónica realizadas antes de 10 días⁵⁶ (Eficiencia/Proceso) y Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado), de los cuales, solo el primero está cuantificado. Respecto a este, la variación es de un 18,49%, lo que a juicio evaluativo del Panel es positivo. Sin embargo, a juicio del Panel, el rendimiento de este componente no es posible evaluar a partir de un solo indicador.

	2019	2020	2021	Variación
Porcentaje de prestaciones por telemedicina asincrónica realizadas antes de 10 días (Eficiencia/Proceso)	77,9% (28.992/36.426)	94,8% (26.161/27.583)	92,3% (39.158/42.422)	18,49%

COMPONENTE 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia (Mamografía, Retinopatía Diabética, Teleradiología Compleja)

Los indicadores definidos para este componente son: Porcentaje de prestaciones de apoyo

unidad de HD esta acotada a la funciones de prestaciones de servicios de salud e implementación de estrategias asociadas a la entrega de prestaciones. Por lo cual no existe traslape de funciones, porque éstas están claramente definidas por las Unidades

⁵⁶ No se cuenta con información respecto al promedio de espera para una prestación no realizadas por telemedicina

diagnóstico a distancia realizadas antes de 10 días (Eficiencia/Proceso) y Porcentaje de solicitud de mamografías derivadas a HD para ser informadas en el periodo (Eficiencia/Proceso)

En el componente Apoyo Diagnóstico se aprecian variaciones positivas, alcanzando 75% o más de cumplimiento en las prestaciones diagnósticas realizadas antes de 10 días, lo que se evalúa como óptimo. En relación a las mamografías, si bien la variación es positiva los porcentajes de cumplimiento son bajos, y esto se debe a que no todas las solicitudes son derivadas a HD. El rendimiento de este componente se evalúa positivamente en base a los indicadores propuestos.

	2019	2020	2021	Variación
Porcentaje de prestaciones de apoyo diagnóstico a distancia realizadas antes de 10 días (Eficiencia/Proceso)	75,5% (168.912/223.823)	82,0% (88.313/107.692)	81,9% (225.981/275.901)	8,48%
Porcentaje de solicitud de mamografías derivadas a HD para ser informadas en el periodo (Eficiencia/Proceso)	0,7% (2.879/420.005)	10,7% (23.663/220.402)	20,1% (85.735/426.823)	2771,43%

COMPONENTE 4: Atención en emergencias sanitarias

El indicador definido para este componente es Porcentaje de atenciones en emergencias concretadas en telemedicina sincrónica de HD (Eficacia/Proceso). Aquí se da cuenta de un cumplimiento del 100%, lo que a juicio del Panel es positivo.

	2019	2020	2021	Variación
Porcentaje atenciones en emergencias concretadas en telemedicina sincrónica de HD (Eficacia/Proceso)	s/d	100,0% (651.484/651.484)	99,9% (555.669/555.974)	-0,0010%

COMPONENTE 5: Capacitación y difusión

Los indicadores definidos para este componente son: Variación de seguidores en redes sociales (YouTube, Facebook, Instagram y Twitter (Eficacia/Proceso) y Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado), sin embargo, ninguno ha sido cuantificado por no contar con el registro, lo que es evaluado negativamente por el Panel.

En base a los indicadores analizados es posible señalar que la producción de los componentes aporta insuficientemente al logro del propósito⁵⁷.

Los indicadores de eficiencia y economía para cada uno de los componentes serán analizados en los apartados correspondientes.

⁵⁷ Es decir, la producción no es suficiente para lograr el propósito.

3.2. Cobertura del programa (por componentes en los casos que corresponda)

En la cuantificación de los beneficiarios se observan diversas variaciones entre el 2019 y el 2021 en los servicios que entrega el programa.

Para el componente 1, se observa una variación del -58,7% para el servicio de Atención Telemedicina sincrónica de medicina general, lo que resulta esperable pues la población estaba confinada por pandemia y, por tanto, con menos riesgo de contraer enfermedades generales, especialmente infecciosas. Para la Atención Telemedicina sincrónica de especialidad, solo se tiene el dato del 2021, pues la estrategia no se había implementado antes. Respecto a la Atención Telemedicina sincrónica de salud mental (Saludablemente), la variación es de 17,1% (la estrategia se implementa a partir del 2020) y se evalúa positivamente pues supone una ampliación de la capacidad de respuesta del programa. En cuanto a los beneficiarios del servicio de Telecomités de paciente crítico y oncológico, no se cuenta con dicha información⁵⁸.

Para el servicio del componente 2, Atención Telemedicina asincrónica de especialidad, se observa una variación del -46,3%, lo que es esperable en tanto la población que padece de alguna enfermedad crónica y ha solicitado atención puede ya estar siendo atendida. Al igual que el componente 1 de medicina general, la población se encontraba confinada sin poder asistir presencialmente a los controles en la AP. En tanto para el servicio del componente 3, Informe diagnóstico, la variación es de 20,1%, evalúa positivamente pues supone una ampliación de la capacidad de respuesta del programa.

En cuanto al componente 4 (Emergencias Sanitarias) el servicio de Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde) exhibe una variación del 95,5%, lo cual es positivo dado que aumenta su cobertura. El servicio de Apoyo a la estrategia NAT-TTA se implementa a partir del 2021 por lo que no es posible medir su variación, y para el servicio de Telemedicina sincrónica de medicina general el panel no cuenta con dicha información.

Finalmente, para ambos servicios del componente 5, Capacitación y Difusión, se observan variaciones positivas.

A continuación, se presentan en el siguiente cuadro los beneficiarios efectivos por servicio según componente.

**Cuadro 9 – Beneficiarios Efectivos Años 2019-2021 para el Componente 1
Atención profesional sincrónica**

Componente	SERVICIOS	2019	2020	2021	%Variación 2019-2021
C1 Atención profesional sincrónica	Atención Telemedicina sincrónica de medicina general	92.976	48.000	38.400	-58,7%
	Atención Telemedicina sincrónica de especialidad	s/e	s/e	8.100	s/d
	Telecomités de paciente crítico y oncológico	s/i	s/i	s/i	s/i
	Atención Telemedicina sincrónica de salud mental (Saludablemente)	s/e	420.000	492.000	17,1%

⁵⁸ El programa señala que son estrategias implementadas en el año 2021, no se pueden medir

C2 Atención Telemedicina asincrónica de especialidad	Atención Telemedicina asincrónica de especialidad	96.000	96.000	51.600	-46,3%
C3 Informe diagnóstico	Informe diagnóstico	250.000	260.000	300.333	20,1%
C4 Atención en emergencias sanitarias	Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde)	s/e	448.000	876.000	95,5%
	Atención de Telemedicina sincrónica de medicina general	s/i	s/i	s/i	s/i
	Apoyo a la estrategia NAT-TTA	s/e	s/e	56.700	s/d
C5 Capacitación y Difusión	Capacitación	s/e	220.714	478.013	116,6%
	Material de difusión salud	10.967.542	11.169.070	11.295.380	2,9%
<i>Total (no son sumables, un beneficiario puede acceder a más de un servicio)</i>		s/d	s/d	s/d	s/d

s/e: Sin Estrategia; s/d: Sin Determinar⁵⁹

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por el programa el 5 de mayo del 2022

En el análisis de coberturas del componente 1, se observa que, para el servicio de Atención Telemedicina sincrónica de medicina general, los beneficiarios efectivos fluctúan entre el 3,1% al 4,9% respecto de la población objetivo, lo que resulta bajo, por tanto, se evalúa negativamente. Tal como ya había sido observado en los BE, la variación es negativa, sin embargo, es esperable que en contexto de pandemia haya bajado la necesidad de consulta por las condiciones de confinamiento que bajaron la exposición a diversas enfermedades. El servicio de Atención Telemedicina sincrónica de especialidad tiene una alta cobertura para el único año de medición (2021) que alcanza el 89,6%, lo que se evalúa positivamente. Y el servicio de Atención Telemedicina sincrónica de salud mental (Saludablemente) alcanza coberturas del 9,1% y 10,6% para el 2020 y 2021 respectivamente, lo que se evalúa negativamente por ser muy bajas. Lo anterior se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 10 – Cobertura Componente 1 Atención profesional sincrónica

Año	Población Potencial (PP)	Población Objetivo (PO)	Beneficiarios Efectivos (BE)	% BE/PP	% BE/PO
Atención Telemedicina sincrónica de medicina general					
2019	3.387.709	1.916.284	92.976	2,7%	4,9%
2020	3.449.958	1.123.554	48.000	1,4%	4,3%
2021	3.448.974	1.231.179	38.400	1,1%	3,1%
%Variación 2019-2021	1,8%	-35,8%	-58,7%	-59,4%	-35,7%
Atención Telemedicina sincrónica de especialidad					
2021	130.340	9.037	8.100	6,2%	89,6%
Atención Telemedicina sincrónica de salud mental (Saludablemente)					
2020	4.592.161	4.592.161	420.000	9,1%	9,1%
2021	4.644.094	4.644.094	492.000	10,6%	10,6%
%Variación 2020-2021	3,0%	3,0%	17,1%	15,8%	15,8%

⁵⁹ Sin estrategia refiere a que no se ha aplicado la estrategia, y sin determinar, significa que no se ha determinado la cuantificación

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por el programa

Respecto a las coberturas de los componentes 2 y 3 son positivas. Para el servicio de Atención Telemedicina asincrónica de especialidad, las coberturas de los BE sobre la PO fluctúan entre el 69,7% y el 189,6%, porcentajes que dan cuenta de una alta cobertura durante el periodo. Si bien la variación es negativa, es consistente con el análisis de BE ya realizado. En cuanto al servicio Informe Diagnóstico, las coberturas de los BE sobre la PO, fluctúan entre 38,6% y 74,7%, con una variación del 42,4%, todo lo cual se evalúa positivamente pues se logra dar respuesta satisfactoria a la necesidad.

Cuadro 11 – Cobertura Componente 2 (Atención Telemedicina asincrónica de especialidad) y Componente 3 (Informe diagnóstico) Años 2019-2021

Año	Población Potencial (PP)	Población Objetivo (PO)	Beneficiarios Efectivos (BE)	% BE/PP	% BE/PO
Atención Telemedicina asincrónica de especialidad					
2019	4.604.839	110.771	96.000	2,08%	86,7%
2020	4.689.453	50.629	96.000	2,05%	189,6%
2021	4.742.485	73.992	51.600	1,09%	69,7%
%Variación 2019-2021	2,99%	-33,20%	-46,25%	-47,81%	-19,5%
Informe diagnóstico					
2019	4.192.201	647.129	250.000	5,96%	38,6%
2020	4.269.232	347.969	260.000	6,09%	74,7%
2021	4.626.339	545.778	300.333	6,49%	55,0%
%Variación 2019-2021	10,36%	-15,66%	20,13%	8,86%	42,4%

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por el programa

Finalmente, para todos los servicios de los componentes 4 y 5 que tienen como PP y PO equivalentes a la población nacional, las coberturas son bajas y fluctúan entre el 1,1% y el 4,5%, lo cual es bajo y se evalúa negativamente. A excepción del servicio de Material de Difusión (Componente 5) donde la cobertura observada es del 57,4% para todos los años de periodo, lo que se ubica en un rango óptimo. Lo señalado se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 12 – Cobertura Componente 4 (Atención en emergencias sanitarias) y Componente 5 (Capacitación y Difusión) Años 2019-2021

Año	Población Potencial (PP)	Población Objetivo (PO)	Beneficiarios Efectivos (BE)	% BE/PP	% BE/PO
Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde)					
2020	19.458.310	19.458.310	448.000	2,3%	2,3%
2021	19.678.363	19.678.363	876.000	4,5%	4,5%
%Variación 2018-2021	3,0%	3,0%	95,5%	93,3%	93,3%
Apoyo a la estrategia NAT-TTA					
2021	19.678.363	19.678.363	56.700	0,3%	0,3%
Capacitación					
2020	19.458.310	19.458.310	220.714	1,1%	1,1%
2021	19.678.363	19.678.363	478.013	2,4%	2,4%

%Variación 2018-2021	3,0%	3,0%	116,6%	114,2%	114,2%
Material de difusión salud					
2019	19.107.216	19.107.216	10.967.542	57,4%	57,4%
2020	19.458.310	19.458.310	11.169.070	57,4%	57,4%
2021	19.678.363	19.678.363	11.295.380	57,4%	57,4%
%Variación 2019-2021	3,0%	3,0%	3,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por el programa

Los datos analizados permiten concluir que el componente 1 (Atención Telemedicina Sincrónica) del programa ha tenido un desempeño insuficiente en lo que refiere a las coberturas de atención de telemedicina sincrónica en medicina general y salud mental, muy distinto a lo que ocurre con atención sincrónica de medicina de especialidad, donde se logra una alta cobertura (89,6%) pero la medición solo corresponde a un año (2021). En cuanto a la Atención Asincrónica de Especialidad (Componente 3) y el Informe Diagnóstico (Componente 4) el programa muestra un adecuado desempeño. Los componentes 4 (Emergencias) y 5 (Capacitación y Difusión) exhiben bajos rendimientos si se consideran las coberturas, exceptuando el servicio de Material de Difusión que muestra un porcentaje de 57,4%.

3.3. Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (cumplimiento de objetivos de propósito y fin).

En vistas a analizar los resultados del programa se tendrá presente el propósito:

Personas acceden oportunamente a información y prestaciones de salud priorizadas, a través de la implementación de las estrategias HD

Para la medir el cumplimiento de este propósito se proponen una serie de indicadores. A continuación, se analizará cada uno de ellos.⁶⁰

INDICADOR 1	2019	2020	2021	variación
Porcentaje de prestaciones de telemedicinas derivadas a HD respondidas antes de 10 días (Eficacia/Resultado)	74,9%	95,2%	93,1%	24,3%

La evolución del indicador 1 es positiva ya que se observa un aumento del 24,30% entre los años 2019 y 2021, acercándose al 100%. En consecuencia, el juicio evaluativo es positivo.

INDICADOR 2	2019	2020	2021	variación
Porcentaje de prestaciones por telemedicina que son resueltas en el origen (en APS) (Eficacia/Resultado)	5,6%	2,0%	2,4%	-57,1%

El indicador 2 en cambio, ha bajado en un 57,14% lo que significa que ha disminuido la resolución en APS. Resultado que se contrapone a los objetivos del programa por lo que el Panel evalúa negativamente su desempeño⁶¹.

INDICADOR 3	2019	2020	2021	variación
--------------------	-------------	-------------	-------------	------------------

⁶⁰ Si bien el programa señalar analizar la variación anual para despejar el efecto pandemia, el panel sigue el formato requerido por Dipres.

⁶¹ El programa señala que debe considerarse el efecto pandemia.

Porcentaje de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital, en las células de Hospital Digital de Dermatología, Diabetes, Geriatria Nefrología, y Patología Oral (Eficacia/Resultado)	13,7%	3,0%	3,7%	-73,0%
---	-------	------	------	--------

También se observa una baja en el indicador 3 de un 73,0%. Y tal como el indicador anterior, el resultado que se contrapone a los objetivos del programa por lo que el Panel evalúa negativamente su desempeño⁶².

En base a los analizado, se proponen los siguientes indicadores, sin embargo, no hay información para estimarlos, lo que a juicio del Panel es negativo⁶³:

- Porcentajes de establecimientos que se adhieren al uso de plataformas de HD (Eficacia/Proceso)
- Porcentajes de establecimientos que se incorporan al uso de las plataformas (Eficacia/Proceso)
- Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica) en el año t* (Calidad/Proceso)⁶⁴
- Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de revisión de exámenes) en el año t (Calidad/Proceso)⁶⁵

Para el indicador 9 solo se cuenta con la información del 2020 ya que no existe la del año 2019 y la del año 2021 está en evaluación.

INDICADOR 9	2019	2020	2021
Porcentaje de prestaciones por telemedicina auditados que cumplen con los estándares de calidad definidos (Calidad/Proceso)	s/d	84,0%	s/d

La información presentada es insuficiente para evaluar el cumplimiento del programa a nivel de propósito

Los indicadores de eficiencia y economía son analizados en los apartados correspondiente.

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

En el apartado anterior fue señalado que los siguientes indicadores de calidad no están medidos:

INDICADOR	2019	2020	2021
Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica) en el año t* (Calidad/Proceso)	s/d	s/d	s/d
Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de revisión de exámenes) en el año t (Calidad/Proceso)	s/d	s/d	s/d

⁶² Ídem

⁶³ El programa señala que tiene información solo de año 2021 en adelante, por lo tanto, no es posible realizar la relación anual.

⁶⁴ Analizado en el siguiente punto.

⁶⁵ Ídem

Porcentaje de prestaciones por telemedicina auditados que cumplen con los estándares de calidad definidos (Calidad/Proceso)	s/d	84,0%	s/d
---	-----	-------	-----

A partir del análisis realizado, se concluye que no es posible evaluar la calidad del servicio entregado por el programa pues no se cuenta con información para construir los indicadores propuestos.

El programa no cuenta con un instrumento de satisfacción usuaria⁶⁶ y no se tiene información respecto a estándares de calidad de las capacitaciones que puedan servir al análisis de sus contenidos y pertinencia. Resulta interesante tener en cuenta la posibilidad de estandarizar la atención de calidad en caso de contar con un instrumento que permita la identificación de un estándar básico de atención.

4. ECONOMÍA

4.1. Antecedentes presupuestarios

Como se ha indicado, el programa Hospital Digital HD tiene un presupuesto promedio de 15.381.017 (miles de \$2022) para el período 2019-2022⁶⁷, incluyendo todas las fuentes de financiamiento: Asignación específica en la ley de presupuestos y Aportes de la Institución responsable (Subsecretaría de Redes Asistenciales). Además, se incluye una estimación de los Aportes de otras instituciones públicas (Establecimientos de dependencia SS y municipal, Atención Primaria de Salud) a modo de ofrecer un ejercicio teórico de valorización de los recursos requeridos para cubrir el ciclo completo de atención de HD, desde los usuarios intermedios (profesionales de salud) hasta los usuarios finales (pacientes). Se entregan más detalles sobre estas fuentes de financiamiento en la sección siguiente.

El presupuesto promedio indicado se ve fuertemente afectado por la asignación del año 2019 que, como se ha indicado, es 4 veces la mediana del período. Esto también resultaría en una caída del 67,3% en el presupuesto inicial del programa entre el año 2019 y el año 2022.

Cuadro 13 - Planificación Presupuestaria del programa 2019-2022 (miles de \$2022)

<i>Año</i>	<i>Presupuesto total del programa (incluye todas las fuentes de financiamiento)*</i>	<i>Presupuesto inicial del Programa proveniente de la Institución Responsable (a)</i>	<i>Presupuesto vigente del Programa proveniente de la Institución Responsable (b)</i>	<i>Planificación presupuestaria (%) (b/a)</i>
2019	37.075.084	36.325.002	7.067.221	19,5%
2020	6.225.345	5.808.805	8.954.225	154,1%
2021	6.096.102	5.175.783	9.458.364	182,7%
2022	12.127.538	11.244.040		

⁶⁶ Actualmente, el Programa se encuentra trabajando en el desarrollo de un "Portal Paciente" que permitirá entregar la información de las prestaciones realizadas a los pacientes en HD de forma directa y generar encuestas de satisfacción usuaria.

⁶⁷ Hospital Digital es formalizado como Programa el año 2019, por lo que no se cuenta con datos para el año 2018.

% Variación 2019-2022	-67,3%	-69,0%		
-----------------------------	--------	--------	--	--

* El presupuesto total del programa proviene de: i) Asignación específica en la ley de presupuestos, ii) Aportes de la Institución responsable (Subsecretaría de Redes Asistenciales), iii) Aportes de otras instituciones públicas (Establecimientos de dependencia SS y de dependencia municipal, Atención Primaria de Salud). Se incluyen estimaciones realizadas por el Programa y el Panel respecto a los 2 últimos aportes.

** La entidad responsable corresponde a la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA), del Ministerio de Salud.

Fuente: Elaboración en base a antecedentes entregados por Programa en Anexo 5 y estimaciones propias

El año 2019 se asigna un presupuesto sustancialmente mayor al Programa para dar un inicio formal a éste, con un presupuesto inicial asignado de 37.075.084 (miles de \$2022). Este presupuesto fue asignado en base a una lógica de Programa que fue variando con el tiempo. Al inicio de HD, se pensaba que éste no sólo entregaría prestaciones digitales (con los desarrollos informáticos respectivos), sino también entregaría medicamentos e insumos para la población (asociados a las atenciones digitales). Además, el presupuesto de origen contemplaba el desarrollo de un proyecto tecnológico ambicioso, conocido como “historia clínica compartida” el cual, después de ser adjudicado mediante licitación pública, tuvo que ser dado de baja producto de un cuestionamiento del proceso de adjudicación⁶⁸. También se habrían incluido en este presupuesto inicial fondos destinados a cubrir el desarrollo de actividades del Departamento de la Tecnología, Información y Comunicaciones (TIC). Por otro lado, se indica que existía en esa época un desconocimiento por parte del equipo a cargo de HD respecto a los plazos y condiciones en las cuales se implementan los programas en el sector público (procesos administrativos desconocidos, subestimación de plazos de ejecución, entre otros). Por último, se indica como causa de la drástica rebaja presupuestaria un cambio de visión que traerían las nuevas autoridades sanitarias en esa época (surge un cuestionamiento respecto al aporte de la Telemedicina) y priorización de las actividades sanitarias (se redistribuyen recursos hacia otras iniciativas GES). Con todo lo anterior, hacia junio del año 2019 el presupuesto se reduciría de 31.000 millones a casi 6.000 millones (miles de \$2019), equivalente a una variación del -81%. Con esto, la planificación presupuestaria se calcular en un 19,5%, indicando que solo un quinto de los recursos solicitados por el programa al inicio del ciclo presupuestario (presupuesto original) fueron mantenidos para el desarrollo de sus actividades (presupuesto vigente).

En los años 2020 y 2021 el escenario es muy distinto. Como se observa, la planificación de esos años se encuentra en torno al 168% (en promedio), lo cual es indicativo de que, en esos años, se han subestimado los recursos requeridos para ejecutar sus actividades del Programa al inicio de cada año presupuestario. Esto se explica, principalmente, por la crisis sanitaria vigente en esos años, lo cual resultaría en la contratación, a posteriori, de recursos humanos extraordinarios para atender las necesidades de la pandemia, y contratación de plataformas digitales para atención y seguimiento de vacunas contra el COVID-19⁶⁹.

⁶⁸ Este proyecto buscaba integrar todas las plataformas de salud digital utilizadas en el país, incluyendo el sector privado, y sin forzar una única ficha clínica. Pero en el proceso de licitación del proyecto surgen cuestionamientos respecto al proceso de adjudicación seguido por HD. Este es un caso que se encuentra en proceso judicial, al mando del Consejo de defensa del Estado.

⁶⁹ El año 2020, y como es de esperar, el Programa no contaba con ningún antecedente respecto a las actividades a desarrollar en el contexto de pandemia ni de los recursos financieros requeridos. El año 2021, el Programa contaba con el registro histórico de los recursos empleados en el 2020 por concepto de contingencia pero éstos, según indica el Programa, eran entregados como presupuesto COVID extraordinario, y no en la línea presupuestaria del Programa

Específicamente, se amplía el presupuesto para atenciones de salud mental en valores nominales 2.237.000⁷⁰ (miles \$2020) para el año 2020 y 1.596.396⁷¹ (miles \$2021) para el año 2021 (con cargo a los subtítulos 21 y 22).

El Panel calcula que, excluyendo el presupuesto asignado a contingencias (por definición, de difícil proyección), los indicadores de planificación presupuestaria del Programa serían 111% para el año 2020 y 150% para el 2021. Es decir, aun sin considerar la situación de pandemia, hay una brecha la planificación presupuestaria de HD. Lo anterior resalta la necesidad de perfeccionar los mecanismos de planificación de presupuesto del Programa.

Ahora bien, es también interesante evaluar la variación del presupuesto entre los años 2020 y 2022, atendiendo a los antecedentes que hacen del 2019 un año extraordinario. En estos años, el rango presupuestario es completamente distinto, y se observa un alza entre el 2020 y el 2022 de un 95%. Un gran parte de este incremento se debe a los más de 5MM asignados para cubrir la producción de atenciones dirigidas al apoyo de la crisis sanitaria.

4.2. Fuentes y uso de recursos financieros

Formalmente, el presupuesto del Programa está constituido por la asignación específica que recibe en la Ley de Presupuesto. En esta asignación se considera el financiamiento de la mayoría de los recursos empleados por programa (más detalles en secciones siguientes), incluyendo: la mayoría del equipo del Departamento de Salud Digital, referentes del programa en Servicios de Salud, encargados de proyecto, Directores de célula, personal médico y no médico que entrega las prestaciones, personal de soporte, plataformas y sistemas de soporte digital, otros. Un desglose completo de la dotación de RRHH para el año 2022 se encuentra en el Anexo 3.

Adicional a lo anterior, se reconoce la existencia de otras fuentes de financiamiento requeridas para su correcta ejecución, aportados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales y otras Instituciones Públicas.

- **Aportes de la institución responsable**

Los aportes de la Institución responsable (SRA) corresponden al personal contratado para realizar labores de dirección, coordinación, producción y apoyo del Programa en el Nivel Central. Como se indica previamente, la mayoría de estos profesionales son financiados con cargo directo a la asignación específica del programa, pero hay un pequeño grupo que es financiado a través de la SRA, cuya asignación anual se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 14 - Valoración personal de apoyo Nivel Central (miles \$ nominales)

Año	Producción Anual	Nº Meses	Renta Mensual	Renta Anual
2019	Profesional 1	6	3.745	22.469
	Profesional 2	6	2.774	16.644
	Profesional 3	9	5.500	49.500
	Profesional 4	10	2.850	28.500

⁷⁰ 1.833.962 (miles \$2021) correspondientes a gasto en personal asociado a COVID-19, y 403.037 correspondientes a bienes y servicios (miles \$2021).

⁷¹ Monto total dedicado a gastos en personal por COVID-19.

	Profesional 5	10	2.750	27.500
	Profesional 6	6	2.774	16.644
	Recursos Anuales		20.393	161.257
2020	Profesional 1	12	5.702	68.424
	Profesional 2	3	2.851	8.553
	Profesional 3	4	2.800	11.200
	Recursos Anuales		11.353	88.177
2021	Profesional 1	12	5.818	69.816
	Profesional 2	12	2.909	34.908
	Profesional 3	12	2.857	34.283
	Recursos Anuales		11.584	139.007
2022	Profesional 1	12	6.173	74.075
	Profesional 2	12	3.086	37.037
	Profesional 3	12	3.031	36.375
	Recursos Anuales		12.291	147.486

Fuente: Programa

- **Aportes de otras instituciones públicas**

El Programa no recibe aportes efectivos de otras instituciones públicas. Sin embargo, se incluye en este apartado un ejercicio teórico de asignación de otras instituciones públicas con el fin de representar el ciclo completo de atención que entrega HD desde los usuarios intermedios (profesionales de salud) hasta los usuarios finales (pacientes). Por lo anterior, las cifras indicadas deben analizarse con cuidado, reconociendo la naturaleza y motivación de la estimación según se indica.

Los aportes teóricos de la institución responsable se estiman a partir de la valoración del tiempo que médicos de la atención primaria de salud dedican a las “consultas de cierre”, tras recibir la orientación de los médicos especialistas HD. Para efectos de esta evaluación, de denomina “consulta de cierre” a la instancia que tienen los médicos APS, luego de haber recibido apoyo remoto de los médicos especialistas de HD, de ofrecer a los pacientes una atención médica en la cual se les entregan las indicaciones de diagnóstico y tratamiento. Se adopta esta denominación pues se entiende que esta consulta es necesaria para que el programa llegue finalmente a su beneficiario final (la población) y se “cierre” el proceso de atención⁷². Ahora bien, en el futuro se espera que esta consulta no necesariamente deba ser realizada y que el médico especialista pueda entregar directamente las indicaciones de tratamiento al paciente, empleando un “portal paciente” que Hospital Digital se encontraría desarrollando en la actualidad, y generando un ahorro de tiempo y costos para el equipo de APS responsable de realizar esta consulta.

Estos aportes son especialmente valorizados por el Programa para efectos de esta evaluación distinguiendo, en primer lugar, por tipo de establecimiento. Esto porque, se debe recordar, la atención primaria de salud se financia mediante un programa presupuestario propio, alojado en el Fondo Nacional de Salud en la Ley de Presupuestos (Partida 16

⁷² Esta consulta no necesariamente es de tipo presencial, pues no existe una norma que delimite el formato de entrega. Por esto, es el propio establecimiento el que decide cómo se entrega la consulta de cierre.

“Ministerio de Salud”, capítulo 02 “Fondo Nacional de Salud”, Programa 02 “Programa de Atención Primaria”). Estos fondos se distribuyen a partir de dos glosas presupuestarias que distinguen según tipo de establecimiento APS: aquellos de dependencia SS y de dependencia municipal (la mayoría). Así, cada vez que un médico general de la atención primaria realiza una “consulta de cierre”, ésta se financia con cargo al Subtítulo 24 del Fondo y es distribuida al establecimiento correspondiente mediante los instrumentos de regulación específicos que se plantean en la distribución APS (resolución o convenio según el tipo de establecimiento).

Es importante considerar que, aun cuando estas atenciones se encuentran financiadas por medio de un programa presupuestario independiente (APS), representan de todos modos un costo para la ejecución exitosa de las actividades de HD. Las consultas de cierre son una instancia necesaria para dar cierre el viaje del paciente y asegurar que el programa llegue efectivamente a las personas (y no se quede en la población intermedia – prestadores de salud).

En segundo lugar, para efectos de la valoración, se distingue por tipo de profesional (médico APS, técnico, tecnólogo principal y tecnólogo secundario) y se imputa, para cada uno de éstos, una remuneración por hora promedio (en base a un salario de referencia), sobre el tiempo dedicado a la producción de las prestaciones que el Programa registra. Por último, se prorratea el total de recursos anuales por dedicación de médicos APS entre establecimientos de dependencia APS y SS, en función del número de establecimiento de cada tipo considerado en cada año por el Programa.

Estos cálculos se pueden observar en más detalles en el cuadro siguiente:

Cuadro 15 - Valoración prestadores de salud Atención Primaria (miles \$ nominales)

Médico APS (44 horas semanales)

Producción Anual	2019	2020	2021
Asincrónicas (Dermatología, Nefrología, Diabetes, Geriatria, Patología Oral)	36.426	27.577	42.398
Horas Anuales según rendimiento (20 minutos)	12.142	9.192	14.133
Salario referencia	2.728.460	2.811.555	2.926.829
Recursos Anuales Horas Médico APS	174.362.985	136.025.028	217.704.750
N° Establecimientos Municipales	766	785	1.047
Recursos Anuales \$ Horas Médico APS Municipal	171.233.393	132.153.028	212.231.725
N° Establecimientos SS	14	23	27
Recursos Anuales Horas Médico APS SS	3.129.592	3.872.000	5.473.024

Técnico APS (44 horas semanales)

Producción Anual	2019	2020	2021
Sincrónica (Posta Rural)	3.209	2.364	1.598
Horas Anuales según rendimiento (20 minutos)	1.070	788	533
Salario referencia	818.538	843.467	878.049

Recursos Anuales Horas Técnico APS	4.608.226	3.498.167	2.461.617
N° Establecimientos Municipales	181	125	53
Recursos Anuales \$ Horas Técnico APS Municipal	4.366.958	3.191.758	1.947.250
N° Establecimientos SS	10	12	14
Recursos Anuales Horas Técnico APS SS	241.268	306.409	514.368

Tecnólogo APS (44 horas semanales)

Producción Anual	2019	2020	2021
Teleinformes (Inteligencia Artificial, Mamografía)	228.545	109.024	257.067
Horas Anuales según rendimiento (20 minutos)	76.182	36.341	85.689
Salario referencia	1.182.333	1.218.341	1.268.293
Recursos Anuales Horas Tecnólogo APS	474.063.626	233.032.242	571.993.325
N° Establecimientos Municipales	176	176	183
Recursos Anuales \$ Horas Tecnólogo APS Municipal	468.737.068	229.126.674	559.758.173
N° Establecimientos SS	2	3	4
Recursos Anuales Horas Tecnólogo APS SS	5.326.558	3.905.568	12.235.151

Tecnólogo Secundario (44 horas semanales)

Producción Anual	2019	2020	2021
Teleinformes (Tomografía, Resonancia)	0	0	16.548
Horas Anuales según rendimiento (20 minutos)	0	0	5.516
Salario referencia	1.909.922	1.968.089	2.048.780
Recursos Anuales Horas Tecnólogo Secundario	0	0	59.479.332

Recursos Anuales Horas Municipal	644.337.419	364.471.460	773.937.148
---	--------------------	--------------------	--------------------

Recursos Anuales Horas SS	8.697.418	8.083.977	77.701.876
----------------------------------	------------------	------------------	-------------------

Fuente: Programa (con ajustes realizados por el Panel).

Como se indica, los establecimientos de dependencia SS dedican cerca de 12.000 horas al año, en promedio, para realizar las “consultas de cierre”. Esto, asumiendo una dedicación por paciente de 20 minutos y una renta mensual promedio de 3.000.000, (\$2022)⁷³ resulta en una valoración de entre 3,5 y 5,6 millones al año (en valores nominales). En el caso de los técnicos, su dedicación tiene un valor de \$265.000 – \$527.000/ año. Para los técnicos APS principales, en tanto, la valoración de su tiempo representa un costo para el Programa

⁷³ Los salarios de referencia son establecidos por el Programa para el año 2022, y son posteriormente deflactados por el Panel por los factores de corrección para asegurar que los salarios reales se mantengan constantes en el período de estimación.

entre 4,2 y 12,5 millones (valores nominales), mientras que para los técnicos secundarios el único valor estimado, para el año 2022, es de 60,9 millones. En ambos casos, su tiempo se valoriza considerando un rendimiento promedio de 1 teleinforme cada 20 minutos⁷⁴.

En el siguiente cuadro se presenta un resumen global con todas las fuentes de financiamiento de HD, incluyendo las estimaciones antes de descritas. Como se indica, el 91% del presupuesto del Programa, en promedio, proviene de la asignación específica en la Ley de Presupuestos, con una variación del -67% entre el año 2019 y 2022. El aporte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, por otra parte, representa solo un 1,4% del Programa. Esto, en la experiencia del Panel, es algo excepcional en programas de salud y se debe, entre otras cosas, a que el Programa incluye el financiamiento de prácticamente todos sus recursos humanos (componente crítico para su ejecución) en su asignación específica. Esto es algo que el Panel evalúa positivamente pues permite, entre otras cosas, tener una representación más fidedigna de los verdaderos costos de implementación de HD, ya que los fondos asignados por otras vías, en general, no son sujeto de registro y seguimiento con el mismo nivel de rigurosidad que se evalúan los recursos de ejecución programática.

⁷⁴ Como se señala en el Anexo 3, los teleinformes, producción del componente de Apoyo Diagnóstico, se remunera por producto, y no por hora.

Cuadro 16 - Fuentes de financiamiento estimadas del programa (miles de \$2022)

Fuentes de Financiamiento	2019		2020		2021		2022		Variación 2019-2022
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestarias	37.075.084	100,0	6.225.345	100,0	6.096.102	100,0	12.127.538	100,0	-67,3
1.1. Asignación específica al Programa	36.140.026	97,5	5.710.648	91,7	5.027.740	82,5	11.096.554	91,5	-69,3
1.2. Aportes institución responsable (Subsecretaría de Redes Asistenciales Subt.21)	184.977	0,5	98.157	1,6	148.042	2,4	147.486	1,2	-20,3
1.3. Aportes (estimados) de presupuesto de otras instituciones públicas* (Fondo Nacional de Salud, Programa de Atención Primaria)	750.082	2,0	416.540	6,7	920.319	15,1	883.498	7,3	17,8
2. Extrapresupuestarias									
2.1 Otras fuentes	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total (Presupuestarias + Extrapresupuestarias)	37.075.084	100,0	6.225.345	100,0	6.096.102	100,0	12.127.538	100,0	-67,3

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por Programa en Anexo 5 y estimaciones propias.

*Asignación teórica (estimada) de presupuesto para cubrir el ciclo completo de atención de HD desde el usuario intermedio (profesionales de salud) y beneficiario final (pacientes).

Por último, un 7,8% del presupuesto de HD es proveniente, en promedio, del Fondo Nacional de Salud, un porcentaje no despreciable que genera un compromiso presupuestario para la APS de casi 3.000 millones (miles de \$2022) para el período. A juicio del Panel, es crítico para el correcto funcionamiento de esta configuración presupuestaria que exista una correcta proyección de las “consultas de cierre” originadas desde HD y una coordinación efectiva con los establecimientos APS (por medio de los SS), para asegurar que los recursos (humanos) requeridos se encuentren siempre disponibles.

Respecto al gasto devengado del Programa, y a su distribución por subtítulo presupuestario, se observa en el cuadro más adelante que la mayor parte del gasto corresponde a recursos humanos (Subtítulo 21) - 71% en promedio para el período 2019-2021. Esto es esperable en un Programa que se ejecuta principalmente mediante la entrega de atenciones de salud digital y que depende de la contratación de personal médico y no médico adecuado para dichos fines. Como se indica en Anexo 3, el Programa contrata actualmente a 420 personas y la gran mayoría corresponden a prestadores de salud. Bajo este Subtítulo, además, se financia la mayoría del personal de soporte del Programa (equipo de salud digital), Directores de célula, referentes de telesalud en los SS, personal de contingencia COVID, y otros.

El Subtítulo 22, por otra parte, representa 21% del gasto (en promedio), y experimenta una caída del 21% en el período, bajo este subtítulo se financian elementos como: servicios de arriendo, remodelación y reparaciones, servicios básicos, servicios generales, publicidad y difusión, servicios técnicos y profesionales, y otros.

Por último, bajo el Subtítulo 29 se financia inversión en mobiliario, máquinas, equipos, software, hardware, y los “habilitantes tecnológicos” de HD – como los denomina el programa⁷⁵ - incluyendo: cámaras, micrófonos, cintillos, plataformas digitales. Estos gastos representan solo un 8% del total, pero llama la atención el alza experimentada entre el 2019 y el 2021 de un 569%, pasando de un gasto anual de 180 millones a 1.200 millones aproximadamente (miles \$2022).

Esto se debe a que durante el año 2021 el programa registra una inversión sustantiva en licencias de imagenología (servicio de arriendo SAAS) que representó el 95% de dicho gasto. Sin embargo, este gasto corresponde a la acumulación de gastos no devengados en años previos. En efecto, el año 2019 el Programa realiza la licitación de un software de imagenología CLARO-Siemens y establece, junto con el contrato de arriendo, un acuerdo complementario con condiciones de pago. En éste se indicaba que el primer pago sería cursado una vez la contraparte técnica del Programa pudiese certificar la idoneidad del sistema, en razón de una serie de verificables preestablecidos. Esta certificación fue finalizada en el 2020 después de un trabajo extensivo entre el equipo HD y TIC, pero no se realiza el pago, pues ocurre un retraso en la jefatura del Gabinete para aprobar dicho pago. Así, el año 2021, se registra no solo el pago correspondiente a la instalación inicial de la plataforma, sino también de los gastos de operación mensuales acumulados. Lo anterior, pone en evidencia un problema de coordinación interna importante a nivel del Ministerio que afecta negativamente la capacidad del Programa de ejecutar formalmente su presupuesto (más detalles en sección siguiente).

⁷⁵ Estos corresponden a todos los dispositivos o medios digitales que son requeridos para poder llevar a cabo efectivamente las atenciones de Telemedicina (celular, computador, Tablet, y conexión a internet).

Cuadro 17 - Desglose del Gasto Devengado, por subtítulo (miles de \$2022)

Subtítulo	2019		2020		2021		Promedio	Var 2019-2021
Personal (Subtítulo 21)	2.280.468	56,6%	4.326.290	85,1%	5.870.738	70,3%	70,66%	157,4%
Bienes y Servicios de Consumo (Subtítulo 22)	1.559.435	38,7%	421.924	8,3%	1.227.482	14,7%	20,57%	-21,3%
Transferencias (Subtítulo 24)	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	0,00%	-
Inversión (Subtítulo 29)	187.375	4,7%	338.411	6,7%	1.253.701	15,0%	8,77%	569,1%
Otros	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%	0,00%	-
Total	4.027.277	100,0%	5.086.625	100,0%	8.351.921	100,0%		

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el programa en Anexo 5 y estimaciones propias

Al evaluar el gasto devengado por uso, se observa que la mayor parte de éste se corresponde a recursos humanos productivos (55% en promedio para el período 2019-2021). Esto, como se ha señalado previamente, es algo esperable en un programa cuyo quehacer está fundamentado en la entrega de atenciones de salud individuales, que requieren la contratación de equipo de personal médico y no médico.

Los recursos humanos de apoyo (administrativo), que tienen a cargo el seguimiento, evaluación y coordinación general de estas atenciones, están a cargo tanto de representantes del Departamento de Salud Digital de Nivel Central, como referentes de HD en los servicios de Salud, y representa un 16% del total.

Dentro de otros gastos productivos se organizan todos aquellos relacionados con el sostenimiento de las plataformas digitales de HD, mientras que los otros gastos administrativos refieren al financiamiento de elementos de apoyo transversales como arriendo de oficinas, servicios básicos, y equipamiento.

Cuadro 18 - Gasto total del programa, desagregado por uso (miles de \$2022)

AÑO	Gasto Total del Programa			TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Ítem	Gasto Producción	Gasto Administración		
2019	Recursos Humanos	1.391.154	889.314	2.280.468	56,6%
	Otros Gastos	1.116.713	630.097	1.746.810	43,4%
	Total	2.507.866	1.519.411	4.027.277	-----
	% (Gasto Produc. Vs Admin.)	62,3%	37,7%	-----	-----
2020	Recursos Humanos	3.532.275	794.015	4.326.290	85,1%
	Otros Gastos	467.113	293.222	760.335	14,9%
	Total	3.999.388	1.087.237	5.086.625	-----
	% (Gasto Produc. Vs Admin.)	78,6%	21,4%	-----	-----
2021	Recursos Humanos	5.042.791	827.947	5.870.738	70,3%
	Otros Gastos	1.956.852	524.330	2.481.183	29,7%
	Total	6.999.643	1.352.277	8.351.921	-----
	% (Gasto Produc. Vs Admin.)	83,8%	16,2%	-----	-----

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el programa en Anexo 5 y estimaciones propias

Para evaluar el gasto por componente es necesario considerar que los gastos de producción han sido especialmente categorizados por el Programa para efectos de esta evaluación. Sobre éstos, el Panel imputa los gastos administrativos correspondientes a través de un ejercicio simple de distribución por componente:

En primer lugar, se toma como base los gastos de producción por componente reportados por el Programa. Estos son estimados por el Programa de acuerdo con lo siguiente: Para los componentes 1-4, estima gasto en RRHH en base a los registros de atención que se mantienen. Para el componente 5, valoriza el personal productivo del componente 5 que realiza acciones de difusión y capacitación. Para la clasificación de los “otros gastos” el Programa hace una revisión uno por uno todos los montos ejecutados entre los años 2019 y 2022 que no corresponden a RRHH, y clasifica cada ítem entre producción y administración.

En base a los gastos de producción reportados, el Panel adiciona los gastos administrativos a cada componente, en base al peso relativo de cada componente sobre el total de gasto de producción reportado por el Programa para cada componente.

Los resultados de este ejercicio se pueden ver en los cuadros siguientes. Como se observa, el componente 1, de atención sincrónica, es aquel que representa la mayor parte del gasto del Programa (30,6% en promedio), seguido por el componente 2, de atenciones asincrónicas, con un 22,5% de peso relativo, y el componente 3, de apoyo diagnóstico a distancia, con un 21%. Entre los 3, suman un 74,1% del gasto. En definitiva, se muestra una representación promedio bastante pareja entre los 3 componentes centrales, en coherencia con la implementación no focalizada que lleva a cabo el programa en la actualidad. Ahora bien, es interesante notar la evolución de estos componentes entre los años 2019 y 2021 donde lo más distintivo, es el alza en el gasto incurrido en el Componente 3. Esto se explicaría por la adquisición de licencias de imagenología cuyo gasto, debiendo haber sido distribuido entre el 2020 y el 2021, termina siendo completamente devengado el 2021.

El Componente 4, de Contingencias sanitarias, representa un 17% del gasto en promedio, y ha tenido un alza del 967% entre los años 2019 y 2021. Como se ha indicado previamente, esto se relaciona con las acciones de respuesta al COVID 19 que, entre otras cosas, requirió del Programa apoyar con un gran número de atenciones de salud mental de emergencia.

Por último, el componente 5, de Difusión y Capacitación es el que menor gasto tiene asociado (9% en promedio). Esta representación más baja del Componente 5 es esperable, ya que bajo éste se financia solo la contratación de recursos humanos; específicamente, una diseñadora y una persona a cargo de actividades de coordinación y producción de material de capacitación.

Cuadro 19 - Gasto del programa, desagregado por componente y tipo de gasto (Miles de \$2022)

Componente	2019			
	Gasto Producción	Peso relativo	Gasto Administrativo	Gasto total
Atención Sincrónica	726.497	26,1%	324.016	1.050.513
Atención Asincrónica	1.018.150	36,6%	454.092	1.472.242
Apoyo Diagnóstico a Distancia	370.066	13,3%	165.049	535.115
Atención en Emergencias Sanitarias	121.936	4,4%	54.383	176.318
Difusión	548.472	19,7%	244.617	793.089
TOTAL	2.785.120	100,0%	1.242.157	4.027.277

Componente	2020			
	Gasto Producción	Peso relativo	Gasto Administrativo	Gasto total
Atención Sincrónica	1.538.332	38,1%	398.320	1.936.652
Atención Asincrónica	686.727	17,0%	177.814	864.542
Apoyo Diagnóstico a Distancia	674.933	16,7%	174.760	849.693
Atención en Emergencias Sanitarias	982.963	24,3%	254.518	1.237.481
Difusión	157.482	3,9%	40.777	198.258
TOTAL	4.040.437	100,0%	1.046.188	5.086.625

Componente	2021			
	Gasto Producción	Peso relativo	Gasto Administrativo	Gasto total
Atención Sincrónica	1.930.291	27,6%	372.917	2.303.209
Atención Asincrónica	980.585	14,0%	189.441	1.170.026
Apoyo Diagnóstico a Distancia	2.302.694	32,9%	444.863	2.747.557
Atención en Emergencias Sanitarias	1.576.727	22,5%	304.612	1.881.339
Difusión	209.346	3,0%	40.444	249.790
TOTAL	6.999.643	100,0%	1.352.277	8.351.921

Fuente: Elaboración propia en base a Anexo 5

Cuadro 20 - Variación del gasto total por componente

Componente	Monto promedio	Peso relativo promedio	Var 2019-2021
Atención Sincrónica	1.763.458	30,6%	119,2%
Atención Asincrónica	1.168.937	22,5%	-20,5%
Apoyo Diagnóstico a Distancia	1.377.455	21,0%	413,5%
Atención en Emergencias Sanitarias	1.098.379	17,1%	967,0%
Difusión	413.712	8,9%	-68,5%

Fuente: Elaboración propia en base a Anexo 5

4.3. Ejecución presupuestaria del programa

En relación a la ejecución presupuestaria de Hospital Digital, se observa en el cuadro siguiente que éste tiene, en promedio, una ejecución presupuestaria del 86%, respecto al presupuesto inicial del Programa (C/A). Ahora, dado que las cifras son muy dispares año a año, es necesario revisar cada caso.

El 2019 se observa la peor ejecución del período, alcanzando apenas un 11%. Las razones detrás de esta planificación deficiente se han discutido en secciones previas, incluyendo la sobreestimación del presupuesto de inicio de HD, fundamentada en una lógica de Programa que eventualmente fue modificada.

En el año 2020 la planificación alcanza un 87% de ejecución. Esta cifra, aun cuando representa una mejora sustancial respecto al año anterior, sigue evidenciando una baja capacidad para proyectar, desde el inicio del ciclo presupuestario, cuáles serán los recursos a utilizar por el Programa. Como se ha señalado, esto tiene sentido en el contexto de pandemia, ya que no existía ningún antecedente respecto a las actividades que se desarrollarían desde Salud Digital y presupuesto a requerir.

En el año 2021, ocurre una figura opuesta a los años anteriores, con una clara subestimación del presupuesto a ejecutar. Ese año se termina gastando un 61% más de lo originalmente proyectado. Esta cifra debe ser considerada con precaución ya que, como se indica más adelante, estaría influenciada por el devengo tardío de una contratación de servicios de imagenología en años previos, debido a una gestión administrativa demorosa en el Ministerio.

Cuadro 21 - Ejecución presupuestaria del programa (Miles de \$ 2022)

Año	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
2019	36.325.002	7.067.221	4.027.277	57,0	11,1
2020	5.808.805	8.954.225	5.086.625	56,8	87,6
2021	5.175.783	9.458.364	8.351.921	88,3	161,4
Promedio	15.769.863	8.493.270	5.821.941	67,4	86,7

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes presentados en Anexo 5

Ahora bien, es necesario recordar que estos indicadores deben ser analizados comprendiendo el contexto excepcional en el que ocurre la planificación presupuestaria (Pandemia COVID) y que, hasta cierto punto, que es esperable que ésta sea modificada para atender las necesidades que la contingencia impone (impredecible por definición). Sin embargo, las deficiencias en la planificación presupuestaria no necesariamente se explican, en su totalidad, por la situación de contingencia (como se discute en secciones previas, aun descontando de la planificación el presupuesto COVID, la planificación posee brechas que es necesario subsanar).

Lo anterior resalta la necesidad, como se ha indicado anteriormente, de mejorar los instrumentos de planificación presupuestaria. A juicio del Panel, uno de los mayores desafíos de la lógica de planificación actual (más detalles en Anexo 3) es que es fuertemente dependiente de los requerimientos caso a caso que se levantan desde los SS y por ende, de su capacidad para hacer una buena proyección de los servicios de salud digital a requerir.

Esta dificultad podría estar también detrás de la baja ejecución del Programa respecto al presupuesto vigente, que en el período de evaluación alcanza un promedio de un 68%. Este indicador, aun cuando ha ido teniendo mejoras en el tiempo (se pasa de un 54% de ejecución en el año 2019 a un 83% en el año 2021) es indicativo de que aun después de las modificaciones presupuestarias que el presupuesto vigente debería capturar, no se logra establecer una planificación de presupuesto más precisa.

Al igual que en la discusión sobre la planificación del presupuesto inicial, este aspecto de la Economía del Programa se encuentra también afectada por la situación de pandemia del país, pero también, a juicio del Panel, podría reflejar una deficiencia en los mecanismos de control y seguimiento del gasto del Programa. Cuando dichos mecanismos se encuentran correctamente diseñados, se esperaría que un programa pueda corregir sus presupuestos a tiempo cuando por motivos de contingencia, se anticipe que los recursos no serán ejecutados.

Igualmente, desde la mirada del Panel, las cifras de ejecución presentadas reflejarían una falta de capacidad del Programa para ejecutar los fondos a tiempo – al menos formalmente - más allá de la situación de contingencia. Esto, porque como se observa en el cuadro siguiente, en general el Programa concentra la ejecución de sus fondos en el último trimestre de los años en evaluación.

Cuadro 22 - Evolución trimestral en la ejecución del gasto años 2019-2021 (Miles de \$ nominales)

Año 2019

Período	Ppto. Vigente	Modificación ppto.		Ejecución acumulada	
		Monto (M\$ nominales)	Monto (M\$ nominales)	Monto (M\$ nominales)	Variación (t-1, t)
Primer trimestre	31.505.870			287.779	0,9%
Segundo Trimestre	31.505.870			1.000.829	3,2%
Tercer Trimestre	5.999.749	-25.506.121	-81%	1.947.212	32,5%

Cuarto Trimestre	5.999.274 ⁷⁶	-475	-0,01%	3.353.617	55,9%
------------------	-------------------------	------	--------	-----------	-------

Año 2020

Período	Ppto. Vigente	Modificación ppto.		Ejecución acumulada	
	Monto (M\$ nominales)	Monto (M\$ nominales)	Variación (t-1, t)	Monto (M\$ nominales)	Variación (t-1, t)
Primer trimestre	5.130.000			718.180	14,0%
Segundo Trimestre	6.430.000	1.300.000	25,3%	1.939.781	30,2%
Tercer Trimestre	9.955.600	3.525.600	54,8%	3.314.767	33,3%
Cuarto Trimestre	7.955.600	-2.000.000	-20,1%	4.481.249	56,3%

Año 2021

Período	Ppto. Vigente	Modificación ppto.		Ejecución acumulada	
	Monto (M\$ nominales)	Monto (M\$ nominales)	Variación (t-1, t)	Monto (M\$ nominales)	Variación (t-1, t)
Primer trimestre	4.720.883			1.957.705	41,5%
Segundo Trimestre	4.720.883			3.788.957	80,3%
Tercer Trimestre	4.720.883			4.552.165	96,4%
Cuarto Trimestre	8.742.086	4.021.203	85,18%	7.703.171	88,1%

Fuente: Elaboración propia en base a informes de Ejecución Presupuestaria DIPRES, años 2019-2021

Si se analiza solo el presupuesto de asignación específica del programa en valores nominales, se constata que, tal como se muestra en el cuadro anterior, más de la mitad del presupuesto específico del programa de los años 2019 y 2020 fue ejecutado en los últimos meses del año. La situación es especialmente notoria en el año 2019 donde, a finales del segundo trimestre, solo un 3,2% del presupuesto vigente se encontraba ejecutado, resultado en la consecuente modificación presupuestaria para el tercer trimestre del año. Pero aun tras la modificación, solo la mitad de los fondos comprometidos son finalmente utilizados.

En el año 2020, año más crítico de la pandemia, la distribución de ejecución es un poco más pareja a lo largo de los años, pero surgen dudas respecto a la planificación de las modificaciones presupuestarias cursadas, aun entendiendo que ocurren en contexto de pandemia excepcional. Esto, entre otras cosas, porque al tercer trimestre se hace una amplitud de recursos importante (55%), aun cuando la ejecución acumulada era baja (30,2%). Eventualmente, el presupuesto vigente vuelve a ajustarse a la baja para finalizar el año con una ejecución total del 56%.

⁷⁶ Al momento de realizar este ejercicio, el Panel observa que existe una pequeña diferencia entre la información de gasto reportada en el Anexo 5, respecto a las cifras que mantiene Dipres. Específicamente, el Programa reporta un gasto final de 5.999.749 (\$miles 2019), que en los registros de Dipres correspondería al tercer trimestre. El Programa desconoce la razón de esta diferencia (registrada en un período en el que el Programa se encontraba bajo la dirección de un equipo completamente distinto al actual).

El año 2021, en vistas de lo anterior, muestra un comportamiento notoriamente distinto, con una ejecución acumulada del 80% al finalizar el segundo semestre. Esto podría ser indicativo de una clara curva de aprendizaje en materias de planificación y/o una mayor facilidad para ejecutar los recursos en un contexto de implementación más habitual (con la crisis sanitaria más controlada).

Ahora bien, el análisis anterior, reflejando la ejecución “formal” del presupuesto del Programa, no es necesariamente útil para concluir con propiedad respecto a la capacidad que tiene el Programa de emplear efectivamente el presupuesto destinado. En efecto, es necesario recordar que la mayor parte de los recursos de HD financian la contratación de recursos humanos, los cuales son remunerados mes a mes, sin retraso, y registrados en instrumentos de gestión y control de gasto internos del Programa. Los pagos son realizados, según indica el Programa, con cargo a una “cuenta de anticipo” que gestiona el Ministerio, hasta que los recursos propios de este son finalmente aprobados para su utilización. Solo una vez que se cumplen los hitos administrativos requeridos, el Programa puede formalmente devengar sus recursos. Así, todo parece indicar que la subejecución “formal” del presupuesto del Programa estuviese más relacionada con debilidades en la gestión y coordinación interna del Ministerio, más a que una subutilización efectiva de fondos. Por esto, es necesario avanzar con el desarrollo de mecanismos e instrumentos que permitan asegurar un mejor cumplimiento de sus compromisos de ejecución abordando, entre otras cosas, las trabas administrativas que impiden un registro formal oportuno de los gastos del Programa.

El Panel también reconoce que otro elemento crítico en la ejecución presupuestaria del Programa es que, más allá de las situaciones de contingencia, no existen buenos mecanismos o incentivos para que los establecimientos de la APS asignen una prioridad mayor a las atenciones digitales que HD ofrece. En la medida que los servicios de HD no se expresen como un compromiso de gestión también para la APS, es muy posible que el presupuesto de HD sea siempre ejecutado hacia el final.

4.4. Aportes de Terceros

El Programa no recibe aportes de terceros. No existen pagos por prestación FONASA entre otras cosas, porque la mayoría de las atenciones de HD se entregan a la población intermediaria – profesionales de salud – y no a la población general que podría potencialmente estar suscrita al Fondo. Dicho lo anterior, y en consideración de las atenciones que se prestan directamente a la población (telemedicina de especialidad y atención psicológica del Componente 1 y Teleinformes diagnósticos del Componente 3), el Panel considera necesario revisar en qué medida corresponde que el Programa entregue estas atenciones a la población FONASA con recursos propios, y si es necesario actualizar la cartera de prestaciones incluidas en el Fondo, para incluir la Telemedicina dentro de las posibilidades de atención. Esto, porque las atenciones directas a la población son prestaciones de salud que FONASA financia actualmente para las instancias presenciales y, a juicio del Panel, no debiese haber una diferencia en este ámbito respecto a las atenciones de Telemedicina.

4.5. Recuperación de Gastos

El Programa no considera recuperación de gastos.

5. EFICIENCIA

5.1. A nivel de actividades y/o componentes.

En primer lugar, se analiza la eficiencia con la que HD utiliza sus recursos disponibles, en base al gasto desagregado por componente que reporta el Programa (no incluye gastos administrativos) y las unidades de producto que se muestran en el cuadro siguiente⁷⁷.

Cuadro 23 - Unidades de producto consideradas por componente

Componente	Productos
Atenciones asincrónicas	Nº de atenciones en dermatología, nefrología, diabetes, geriatría, patología oral.
Atenciones sincrónicas	Nº de atenciones en HDR, ELEM, Telecomité Oncológico, Enfermedades Metabólicas, Medicina interna, Unidad de paciente crítico, Saludablemente atención telefónica, Saludablemente videollamada, Salud mental funcionarios, Telecomité DM Tipo 1.
Apoyo diagnóstico	Nº informes Inteligencia Artificial Retinopatía Diabética, Mamografía, TAC, Resonancia Magnética.
Contingencias sanitarias (estrategias COVID)	Nº de atenciones Gendarmería, ELEM COVID, Salud Responde, NAT-TTA.
Capacitación y difusión	Nº capacitaciones, Nº visitas portal web, Nº seguidores redes sociales

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el Programa

Como se observa en el cuadro siguiente, el gasto promedio por producto de cada componente es muy variado, atendiendo a la naturaleza particular de cada tipo de prestación.

En primer lugar, el gasto por atención sincrónica entregada es de 80.300 (miles de \$2022) en promedio para el período, oscilando entre 6.900 y 222.400. Esta es una variación muy amplia e injustificada, que se explica por el alto costo de provisión de estas atenciones en el año 2019.

En efecto, si solo se considera el gasto por producto de los años 2020 y 2021, el promedio desciende a 9.200 (miles de \$2022), un monto que en principio parece pertinente, si se compara con un escenario de atención alternativo, donde la persona debe acudir presencialmente a un especialista, incurriendo en costos de transporte, de tiempo y desembolsar, posiblemente, costos de copago mayores. Para poder realizar un análisis comparativo más preciso en esta materia el Panel solicitó antecedentes respecto al costo de producción por especialidad (no solo por Componente) y registros de costos de atención presencial estimados para los distintos grupos FONASA.

Respecto a lo primero, el Programa entrega una planilla con costos de producción calculados por célula/ especialidad, distinguiendo por tipo de gasto (RRHH, bienes y servicios, gastos administrativos, etc.). Ésta, sin bien valiosa, es un instrumento de cálculo complejo y altamente desagregado cuyo análisis y procesamiento escapa los alcances de

⁷⁷ El Programa también reporta unidades de Apoyo Tecnológico, la cuales no son consideradas en este análisis, entendiendo que éstas representan actividades de apoyo transversal a los otros componentes del programa.

esta evaluación. Respecto a lo segundo, se cuenta con una estimación del costo por prestación presencial de la División de Presupuestos del Ministerio que, en base a un sistema de costeo de prestaciones ambulatorias preestablecido, calcula un costo promedio de \$84.675 por atención para el año 2022. Este monto se establece en base a las cifras de gasto y producción informadas por los distintos establecimientos de salud y debe ser analizado con cuidado debido a que cada establecimiento decide la manera mediante al cual distribuye sus costos entre los distintos Centros de Costo de un hospital, y, por tanto, el cálculo de un promedio podría no capturar correctamente las posibles heterogeneidades que resultan de esta decisión. Además, esta estimación no incluye costos económicos – no valorizados- de producción, como son los costos de transporte del paciente y médico, costo del tiempo de ambos, entre otros. Con todo lo anterior, y aun cuando esta estimación presente debilidades como las señaladas, permite generar una comparación inicial entre los costos de atención presencial y digital, los cuales, como es de esperar, son sustancialmente más bajos en el último caso.

Ahora bien, es preocupante que las atenciones sincrónicas, pudiendo ser costeadas a 9.200 (miles de \$2022) en promedio, se hayan entregado en el año 2019 a un costo real 2320% mayor. Ahora bien, y como se ha indicado, el Programa poseía una lógica de atención muy distinta en el año 2019, y empleaba otros servicios tecnológicos, software y recursos para la producción de sus actividades. Ahora bien, a juicio del Panel, y dado que la asignación de recursos del año 2019 se encuentra en un marco de revisión formal mucho más exhaustivo que lo que este informe permite (Auditoría de Contraloría), lo importante es observar la mejora sustantiva del indicador calculado entre el año 2019 y los años siguientes⁷⁸.

Respecto al gasto promedio por atención asincrónica, se observa que éste se mantiene muy estable para el período de análisis, con una variación del –17,7%, y un valor promedio de 25.200 (miles de \$2022). Llama la atención que esta cifra sea 2,7 veces mayor al gasto promedio por atención del componente 1 (solo considerando los años 2020 y 2021), dado que se esperaría que la producción de una atención asincrónica sea más económica, pues tiene un carácter menos contingente y por lo tanto, puede ser programada, según los recursos disponibles y su costo de oportunidad. Sin embargo, se debe considerar que las atenciones asincrónicas son entregadas solo por médicos especialistas, cuyo valor hora es relativamente mayor al de médicos generales y profesionales no médicos, los cuales entregan las atenciones sincrónicas del componente 1.

Al evaluar el indicador de eficiencia del componente 3, cuyo valor promedio es de \$5.400 por informe diagnóstico emitido, se observa un incremento exponencial del costo de provisión del componente entre el año 2019 y el año 2021 (404,7%). Si el análisis es acotado a las cifras reportadas para los años 2020 y 2021, se observa un incremento en un 36% del costo promedio de producción (\$5.400 a \$8.300 (miles de \$2022)). Esto se explicaría por el sobrecargo de fondos devengados en el 2021 (producto de la contratación de servicios de imagenología de años previos) y también por la ampliación de la cartera de prestaciones de salud, incluyendo servicios con un costo unitario de producción mayor (evaluación por oftalmológica de retinopatías).

⁷⁸ El Programa, en efecto, elaboran documentos de “respuesta” a las observaciones de la CGR, incluyendo: detalle de subtítulos presupuestarios a los cuales se imputan los gastos de HD y descripciones de gasto correspondientes, detalle de contratos con su respectiva imputación presupuestaria, detalles sobre procedimientos de producción de servicios, entre otros.

El Componente 4, de atenciones en emergencias sanitarias, tiene un costo promedio de \$2.500 (miles de \$2022), y una variación del 88%, considerando los registros existentes de los años 2020 y 2021. Este es un costo por producto bajo, si le compara con los indicadores calculados para el Componente 1 (con algunas actividades en común), de similar naturaleza, más aún considerando que en este componente las atenciones se entregan en contextos de implementación extraordinarios, contingentes y por tanto, potencialmente más caros. Debido a lo anterior, sería interesante en este punto aportar, hacia el futuro, con un indicador de eficiencia a nivel de servicio o actividades para resguardar que se estén haciendo las comparaciones correctas. Sin embargo, debido a que el Programa no cuenta con una desagregación a este nivel, se plantea este ejercicio a modo de recomendación.

Por último, el indicador del Componente de Capacitación y Difusión debe ser analizado con cuidado pues, hasta cierto punto, la agregación de actividades que se realiza a este nivel resulta cuestionable a juicio del Panel, para efectos del análisis de eficiencia.

En efecto, es difícil agregar o comparar confiablemente el costo relativo de producir una unidad de capacitación, con el costo de generar una visita al portal web de HD o de conseguir un nuevo seguidor en redes sociales, pues se anticipa que los procesos y recursos empleados en estas actividades son sustancialmente diferentes. Debido a lo anterior, para este componente, se propone nuevamente avanzar en la construcción de medidas de gasto a nivel de servicio que permitan realizar una evaluación de eficiencia a nivel de actividades.

Con todo lo anterior, se observa que los costos unitarios de producción de los servicios del Programa presentan una alta variabilidad en todos sus componentes (especialmente Componentes 1, 3 y 4). Esta variabilidad impide, entre otras cosas, establecer un costo promedio representativo para el período de evaluación sobre el cual concluir confiablemente. Así, y aún cuando podría existir un potencial de producción de los servicios del Programa a costos unitarios prometedores -en virtud de los mínimos establecidos en el cuadro siguiente- es necesario contar con más información respecto a los costos de implementación de HD a nivel de actividades y/o otros niveles de desagregación que permitan profundizar sobre el análisis planteado en este apartado, discriminando entre variaciones producidas a nivel de precios unitarios o caracterización de los servicios costeados.

Cuadro 24 - Gasto Promedio por Unidad de Producto 2018-2021(Miles de \$ 2022)

	2019	2020	2021	Promedio 2019-2021	Variación 2019-2021
PRODUCCIÓN					
Atención Sincrónica	3.266	134.011	279.718	138.998	8464,5%
Atención Asincrónica	36.692	27.565	42.936	35.731	17,0%
Apoyo Diagnóstico a Distancia	223.823	107.692	275.937	202.484	23,3%
Atención en Emergencias Sanitarias	0	650.884	555.974	402.286	-
Capacitación y Difusión	180.973	338.530	82.674	200.726	-54,3%
GASTO PRODUCCIÓN					
Atención Sincrónica	726.497	1.538.332	1.930.291	1.398.373	165,7%
Atención Asincrónica	1.018.150	686.727	980.585	895.154	-3,7%
Apoyo Diagnóstico a Distancia	370.066	674.933	2.302.694	1.115.898	522,2%
Atención en Emergencias Sanitarias	121.936	982.963	1.576.727	893.875	1193,1%
Capacitación y Difusión	548.472	157.482	209.346	305.100	-61,8%
GASTO POR PRODUCTO					
Atención Sincrónica	222,4	11,5	6,9	80,3	-96,9%
Atención Asincrónica	27,7	24,9	22,8	25,2	-17,7%
Apoyo Diagnóstico a Distancia	1,7	6,3	8,3	5,4	404,7%
Atención en Emergencias Sanitarias	No aplica	1,5	2,8	2,2	87,8%
Capacitación y Difusión	3,0	0,5	2,5	2,0	-16,4%

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el Programa

5.2. A nivel de resultados intermedios y finales.

No es posible realizar un análisis de eficiencia en este nivel, pues no se cuenta con información respecto a los resultados obtenidos a nivel de beneficiarios.

5.3. Gastos de Administración

Al inicio de esta evaluación, y a juicio del Panel, HD tenía una estimación errónea de sus gastos de administración (sobreestimación) ya que considerada que éstos incluían una serie de actividades relacionadas con la compra, arriendo y/o uso de tecnologías de información que, en el contexto de otros programas públicos, sería típicamente categorizado como un gasto administrativo, pero, en el caso de HD, representan un componente central y crítico de su quehacer.

Por esto, se realiza un ejercicio de revisión y actualización de los gastos administrativos del programa, que reconozca como productivo el gasto asociado al desarrollo y mantenimiento de plataformas digitales esenciales para la producción de sus componentes (compra de licencias de imagenología, servicios de seguridad de la información, servidores, etc) – sin dichas plataformas, la atención digital no puede existir.

El Programa clasifica uno por uno todos los montos ejecutados entre el 2019 y 2022 distinguiendo entre producción y administración. Para los recursos humanos (Subtítulo 21) imputa un ponderador de distribución de gastos administrativos: Para todos los prestadores de salud (médicos y no médicos) se asume que el 100% de su jornada está dedicada a actividades productivas (por lo que el ponderador es 0%) mientras que para el personal de soporte (según clasificación del Departamento de Salud Digital – Anexo 3) se asume una dedicación a actividades administrativas del 30%. Para los gastos con cargo a los Subtítulos 22 y 29 se hace una categorización binaria de elementos (productivos o administrativos), de acuerdo con la revisión del concepto de gasto administrativo señalada.

Los resultados de este ejercicio indican que el Programa tiene gastos administrativos de un 22% en promedio para el período 2019-2021, lo que a juicio del Panel es un monto muy alto. Sin embargo, se debe recordar que en este monto se incluye la remuneración de un gran número de personas que contribuyen al parcialmente al desarrollo del Programa desde Nivel Central desde variadas Unidades del Departamento de Salud Digital y que, como se ha indicado en el Anexo 3, en la práctica no tienen dedicación exclusiva a HD.

Es decir, ocurre una sobreestimación de los costos de administración dada por la imposibilidad de separar confiablemente las actividades y gastos que competen exclusivamente a HD como Programa, en comparación a la gestión administrativa completa del Departamento de Salud Digital

Esto vuelve a resaltar la importancia de realizar una distinción clara entre la organización, roles y funciones que son de competencia exclusiva de HD, y llevar esta definición al registro presupuestario y de gasto del Programa de forma sistemática, siempre distinguiendo entre HD y Salud Digital como un todo.

Cuadro 25 - Estimación gastos administrativos, sin aportes extrapresupuestarios, período 2019-2021 (miles de \$ 2021)

Variable	2019	2020	2021
Gasto Administración (A)	1.242.157,06	1.046.188,40	1.352.277
Gasto Total del programa (B)	4.027.277	5.086.625	8.351.921
% (A/B)	30,84%	20,57%	16,19%

Fuente: Elaboración propia

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL

El Programa Hospital Digital instala en el sistema de salud chileno una lógica de atención digital altamente necesaria y pertinente. El uso de las tecnologías de información en la atención de salud representa una gran oportunidad para el país, toda vez que la telemedicina surge, según consensos internacionales, como una alternativa de atención eficaz y capaz de descongestionar la atención presencial (tanto Primaria - mediante la atención de medicina general- como Secundaria y Terciaria - a través de las atenciones de especialidad), y acortar las brechas de acceso a la salud en la población. El Panel evalúa positivamente que el Programa recoja esta oportunidad. Sin embargo, más allá de la definición teórica o las motivaciones que se encuentran detrás de la creación del Programa, el Panel considera necesario que el Programa revise, actualice y profundice en los elementos de diseño desarrollados en el contexto de esta evaluación, resguardando la calidad de sus prestaciones, para maximizar el impacto generado en la población.

Es en el diseño, en efecto, donde se encuentran la mayoría de las limitaciones de desempeño que son “arrastradas” hacia otros ámbitos de la evaluación, incluyendo una gestión y coordinación débil al interior del Ministerio (producto de una ubicación institucional no revisada y de roles/ responsabilidades sin delimitaciones claramente establecidas) que trae consecuencias en Implementación y Eficiencia; y de una conceptualización confusa respecto de los tipos de atenciones y usuarios que el Programa atiende – con consecuencias en la evaluación de resultados, alineamiento de los componentes con el propósito y organización general del quehacer del Programa.

Las recomendaciones que aquí se presentan responden a los antecedentes, aclaraciones y contenidos que fueron surgiendo de forma paulatina a lo largo de este EPG, impregnándolo de un carácter dinámico y sujeto de mejoras continuas que en algún momento debieron darse por finalizadas⁷⁹. En efecto, este dinamismo conlleva grandes esfuerzos en la recopilación, generación, organización y procesamiento de una cantidad sustantiva de información del Programa para poder llevar a cabo la evaluación.

Diseño del programa:

1. El Programa, al inicio de esta evaluación, no contaba con un diseño sustentado ni avalado por el Ministerio de Desarrollo Social, respecto a la implementación del diseño. Muchos de los elementos programáticos requeridos para realizar este EPG fueron específicamente desarrollados para la evaluación, incluyendo: definición de propósito del programa, componentes, indicadores y sistematización de la mayoría de las actividades implementadas por éste (de gestión, producción y evaluación), poblaciones objetivo y potencial.
2. El Programa se encuentra debidamente justificado bajo el enfoque de derechos que sitúa al Estado como un ente garante de la salud en la población, resguardando la equidad en el acceso a la salud a todas las personas.
3. De los cinco componentes definidos en la MML de marco lógico, hay dos que son cuestionados por el Panel. El primero, Componente 4, por no tener una vinculación directa con el propósito declarado por el Programa⁸⁰. Y el segundo, Componente 5, por tener un carácter productivo transversal que no solo apoya el desarrollo de los otros componentes del Programa, sino también de otras iniciativas Ministeriales. Los indicadores se mantienen porque son producto del proceso de evaluación realizado.
4. Existe una debilidad global en la forma como el Programa categoriza y organiza sus servicios, actividades y procesos productivos. Estos fueron reiteradamente replanteados para efectos de esta evaluación, hasta concluir con la matriz de componentes y servicios que en el cuerpo del informe se

⁷⁹ Específicamente, el Panel procesa y analiza información recibida hasta el viernes 6 de Mayo del 2022, en consideración de los plazos establecidos en proceso EPG 2022.

⁸⁰ El programa señala que no están en el modelo de gestión original porque estas estrategias fueron solicitadas por la autoridad en el contexto de emergencia sanitaria

describe. El sistema de organización original del Programa no solo dificulta enormemente la comprensión de externos respecto a su quehacer (por ejemplo, en torno a células de especialidad), sino que también trae consecuencias sobre la implementación y eficiencia de éste, puesto que no se cuenta con registros desagregados de presupuesto y gasto.

5. La ubicación del Departamento de Salud Digital en el Gabinete Ministerial abre espacios de influencia indeseables respecto a las actividades y prioridades del Programa que pueden ser fácilmente minimizadas a través de la formalización de su lógica y diseño en todos los niveles.
6. Existe un traslape importante entre las funciones, actividades y responsabilidades asociadas a la implementación de HD respecto al Departamento de Salud Digital como un todo que se ha ido despejando en el desarrollo de los elementos requeridos para esta evaluación.

Implementación del programa:

1. Existen barreras a la implementación exitosa de HD atribuibles al Programa, vinculados a los Sistemas de Atención en SS y a otros Determinantes Sociales. Y también se identifican oportunidades y fortalezas para la implementación: favorecer la equidad en las atenciones de salud, dar respuesta a una necesidad y desarrollar equipos.
2. El sistema de información no muestra una efectiva función de evaluación, seguimiento, monitoreo y retroalimentación tanto para la gestión como para el desempeño. El sistema de indicadores se está diseñando en la marcha de la presente evaluación y está muy lejos de ser un sistema probado, de hecho, no se cuenta con información suficiente para cuantificar muchos indicadores. Por otra parte, se identifican tres elementos que tienen potencial para articular un sistema: el soporte informático, el sistema de indicadores y el proceso de registro, sin embargo, no aparece clara la articulación entre ellos.
3. Una de las instancias de coordinación más prometedoras del Programa, el Consejo Asesor Ministerial de HD, nunca fue llevado a cabo, sin existir razones conocidas al respecto informales o formales (minutas, oficios u otros)
4. El modelo de implementación vigente del Programa no cuenta con incentivos para que la APS haga de la telemedicina una práctica prioritaria.

Costos de proveer el/los bienes y/o servicios del programa:

1. El Programa tiene una planificación y ejecución presupuestaria deficiente. Son muchos los factores que incidirían en este resultado, incluyendo la crisis sanitaria (pandemia COVID) de los últimos años. Sin embargo, aun dejando este factor fuera del análisis, los indicadores de planificación y ejecución reflejarían otras problemáticas asociadas que se desarrollan en el cuerpo del informe, incluyendo: excesiva flexibilidad en la planificación presupuestaria territorial, falta de incentivos para la adopción de HD en la APS, y problemas de gestión/ coordinación al interior del Gabinete Ministerial.
2. El Programa presenta costos de producción muy variables en el período de evaluación. Se registran montos mínimos prometedores que podrían ofrecer una posibilidad de ahorro importante para el país. Sin embargo, se requiere contar con más información sobre los costos de implementación de HD a nivel de actividades y su contraste con los costos de producción de las atenciones presenciales. Esto permitiría concluir respecto a la eficiencia relativa del Programa en base a costos de producción unitarios representativos, y vigilar que los bajos costos de producción experimentados en algunos años de la evaluación no estén asociados a una pérdida en la calidad de los servicios entregados (afectando la experiencia de atención de la población en la Atención Primaria). Lo anterior refuerza la importancia de contar con indicadores de calidad cuantificables.
3. El Programa no cuenta con aportes FONASA, aun cuando algunas de las atenciones entregadas son, en el marco de la atención presencial, financiadas por el Fondo, ya que benefician directamente a la población final (pacientes), incluyendo: atenciones de salud mental, consultas de especialidad y teleinformes diagnósticos.

Resultados del programa:

1. La información es insuficiente para evaluar el cumplimiento del programa a nivel de propósito. Sin embargo, en base a los indicadores analizados es posible señalar que la producción de los componentes aporta al logro del propósito, exceptuando Capacitación y Difusión.

Ligado a lo anterior, no es posible evaluar la calidad del servicio entregado por el programa pues no se cuenta con información para construir los indicadores propuestos.

2. Los datos analizados permiten concluir que el componente 1 (Atención Telemedicina Sincrónica) del programa ha tenido un desempeño insuficiente en lo que refiere a las coberturas de atención de telemedicina sincrónica en medicina general y salud mental, muy distinto a lo que ocurre con atención sincrónica de medicina de especialidad, donde se logra una alta cobertura (89,6%) pero la medición solo corresponde a un año (2021). En cuanto a la Atención Asincrónica de Especialidad (Componente 3) y el Informe Diagnóstico (Componente 4) el programa muestra un adecuado desempeño. Los componentes 4 (Emergencias) y 5 (Capacitación y Difusión) exhiben bajos rendimientos si se consideran las coberturas, exceptuando el servicio de Material de Difusión que muestra un porcentaje de 57,4%.
3. Hay una carencia de estudios epidemiológicos exhaustivos para poder entregar más elementos para la evaluación del impacto sanitario de HD.

2. RECOMENDACIONES

Diseño del programa:

1. El Programa debe ser sometido a un proceso de formalización de su diseño, utilizando como base los avances desarrollados para esta evaluación. Entre otras cosas, este proceso debe considerar:
 - a. Revisión y formalización de roles, responsabilidades y actividades de HD y clara distinción respecto a aquellos que corresponden a Departamento de Salud Digital.
 - b. Revisión de los Componentes del Programa cuestionados en esta evaluación.
 - c. Revisión de la ubicación institucional del programa.

Implementación del programa:

1. Para maximizar el impacto que la telemedicina puede generar sobre la población y el sistema de atención primaria presencial, se recomienda revisar y actualizar los criterios que definen cuándo un paciente debe ser atendido presencialmente, así como revisar los procesos de actualización de las listas de espera en las que HD pueda incidir, y priorización de las células de atención.
2. Es necesario generar los incentivos adecuados para que los establecimientos de Atención Primaria puedan asignar a la salud digital un lugar prioritario en su lista de estrategias y actividades, teniendo esto también un impacto sobre la eficiencia del Programa y sus indicadores de ejecución

Costos de proveer el/los bienes y/o servicios del programa:

1. Actualizar los mecanismos de planificación y ejecución de los recursos del Programa para incluir, como mínimos: formalización de incentivos de ejecución, protocolos formales de asignación regional (por medio índices, variables y/o criterios bien explicitados), mecanismos de control de gestión financiera más efectivos.
2. Realizar un estudio de costos a nivel de actividades que permita precisar el costo de producción de los distintos servicios de los Componentes considerando, entre otras cosas, solo los recursos humanos que efectivamente participan en HD (y no en Salud Digital como un todo).
3. Realizar un estudio del ahorro de los costos que HD generaría al Sistema de Salud presencial (Atención Primaria y Secundaria/Terciaria), incluyendo costos financieros y económicos tanto para los profesionales de salud de los establecimientos SS y los pacientes.

4. Evaluar en qué medida corresponde que el Programa entregue estas atenciones a la población FONASA con recursos propios, y si es necesario actualizar la cartera de prestaciones incluidas en el Fondo, para incluir la Telemedicina dentro de las posibilidades de atención.

Resultados del programa:

1. La dificultad de evaluar la calidad de los servicios a partir de la información que hasta ahora se recoge, señala la necesidad de contar con algún instrumento adecuado para lograr ese objetivo, por lo que se recomienda incorporar al sistema de seguimiento encuestas de satisfacción usuaria on line una vez que las personas hayan sido atendidas.
2. Realizar estudios epidemiológicos para poder entregar más elementos para la evaluación del impacto sanitario de HD.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Cámara de Diputados (2022). N° 438-369/ Formula indicaciones al proyecto de ley que autoriza a los prestadores de salud para efectuar atenciones mediante telemedicina (Boletín N° 13.375-11). Santiago, 11 de enero de 2022.

Centaine L Snoswell, Georgina Chelberg, Keshia R DeGuzman, Helen H Haydon, Emma E Thomas, Liam J Caffery and Anthony C Smith (2021). The clinical effectiveness of telehealth: A systematic review of meta-analyses from 2010 to 2019. *Journal of Telemedicine and Telecare* 0(0).

Contraloría General de la República (2022). Imparte instrucciones respecto de las contrataciones a Honorarios en los órganos de la administración del estado. División jurídica 10 de enero de 2022.

(2021). Informe Final Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Auditorías Especiales. Unidad de Auditoría de Sistemas.

Corfo InnovaChile - Segunda Edición (2020). Fundamentos para los Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile. Bien Público Estratégico 18BPE-93834

Cortez, Erick (2021). En Chile Se Han Conseguido Avances Asombrosos en Salud Digital. *E Health Reporter*. Latin América. Junio 2021. Disponible en Web: <https://ehealthreporter.com/erick-cortez-en-chile-se-han-conseguido-avances-asombrosos-en-salud-digital/>

Gobierno de Chile (2019). Agenda de Modernización del Estado. Presidencia, Ministerio de Hacienda y Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Julio 2019.

Ministerio de Salud (2022). Compromisos de Gestión 2022 en el marco de las redes integradas de servicios de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Gabinete, Departamento de Control de Gestión.

Ministerio de Salud (2021a). Proceso Técnico Administrativo de Teleinterconsultas Asíncronas. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Diciembre 2021

(2021b). Reglamento sobre acciones vinculadas a la atención en salud realizada a distancia.

(2021c). Estrategia de notificación y atención por telemedicina a personas en contexto de examen PCR positivo para SARS cov-2, en apoyo a estrategia TTA. Departamento de Salud Digital. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud Chile (2020a) Res. Exenta 435 Julio 2020. Modifica estructura del gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

(2020b). Ord,2494 Despacho de medicamentos de atención remota. Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales.

(2020c). Ordinario C105/N° 5315. Programación de consultas por Telemedicina complemento a OOTT para la Planificación y Programación en Red 2020. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Salud Digital.

(2020d) Protocolo de apoyo remoto para equipos de salud sociosanitarios en personas mayores para COVID -19. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Salud Digital.

(2020e) Levantamiento de información de disminución de prestaciones de salud digital de los 29 Servicios de Salud. Departamento Salud Digital. Unidad de estadísticas y control de gestión. Octubre 2020

Ministerio de Salud Chile (2019a) Manual Organizacional Departamento de Salud Digital. Año 2019. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

(2019b) Res. Exenta N°595, 02 julio 2019. Creación del Departamento de Salud Digital. División jurídica.

(2019c) PS-NC-004, Política Desarrollo de Sistemas. Sistema de Gestión de Seguridad de la Información – Nivel Central.

(2019d) Protocolo Célula Dermatología. 1ra versión. Vigencia: 2019-2021. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Departamento Salud Digital.

(2019e) Protocolo Célula Geriatria. 1ra versión. Vigencia: 2019-2021. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Departamento Salud Digital.

(2019f) Protocolo Célula Nefrología. 1ra versión. Vigencia: 2019-2021. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Departamento Salud Digital.

(2019g) Protocolo Célula Patología Oral. 1ra versión. Vigencia: 2019-2021. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Departamento Salud Digital

(2019h) Ord. C305 N° 1983. Informa Glosa O1 Brechas de Personal. Subsecretaría de Redes Asistenciales. 30 de abril de 2019.

(219i) Res. Exenta 889. Política General de Seguridad de la Información. Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales.

(2019j). Decreto Exento N° 932 del 09/12/2019 Crea Consejo Ministerial de Hospital Digital.

Ministerio de Salud Chile (2018). Programa Nacional de Telesalud en el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud (2013) Mapa de Ruta. Plan Estratégico de Tecnologías de Información (e-Salud) 2011-2020. Departamento de Gestión Sectorial TIC del Ministerio de Salud.

OPS (2017). Enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS (2021). Global strategy on digital health. 2020-2025. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Prados, José Antonio (2013). Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Aten Primaria*. 2013;45(3):129-132.

Ricciardi W. y Boccia S. (2017) New challenges of public health: bringing the future of personalized healthcare into focus. *European Journal of Public Health*, Vol. 27, Supplement 4, 2017, 36–39.

F. Roig, F. Saigí (2011). Elementos facilitadores en la implantación de servicios de telemedicina. Perspectiva de los profesionales implicados en su diseño y puesta en marcha. *Anales Sis San Navarra* vol.34 no.2 Pamplona ago. 2011

Zhao J. et al. (2016) Differentiation between two healthcare concepts: Person- centered and patient – centered care. *International journal of nursings ciencias* 3 (2016) 398 e 402.

V. ENTREVISTAS REALIZADAS

Fecha	Participantes
30 de noviembre, 2021	Sebastián Cortez, Ministerio de Salud (MINSAL) Maximiliano Córdoba, MINSAL María José Letelier, MINSAL Carolina Cunill, MINSAL Francisco Rivera, Ministerio de Desarrollo Social (MDS) Vezna Sabando, MINSAL Rodrigo Díaz, MINSAL Daniela Ortega, Dirección de Presupuestos (Dipres) Tania Hernández, Dipres Rodrigo Díaz, Dipres Mario Parada, Panel de evaluación Verónica Monreal, Panel de evaluación Pamela Frenk, Panel de evaluación
17 de diciembre, 2021	Rodrigo Díaz, MINSAL Maximiliano Córdoba, MINSAL Rodrigo Díaz, Dipres María José Letelier, MINSAL Carolina Cunill, MINSAL Francisco Rivera, MDS Daniela Ortega, Dipres Tania Hernández, Dipres Mario Parada, Panel Verónica Monreal, Panel Pamela Frenk, Panel
22 de diciembre, 2021	María José Letelier, MINSAL Carolina Cunill, MINSAL Francisco Rivera, MDS Vezna Sabando, MINSAL Daniela Ortega, Dipres Tania Hernández, Dipres Mario Parada, Panel Verónica Monreal, Panel Pamela Frenk, Panel
7 de enero, 2022	María José Letelier, MINSAL

	Mario Parada; Panel Verónica Monreal, Panel Pamela Frenk, Panel Carolina Cunill, MINSAL Cristian Carrasco, MINSAL Tania Hernández, Dipres
7 de enero, 2022	Rodrigo Díaz, MINSAL Carolina Cunill, MINSAL María José Letelier, MINSAL Pamela Frenk, Panel Tania Hernández, MINSAL
7 de enero, 2022	María José Letelier, MINSAL Mario Parada, Panel Verónica Monreal, Panel Carolina Cunill, MINSAL Vezna Sabando, MINSAL Tania Hernández, Dipres
12 de enero, 2022	Rodrigo Díaz, MINSAL Carolina Cunill, MINSAL María José Letelier, MINSAL Pamela Frenk, Panel
27 de enero, 2022	Rodrigo Díaz, MINSAL Carolina Cunill, MINSAL María José Letelier, MINSAL Pamela Frenk, Panel
7 de febrero, 2022	Carolina Cunill, MINSAL Vezna Sabando, MINSAL Mario Parada, Panel Verónica Monreal, Panel Pamela Frenk, Panel
15 de febrero, 2022	Referente de Servicio de Salud seleccionado Pamela Frenk
15 de febrero, 2022	Referente de Servicio de Salud seleccionado Mario Parada
22 de febrero, 2022	Referente de Servicio de Salud seleccionado Verónica Monreal
23 de febrero, 2022	Referente de Establecimiento de Salud seleccionado Mario Parada
19 de abril, 2022	Sebastián Cortez, Ministerio de Salud (MINSAL) Rodrigo Díaz, MINSAL Carolina Cunill, MINSAL María José Letelier, MINSAL Verónica Monreal, Panel Pamela Frenk, Panel
2 de mayo, 2022	Rodrigo Díaz, MINSAL Pamela Frenk, Panel

VI. ANEXOS DE TRABAJO

Anexo 1: Reporte sobre el estado y calidad de la información disponible para evaluar el programa.

A. Bases de datos con información relevante para la evaluación

Nombre	BBDD Telemedicina y Teleconsulta
Descripción	Bases de datos que registran todas las prestaciones entregadas por el Programa en estas plataformas. Se construye en base a formularios de caracterización de las atenciones (RedCap) en oncología, dermatología, diabetes, geriatría, nefrología, ortodoncia. Permite obtención de reportes agregados de información según el requerimiento (temporal, por célula de atención, etc.).
Período de vigencia	2019-2021 (con variaciones por especialidad)
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	Continuo (Por caso)
Campos / Variables	Los formularios varían de acuerdo a la célula de atención, pero, en general, recogen la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> - Identificación del paciente (nombre, rut, apellidos, sexo, dirección, otros) - Red de atención/interconsulta (establecimiento de origen y resolutor, profesional resolutor y solicitante, otros) - Identificación tratante (médico tratante, especialidad, otros) - Caracterización de la prestación (descripción del caso, historia clínica, antecedentes e informes de diagnóstico, biomarcadores, indicaciones, lugar de tratamiento presencial, otros) - Elementos de gestión (apertura y cierre de caso)
Juicio del Panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	La información disponible es completa y adecuada para la evaluación de los aspectos de implementación del Programa en estas prestaciones, ya que permite una caracterización detallada de éstas (servicios), incluyendo: evolución de atenciones en el tiempo por categorías de interés (género, tipo de atención, otros), distribución geográfica (región), gestión de la red asistencial (interconsultas, tiempos de espera, otros).
Nombre	BBDD Dart
Descripción	Base de datos que registra los exámenes de sospecha de Retinopatía Diabética (RD) y sus resultados resueltos por la inteligencia artificial y por los oftalmólogos en los casos que corresponda
Período de vigencia	2019-2021
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	Continuo (Por caso)
Campos / Variables	Las principales variables incluidas en esta base de datos son: <ul style="list-style-type: none"> - Variables de caracterización del paciente: Nombre, rut, consultorio/ CESFAM al que corresponde, etc.), - Variables relativas al diagnóstico (resultados) - Indicaciones médicas, médico tratante - Otras

Juicio del Panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	La información disponible es completa y adecuada para la evaluación de la implementación de este tipo de atención.
Nombre	BBDD Llamada telefónica Salud Mental
Descripción	Planilla Excel que registra información relativa a orientaciones psicológicas entregadas por HD
Período de vigencia	2019-2021
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	Continuo (Por caso)
Campos / Variables	Las principales variables incluidas en esta base de datos son: <ul style="list-style-type: none"> - Variables de caracterización del paciente (nombre, rut, email, previsión, otros) - Motivo de consulta (categorías de consulta predeterminadas) - Antecedentes salud mental (historia, eventos estresantes, factores de riesgo, etc.) - Caracterización de la atención (tiempos de espera, duración), - Diagnóstico - Satisfacción del paciente - Características del profesional en línea. - Otras
Juicio del Panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	La información disponible es completa y adecuada para la evaluación de la implementación de este tipo de atención.
Nombre	BBDD Telecomités
Descripción	Planillas Excel que registran las evaluaciones realizadas por los telecomités de oncología, unidad paciente crítico y diabetes tipo 1
Período de vigencia	2019-2021 (con variaciones por especialidad)
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	Continuo (Por caso)
Campos / Variables	Las planillas varían de acuerdo a la especialidad, pero, en general, recogen la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> - Caracterización de atenciones realizadas - Características pacientes evaluados - Establecimientos y servicios de salud participantes - Características de la prestación (ej. duración videoconferencia)
Juicio del Panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	La información disponible es completa y adecuada para la evaluación de la implementación de este tipo de atención.
Nombre	BBDD Medicina interna y ACV
Descripción	Planillas Excel que registran las atenciones realizadas de medicina interna y accidentes cardiovasculares
Período de vigencia	2019-2021 (con variaciones por especialidad)
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Censo
Frecuencia de medición	Continuo (Por caso)

Campos / Variables	Las planillas varían de acuerdo a la especialidad, pero, en general, recogen la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> - Número de pacientes atendidos - Referencia prestadores de HD - Resultados de diagnóstico - Médico especialista
Juicio del Panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	La información disponible es completa y adecuada para la evaluación de la implementación de este tipo de atención.

B. Fuentes de información cualitativa y cuantitativa que fueron útiles para identificar la situación problema que dio origen al programa y que permiten proyectar la situación sin programa

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
Cámara de Diputados (2022). N° 438-369/ Formula indicaciones al proyecto de ley que autoriza a los prestadores de salud para efectuar atenciones mediante telemedicina (Boletín N° 13.375-11). Santiago, 11 de enero de 2022.	Se detallan indicaciones al Proyecto de ley, iniciado en moción de los Honorables Senadores señor Chahuán, señoras Goic y Rincón, y señores Girardi y Quinteros, que autoriza a los prestadores de salud para efectuar atenciones mediante telemedicina, en marzo de 2020. Artículo único: Modifíquese la ley N°20.584, que regula los deberes y derechos de las personas, en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, intercalando un inciso cuarto nuevo, pasando el actual cuarto a ser quinto, del siguiente tenor: "Los prestadores mencionados precedentemente podrán efectuar atenciones mediante telemedicina, manteniendo registros de estas prestaciones, en los mismos términos que una atención presencial."
Ministerio de Salud (2022). Compromisos de Gestión 2022 en el marco de las redes integradas de servicios de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Gabinete, Departamento de Control de Gestión.	Explicita los compromisos que responden a un modelo de continuidad en lo que respecta a las metodologías de evaluación del desempeño y control de gestión de los Servicios de Salud, reafirmando el compromiso del país con el desarrollo de la atención primaria y el acceso universal a la salud, y reconociendo a la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud como la mejor alternativa para vencer la fragmentación en la entrega de prestaciones de salud en las redes de Servicios de Salud.
Contraloría General de la República (2022). Imparte instrucciones respecto de las contrataciones a Honorarios en los órganos de la administración del estado. División jurídica 10 de enero de 2022.	Reinterpretación del artículo 11 de la ley N°18.834, sobre Estatuto Administrativo, y del artículo 4° de la ley N°18.883, sobre Estatuto Administrativo para funcionarios municipales, que habilitan la contratación sobre la base de honorarios. Señala "Los servidores a honorarios que puedan o deban

	<p>ser traspasados a la contrata, deberán cumplir con los requisitos de ingreso a la Administración del Estado contemplados en el artículo 12 de la ley N° 18.834 y en el artículo 10 de la ley N° 18.883, según corresponda, y no encontrarse afectos a las inhabilidades de ingreso previstas en el artículo 54 de la ley N°18.575. Quienes no cumplan con las exigencias indicadas precedentemente no podrán ser designados a contrata a partir del 1 de enero de 2023”.</p>
<p>Ministerio de Salud (2021a). Proceso Técnico Administrativo de Teleinterconsultas Asincrónicas. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Diciembre 2021</p>	<p>Actualización del Proceso de Atención para Células Asincrónicas, donde se indica el registro adecuado y oportuno en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) y Sistema de Información de Red Asistencial (SIDRA), el cual debe realizarse en los establecimientos de Atención Primaria en Salud (APS) que cuenten con la modalidad de atención de teleinterconsulta asincrónica, a través de las plataformas de Hospital Digital (HD).</p>
<p>Ministerio de Salud (2021b). Reglamento sobre acciones vinculadas a la atención en salud realizada a distancia.</p>	<p>Reglamento que regula las acciones y prestaciones vinculadas a la atención de salud realizadas a distancia por medio o con apoyo de tecnologías de la información y comunicaciones TIC. Además, regula los derechos y deberes que tienen las personas en el desarrollo de las acciones y prestaciones descritas, quedando excluidos aquellos portales que aun cuando utilicen TIC, contengan exclusivamente información de salud, soporte a la custodia y gestión de historias clínicas, sistemas de apoyo a la emisión de licencias médicas y recetas electrónicas y sistemas digitales auxiliares para prestaciones de salud. Su articulado incluye las herramientas tecnológicas, los estándares tecnológicos, las condiciones para asegurar la confidencialidad disponibilidad y privacidad de los datos, el registro de incidentes de seguridad en la información como las técnicas de procesamiento de datos y análisis de información. Existe un capítulo completo de los derechos y deberes de las personas en las atenciones a distancia.</p>
<p>Ministerio de Salud (2021c). Estrategia de notificación y atención por telemedicina a personas en contexto de examen PCR positivo para SARS cov-2, en apoyo a estrategia TTA. Departamento de Salud Digital. Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>	<p>Estrategia encargada de contactar a personas con PCR positiva para SARS CoV-2 que no han sido notificadas en la plataforma de EPIVIGILA, con el objetivo de darles orientación de salud respecto a la enfermedad, realizar la notificación correspondiente, entregar educación sobre medidas a considerar durante el aislamiento y evaluar si requieren atención médica, la cual será</p>

	otorgada vía telemedicina a través de un profesional médico de Hospital Digital.
<p>Contraloría General de la República (2021). Informe Final Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Auditorías Especiales. Unidad de Auditoría de Sistemas.</p>	<p>Informe que responde las siguientes preguntas realizadas a la Contraloría: ¿Realizó la Subsecretaría de redes asistenciales una evaluación previa de los recursos tecnológicos disponibles para la implementación del programa hospital digital con objeto de evitar la adquisición de productos y servicios ya existentes? ¿efectuó la repartición un análisis preliminar sobre la cantidad y oportunidad de los productos y servicios a adquirir para llevar a cabo sus proyectos informáticos relacionados con el programa hospital digital y la plataforma convergente de manera de velar por la eficiente y eficaz administración de los recursos públicos? ¿cumplió la entidad con la normativa de contratación pública vigente al efectuar su proceso de adquisiciones de equipos y servicios relacionados con la plataforma convergente? ¿están operativos los sistemas informáticos, repositorios de datos y plataforma tecnológica asociados al programa hospital digital acorde a lo planificado respecto de plazos montos y requerimientos técnicos operativos? ¿era coherente el grado de avance establecido en las metas para la productividad de atenciones médicas del programa hospital digital al 30/09/2019 con aquellas definidas para ese año? ¿resguarda la entidad fiscalizada el proceso de control de cambios a través de las distintas versiones o de las de los sistemas de revisión para asegurar la disponibilidad de los servicios operando de manera segura? ¿incorpora la entidad auditada protocolos de comunicaciones y controles que aseguren la confidencialidad, integridad e integridad de la información existieron irregularidades en la adquisición efectuada a través de la gran compra ID número 44024 de componentes de la historia clínica compartida nacional en modalidad de software como servicio conforme señalaron los peticionarios en sus denuncias?</p>
<p>OMS (2021). Global strategy on digital health. 2020-2025. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO https://www.who.int/docs/default-source/documents/gq4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf</p>	<p>Orientaciones globales para la aplicación de tecnologías digitales de salud para los usuarios, profesionales de la salud, proveedores de atención médica e industria hacia empoderar a los pacientes y lograr la visión de salud para todos. La salud digital amplía el concepto de eSalud al incluir a los consumidores digitales, con una gama más amplia de productos inteligentes y dispositivos conectados. También abarca otros usos de las tecnologías digitales para salud como Internet de las Cosas, computación avanzada, grandes análisis de datos,</p>

	inteligencia artificial, incluido el aprendizaje automático, y robótica.
Centaine L Snoswell, Georgina Chelberg, Keshia R DeGuzman, Helen H Haydon, Emma E Thomas, Liam J Caffery and Anthony C Smith (2021). The clinical effectiveness of telehealth: A systematic review of meta-analyses from 2010 to 2019. Journal of Telemedicine and Telecare 0(0).	Esta revisión dice demostrar que la telesalud puede ser equivalente o más efectiva clínicamente en comparación con los cuidados habituales. Sin embargo, la evidencia disponible es muy específica de la disciplina, lo que destaca la necesidad de más estudios relacionados con la telesalud en un espectro más amplio de servicios clínicos de salud. Los hallazgos de esta revisión respaldan la opinión de que, en el contexto adecuado, la telesalud no comprometerá la eficacia de la atención clínica en comparación con formas convencionales de prestación de servicios de salud.
Cortez, Erick (2021). En Chile Se Han Conseguido Avances Asombrosos en Salud Digital. E Health Reporter. Latin América. Junio 2021. Disponible en Web: https://ehealthreporter.com/erick-cortez-en-chile-se-han-conseguido-avances-asombrosos-en-salud-digital/	Entrevista al jefe del Departamento Gestión TIC del Servicio de Salud Metropolitano Sur, sobre el estado de la Salud Digital, los proyectos de los últimos años, los avances generados a raíz de la pandemia, las diferencias entre los distintos Servicios de Salud y sus propuestas para avanzar hacia una verdadera transformación digital en salud. Dice «Chile requiere una Estrategia Nacional de Salud Digital a largo plazo».
Saint Pierre, Didier. (2021) La Salud Digital que el Estado abandonó. El desconcierto. Enero 2021. Disponible en Web: https://www.eldesconcierto.cl/opinion/2021/01/15/salud-digital-en-pandemia-la-ruta-que-el-estado-extravio.html	Columna de opinión que se pregunta ¿Qué hace posible que políticas de Estado construidas de manera participativa, que van más allá de un gobierno, asociadas a los intereses del país, bien evaluadas y con reconocimiento internacional (como la Agenda Digital en Salud), sean abruptamente desmanteladas, sin explicación de causa, por funcionarios de confianza política? ¿Cómo es que esos funcionarios posteriormente no responden por la destrucción de valor público y el daño causado?
Ministerio de Salud Chile (2020a) Res. Exenta 435 Julio 2020. Modifica estructura del gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Modifica estructura del gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Se especifican nuevos objetivos, funciones y organigrama del Departamento de Telesalud.
Ministerio de Salud (2020b). Ord,2494 Despacho de medicamentos de atención remota. Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales.	Suma a los ELEAM a HD. Hace válidas las recetas de atención remota para ser despachadas por establecimientos de la red pública. Se especifica el proceso de registro de médicos prescriptores.
Ministerio de Salud Chile (2020c). Ordinario C105/N° 5315. Programación de consultas por Telemedicina complemento a OOTT para la Planificación y Programación en Red 2020.	Complementa las Orientaciones de Planificación y Programación de 2020. Se entregan lineamientos técnicos para la programación de recursos humanos en APS y niveles secundario y terciario.

<p>Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Salud Digital.</p>	
<p>Ministerio de Salud Chile (2020d) Protocolo de apoyo remoto para equipos de salud sociosanitarios en personas mayores para COVID -19. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Salud Digital.</p>	<p>Estrategia para orientar sobre el COVID-19 a la población general, pero especialmente ser un soporte de información para aquellos profesionales y cuidadores de todos los ELEM del país, mediante las tecnologías de la información en salud.</p>
<p>Ministerio de Salud Chile (2020e) Levantamiento de información de disminución de prestaciones de salud digital de los 29 Servicios de Salud. Departamento Salud Digital. Unidad de estadísticas y control de gestión. Octubre 2020</p>	<p>Documento que realiza una recopilación de la información de los 29 Servicio de Salud, respecto a los factores asociados a la baja tributación en prestaciones de Hospital Digital. El cual plantea los siguientes objetivos: Identificar posibles factores que se asocian a la baja tributación de los distintos Servicios de Salud; Reconocer los nodos críticos de la baja de tributación; Determinar qué prestaciones de Hospital Digital presentan más complicaciones en la tributación; Identificar los planes de mejoras realizados por los referentes de telesalud en sus respectivos servicios.</p>
<p>Corfo InnovaChile - Segunda Edición (2020). Fundamentos para los Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile. Bien Público Estratégico18BPE-93834</p>	<p>Documento elaborado por el Centro de Informática Biomédica y el Observatorio de Bioética y Derecho, pertenecientes al Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Universidad del Desarrollo, en conjunto con la Unidad de Telemedicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, el UC Davis Life Sciences Innovation Center Chile y el Ministerio de Salud de Chile, el que actuó como mandante. Los Fundamentos para los Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile tienen como objetivo la provisión de un insumo para facilitar y acelerar los procesos de innovación del sistema de salud público y privado del país, y con ello contribuir a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, en particular en relación con el acceso, oportunidad y eficiencia del sistema. Proporcionan un glosario de definiciones, un modelo de caracterización de los escenarios de telesalud, el marco regulatorio aplicable en Chile, un conjunto de buenas prácticas, recomendaciones y otros elementos que apuntan a facilitar la implementación, el desarrollo y la evaluación de las prestaciones y servicios en esta modalidad en Chile.</p>
<p>CEPAL. (2020) Las oportunidades de la digitalización en américa latina frente al COVID-19.</p>	<p>Documento técnico que analiza las oportunidades de la digitalización en América Latina frente a la contingencia de COVID-19 y plantea acciones de política pública para su mayor aprovechamiento. Se describe el estado de la digitalización en los países de la región a tiempo de hacer frente a la pandemia,</p>

	<p>se identifican las soluciones digitales adoptadas ante la coyuntura y se recopilan las principales acciones de política pública tomadas en tal contexto.</p> <p>https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45360/4/OportDigitalizaCovid-19_es.pdf</p>
<p>Centro Nacional de Sistemas de Información en Salud (CENS) (2020). Telemedicina durante la epidemia de COVID-19 en Chile: Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones. Teleconsulta en tiempos de pandemia. Versión 1.0 - 14 de abril de 2020. Disponible en Web: https://cens.cl/wp-content/uploads/2020/04/cens-gua-teleconsulta-en-tiempos-de-pandemia.pdf</p>	<p>Entrega recomendaciones clínicas para la prestación de servicios de teleconsulta; herramientas básicas para la seguridad de los datos del paciente durante la epidemia de COVID-19; recomendaciones operacionales para ejecutar de forma exitosa procesos de telemedicina; recomendaciones Éticas y Legales para la implementación de teleconsulta y proceso de Consentimiento durante la pandemia, entre otras.</p>
<p>MINCIENCIA. (2020). Una mirada a la Cultura de datos en Chile. Diciembre 2020. Disponible en Web: https://www.minciencia.gob.cl/legacy-files/whitepaper_datos_covid19.pdf</p>	<p>Documento que tiene por objetivo, relevar, a partir de la experiencia de colaboración, la necesidad de un marco para establecer una gobernanza adecuada y desarrollar capacidades tecnológicas para capturar/ producir, procesar y disponibilizar los datos en nuestro país. Establece que los datos son resultados de la colaboración y, por lo tanto, deben estar al servicio de la sociedad, ser transparentes al juicio público y a los desafíos y réplicas que le otorgan validez al quehacer científico.</p>
<p>OPS (2020). COVID-19 y la importancia de fortalecer los sistemas de información. Disponible en Web: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52128/COVID-19FactsheetIS4H_spa.pdf?sequence=14</p>	<p>Documento técnico que plantea que los sistemas de información son claves para responder a la pandemia y en tal sentido hace recomendaciones a los gobiernos respecto de las áreas que deben ser priorizadas, lo más importante a tener en cuenta para fortalecer los sistemas de información y enlaza con herramientas de la Organización Panamericana de la Salud en el área.</p>
<p>Quispe-Juli, Cender. (2020) COVID-19: Una pandemia en la era de la salud Digital. Abril 2020. DOI:10.1590/SciELOPreprints.164</p>	<p>Artículo que describe cómo han sido utilizadas las TIC para hacer frente al COVID-19, señalando que brindan beneficios a nivel clínico (como el mejor registro clínico de los casos, la atención remota o asistencia diagnóstica mediante inteligencia artificial), epidemiológico (sistemas de información geográfica), académico (e-aprendizaje) y personal (uso de aplicaciones móviles o búsqueda de información mediante redes sociales).</p>
<p>Chá, María Mercedes (2020). Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. Rev. Méd. Urug. vol.36 no.2 Montevideo 2020. Epub 01-Jun-2020. http://dx.doi.org/10.29193/rmu.36.2.6</p>	<p>Estudio que identifica los factores de resistencia por parte de los médicos para el uso de la Historia Clínica Electrónica en una institución de atención a la salud del Uruguay.</p>

<p>Gobierno de Chile (2019). Agenda de Modernización del Estado. Presidencia, Ministerio de Hacienda y Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Julio 2019. https://modernizacion.gob.cl/</p>	<p>Documento de Política que señala la arquitectura para un proceso de modernización continuo del Estado, los principios de la Agenda de Modernización, la estructura del Plan de Modernización del Estado, las Estrategias de Transformación Transversales y las Iniciativas por Macro Temas.</p>
<p>Información de Mercados (2019). ¿Qué fue del programa Sidra? Información 2017 May 24, 2019. Disponible en Web: http://www.informaciondemercados.cl/sidra/</p>	<p>Nota que reflexiona críticamente acerca del Sistema de Información de Redes Asistenciales (SIDRA) que tenía como misión mejorar la calidad y eficiencia en el sistema de salud, al proveer software que automatiza la entrega local de cuidados e intercambiar información clínica.</p>
<p>Ministerio de Salud Chile (2019a) Manual Organizacional Departamento de Salud Digital. Año 2019. Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p>	<p>Documento que entrega los Antecedentes, Marco Legal, Aspectos Éticos, Propósito, Visión, Misión, Objetivo General, Objetivos específicos, Modelo de atención Digital del Departamento de Salud Digital. Además, muestra la organización de la Unidad de Hospital Digital, sus Células de Proceso de atención ambulatoria, Salud Rural Digital, Proceso Unidades de Apoyo, Proceso Quirúrgico / Hospitalización. También están los aspectos generales respecto del Registro de Prestaciones, Unidad de Presupuesto y Administración interna, Unidad de Estadística y Control de Gestión, Unidad de Estrategias Digitales, Portal web, Seguridad de la información y Procesos de soporte. Finaliza con Referencias Bibliográficas.</p>
<p>Ministerio de Salud Chile (2019b) Res. Exenta N°595, 02 julio 2019. Creación del Departamento de Salud Digital. División jurídica.</p>	<p>Crea el Departamento de Salud Digital. Señala sus objetivos, funciones y organigrama</p>
<p>Ministerio de Salud Chile (2019c) PS-NC-004, Política Desarrollo de Sistemas. Sistema de Gestión de Seguridad de la Información – Nivel Central. Disponible Web: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/POL%C3%8DTICA-DESARROLLO-DE-SISTEMAS-PS-NC-002-V.2.pdf</p>	<p>La Política de Desarrollo de Sistemas, establece los lineamientos para garantizar la seguridad en los productos de software para las instituciones del Sector Salud. Define las directrices y requisitos que deben estar presentes en los desarrollos tanto internos como externos de la institución, considerándolas en cada una de las etapas de desarrollo, controlando los ambientes de trabajo en desarrollo, testing y producción.</p>
<p>Ministerio de Salud Chile (2019d) Protocolo Célula Dermatología. 1ra versión. Vigencia: 2019-2021. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento Salud Digital.</p>	<p>Protocolo que contiene para la especialidad: Objetivo general, Objetivos específicos, Población objetivo, Participantes del proceso, Descripción del proceso de atención, Flujograma de atención, Indicadores de monitoreo y evaluación, Indicadores de auditoría y gestión y las Referencias bibliográficas.</p>

<p>Ministerio de Salud Chile (2019e) Protocolo Célula Geriátrica. 1ra versión. Vigencia: 2019-2021. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento Salud Digital.</p>	<p>Protocolo que contiene para la especialidad: Objetivo general, Objetivos específicos, Población objetivo, Participantes del proceso, Descripción del proceso de atención, Flujograma de atención, Indicadores de monitoreo y evaluación, Indicadores de auditoría y gestión y las Referencias bibliográficas. Anexos: Índice de Barthel; Manual de Usuario – Creación Interconsulta – Guía rápida para responder interconsultas; Causales de egreso; Consentimiento Informado o Declaración de Aceptación de la Modalidad de Atención a Distancia.</p>
<p>Ministerio de Salud Chile (2019f) Protocolo Célula Nefrología. 1ra versión. Vigencia: 2019-2021. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento Salud Digital.</p>	<p>Protocolo que contiene para la especialidad: Objetivo general, Objetivos específicos, Población objetivo, Participantes del proceso, Descripción del proceso de atención, Flujograma de atención, Indicadores de monitoreo y evaluación, Indicadores de auditoría y gestión y las Referencias bibliográficas. Anexos: Manual de Usuario Creación Interconsulta – Guía rápida para responder interconsultas; Causales de egreso; Consentimiento Informado o Declaración de Aceptación de la Modalidad de Atención a Distancia.</p>
<p>Ministerio de Salud Chile (2019g) Protocolo Célula Patología Oral. 1ra versión. Vigencia: 2019-2021. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento Salud Digital</p>	<p>Protocolo que contiene para la especialidad: Objetivo general, Objetivos específicos, Población objetivo, Participantes del proceso, Descripción del proceso de atención, Flujograma de atención, Indicadores de monitoreo y evaluación, Indicadores de auditoría y gestión y las Referencias bibliográficas. Anexos: Manual de Usuario Creación Interconsulta; Patologías orales maxilofaciales por diagnóstico CIE-10 y su equivalente con Diagnóstico SNOMED; Estimación de producción anual de Célula de Patología Oral a nivel nacional; Causales de egreso; Consentimiento Informado o Declaración de Aceptación de la Modalidad de Atención a Distancia.</p>
<p>Ministerio de Salud Chile (2019h) Ord. C305 N° 1983. Informa Glosa O1 Brechas de Personal. Subsecretaría de Redes Asistenciales. 30 de abril de 2019. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/Glosa-01-letra-i-ORD-1983.pdf</p>	<p>Informe sobre brechas de personal por servicios de salud para la comisión mixta de presupuesto de la Cámara de Diputados para justificar el financiamiento del Programa de Formación de Especialistas.</p>
<p>Ministerio de Salud Chile (2019i). Res. Exenta 889. Política General de Seguridad de la Información. Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales. Disponible Web: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/POL%C3%8DTICA-</p>	<p>Define roles y responsabilidades en la seguridad de la información de todos los actores ministeriales. Todo con el objeto de lograr niveles adecuados de integridad confidencialidad y disponibilidad para todos los activos de información e institucionales</p>

<p>GENERAL-DE-SEGURIDAD-DE-LA-INFORMACION-RES.-EXE.-889-26.11.2019.pdf</p>	<p>relevantes asegurando la continuidad operacional de los procesos</p>
<p>Ministerio de Salud Chile (2019j). Decreto Exento N° 932 del 09/12/2019 Crea Consejo Ministerial de Hospital Digital.</p>	<p>Decreto que crea consejo como órgano asesor del señor ministro en asuntos relativos a la implementación y desarrollo del hospital digital especialmente en lo que dice relación con el análisis y evaluación de las políticas planes y programas que compongan el hospital digital formular recomendaciones y realizar estudios y diagnósticos sobre tales asuntos someter a su consideración propuestas de reforma estructural o institucional para ser llevadas a cabo como iniciativas de ley o dentro de las competencias que en materia de organización interna lee confiere el ordenamiento jurídico y dar respuesta a las consultas que dicha autoridad le formule. Asimismo, corresponderá al Consejo servir de instancia de coordinación con los demás entes gubernamentales cuyos objetivos se relacionan directamente con la estrategia de salud digital. Integran el Consejo el Ministro de Salud, quien lo preside, además de los siguientes consejeros: Subsecretario de Redes Asistenciales, Coordinador/a Ejecutivo/a Departamento Salud digital, Jefe/a de gabinete del Ministro, Jefe/a de gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales, Jefe/a de División Jurídica, Jefe/a de Comunicaciones del Ministerio, Jefe/a de División de Finanzas y administración interna, Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información. Por parte de la Presidencia, Asesor/a designado/a por el Presidente de la República, por parte de las SEGPRES jefe de la División de Gobierno Digital. El Consejo contará con un secretario Ejecutivo encargado de servir de contacto permanente entre éste y su presidente ejercerá esta función la persona que se desempeñe como coordinador Ejecutivo del Departamento de Salud digital</p>
<p>Ávila Nicolás. 2019. Breve Panorama de la Informática en Salud en Chile. Medium. Disponible en Web: https://medium.com/healthdevs/breve-panorama-de-la-informatica-en-salud-en-chile-559ff44d0d45</p>	<p>Entrega un breve listado de las principales instituciones en Chile involucradas en informática en salud.</p>
<p>Ministerio de Salud Chile (2018). Programa Nacional de Telesalud en el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2018, Disponible en Web: https://www.minsal.cl/wp-</p>	<p>Documento que muestra el Marco Teórico Conceptual, los Antecedentes Históricos y el estado de la Telesalud en Chile. Además, resume los Modelos de Atención vigentes (Redes Integradas de Servicios de Salud y Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria) y el Marco Legal. Contiene además, los aspectos éticos y las</p>

<p>content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf</p>	<p>ventajas y desventajas de la Telemedicina. Plantea las líneas de acción (Teleeducación; Telemedicina y Teleasistencia), los lineamientos de Tecnologías de Información y Comunicaciones en Telesalud.</p>
<p>Kai I. Müller, Karl B. Alstadhaug, Svein I. Bekkelund (2017). A randomized trial of telemedicine efficacy and safety for nonacute headaches. <i>Neurology</i> 89 July 11.</p>	<p>Este estudio proporciona evidencia de que una única consulta de telemedicina para el dolor de cabeza no agudo no es inferior a una consulta tradicional única en relación a resultado y seguridad del tratamiento a largo plazo.</p>
<p>Ricciardi W. y Boccia S. (2017) New challenges of public health: bringing the future of personalized healthcare into focus. <i>European Journal of Public Health</i>, Vol. 27, Supplement 4, 2017, 36–39. https://www.researchgate.net/publication/320443876_New_challenges_of_public_health_Bringing_the_future_of_personalised_healthcare_into_focus</p>	<p>Muestran desafíos, beneficios y consecuencias que pueden acarrear la implantación de la atención sanitaria personalizada, y los pasos que los responsables de la formulación de políticas y los profesionales tendrían que dar para realizar su potencial.</p>
<p>Asociación Chilena de Empresas de Tecnologías de la Información (ACTI). (2017). Sidra 2: el gran dolor del Gobierno en la modernización de la salud pública. Disponible en web: https://acti.cl/sidra-2-el-gran-dolor-del-gobierno-en-la-modernizacion-de-la-salud-publica/</p>	<p>Crónica que problematiza sobre la trayectoria del desarrollo de SIDRA y la coherencia entre sus componentes.</p>
<p>Muñoz, Soledad (2017). Sidra: avances en digitalización de la salud. <i>La Tercera</i>. Julio 2017. Disponible Web: https://www.latercera.com/pulso/sidra-avances-digitalizacion-la-salud/</p>	<p>Opinión acerca de la industria de TIC de salud como un actor relevante para avanzar la estrategia de digitalización y la necesidad de mantener canales de comunicación permanentes entre la autoridad sanitarias y las empresas.</p>
<p>Zhao J. et al. (2016) Differentiation between two healthcare concepts: Person- centered and patient –centered care. <i>International journal of nursings ciences</i> 3 (2016) 398 e 402. https://www.researchgate.net/publication/308182154_Differentiation_between_two_healthcare_concepts_Person-centered_and_patient-centered_care</p>	<p>Este trabajo intenta diferenciar dos términos de atención médica de uso frecuente: atención centrada en la persona y atención centrada en el paciente, para proporcionar referencias para investigadores y gestores.</p>
<p>Romero Aguilera G, Cortina de la Calle P, Vera Iglesias E, Sánchez Caminero P, García Arpa M, Garrido Martín J. (2014). Fiabilidad de la teledermatología de almacenamiento en un escenario real. <i>Actas Dermo sifilogr.</i> 2014; 105:605-613.</p>	<p>Estudio español que muestra que la fiabilidad diagnóstica de la teledermatología de almacenamiento en condiciones de práctica clínica es elevada. Los dermatólogos pueden predecir errores diagnósticos analizando su confianza diagnóstica y la calidad de las fotografías.</p>
<p>López Zelada Marco (2014). Hacia una buena práctica de la interoperabilidad en el estado de Chile: factores institucionales que la dificultan. Tesis para optar al grado de Magister en Gestión y Políticas públicas. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias físicas y matemáticas. Departamento de ingeniería industrial. Disponible en:</p>	<p>Tesis que analiza factores críticos de éxito en el logro de la interoperatividad con especial énfasis en el liderazgo, un liderazgo político, que sitúe a la interoperabilidad en la agenda política y que facilite una visión compartida dentro de la organización, un liderazgo directivo, que se ha de caracterizar por ser multidisciplinario y por tener capacidad analítica</p>

<p>https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131636/Hacia-una-buena-pr%C3%A1ctica-de-la-interoperabilidad-en-el-.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	<p>y vocación colaborativa, y un liderazgo técnico donde los factores tecnológicos tengan relevancia.</p>
<p>Saint Pierre, Didier. (2014) Información: la cara oculta de la crisis en salud. El desconcierto. Abril 2014. Disponible en Web: https://www.ciperchile.cl/2014/05/14/informacion-la-cara-oculta-de-la-crisis-en-salud/</p>	<p>Columna de opinión en la que se hace énfasis en que la falta de información confiable incide también en la gestión operativa y defiende que el sector debe “con urgencia cambiar su modelo de recolección de información y pasar desde la recopilación de datos ex-post con objetivos esencialmente estadísticos, a una recolección basada en el registro de los datos en el momento en que ocurre la prestación y la posterior transmisión de esa información usando redes telemáticas, a todos los destinos que la requieren”. Hace recorrido histórico de la estrategia digital y defiende el desarrollo impulsado por MINSAL en ese momento.</p>
<p>Ministerio de Salud (2013) Mapa de Ruta. Plan Estratégico de Tecnologías de Información (e-Salud) 2011-2020. Departamento de Gestión Sectorial TIC del Ministerio de Salud.</p>	<p>Plan Estratégico en materia de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) o Plan Digital de Salud, que acompaña al Plan Nacional de Salud. Se desarrolla en los siguientes acápite: Arquitectura sectorial, Plan de iniciativas TI, SIDRA: estrategia de sistemas para la Red Asistencial, Rentabilidad económica y social de la estrategia de e-Salud, y Factores de éxito.</p>
<p>Jose Antonio Prados Castillejo (2013). Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. Aten Primaria. 2013;45(3):129-132.</p>	<p>Artículo que describe las ventajas y desventajas del uso de la telemedicina, así como las barreras y facilitadores para su implementación en la APS de España.</p>
<p>F. Roig, F. Saigí (2011). Elementos facilitadores en la implantación de servicios de telemedicina. Perspectiva de los profesionales implicados en su diseño y puesta en marcha. Anales Sis San Navarra vol.34 no.2 Pamplona ago. 2011 https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000200009</p>	<p>Estudio español que da a conocer los facilitadores y las barreras que aparecen en el proceso de implantación de Telemedicina en las organizaciones sanitarias que son un elemento de alto valor para su introducción definitiva. Un enfoque que combine evidencia sobre eficacia clínica y coste-beneficio con lecciones aprendidas sobre las dinámicas de implementación y normalización permite obtener una comprensión global de su adopción y mejorar su gestión organizativa.</p>

C. Identificar la necesidad de estudio complementario

No se identifica necesidad de estudio complementario.

Anexo 2(a): Matriz de Evaluación del programa

NOMBRE DEL PROGRAMA: Hospital Digital AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2019 MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: No se identifica objetivo estratégico vinculado al programa SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales/ Departamento de Salud Digital				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
FIN: Contribuir a la disminución de la carga de enfermedad medida a través de AVISA (años saludables perdido por muerte prematura o discapacidad)				
PROPÓSITO: Personas acceden oportunamente a información y prestaciones de salud priorizadas, a través de la implementación de las estrategias HD ⁸¹ .	Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica) en el año t (Eficacia/Resultado)	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de revisión de exámenes) en el año } t}{\text{N}^\circ \text{ de personas que ingresan solicitud de revisión de exámenes el año } t} \right) * 100$	Registro bases de datos de HD. Medición anual durante todo el periodo de producción	Se cuenta con un sistema integrado de información que permita realizar las solicitudes de atención. Los equipos de APS realizan consultas a HD en las especialidades disponibles.
	Porcentaje de prestaciones de telemedicinas derivadas a HD respondidas antes de 10 días (Eficacia/Resultado)	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de prestaciones de telemedicina derivadas a HD respondidas antes de 10 días}}{\text{N}^\circ \text{ total de prestaciones de telemedicina derivadas a HD}} \right) * 100$		
	Porcentaje de prestaciones por telemedicina que son resueltas en el origen (en APS) (Eficacia/Resultado)	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de prestaciones por telemedicina que son resueltas en el origen en periodo } t}{\text{total de prestaciones por telemedicina realizadas en periodo } t} \right) * 100$		
	Porcentaje de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital, en las células de Hospital Digital de Dermatología, Diabetes, Geriatria Nefrología, y Patología Oral (Eficacia/Resultado)	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas por telemedicina resueltas por Hospital Digital, en las células de Hospital Digital de Dermatología, Diabetes, Geriatria Nefrología, y Patología Oral en periodo } t}{\text{N}^\circ \text{ de consultas por telemedicina solicitadas en periodo } t} \right) * 100$		
	Cobertura respecto a población objetivo (Eficacia/Resultado)	$\left(\frac{\text{Total de beneficiarios del año } t}{\text{Población objetivo año } t} \right) * 100$		

⁸¹ Las prestaciones priorizadas corresponden a: Dermatología, Patología Oral, Ortodoncia, Salud Mental, Medicina Interna, Enfermedades metabólicas, Telecomité Oncológico, Telecomité Unidad Paciente Crítico, Telecomité Diabetes y Medicina General

	Porcentajes de establecimientos que se adhieren al uso de plataformas de HD (Eficacia/Proceso)	(Cantidad de establecimientos que se adhieren al uso de plataformas de HD en el periodo t, a nivel nacional / cantidad total de establecimientos objetivo ⁸² para el uso de las plataformas HD, en el periodo t, a nivel nacional) *100		
	Porcentajes de establecimientos que se incorporan al uso de las plataformas (Eficacia/Proceso) *	(Cantidad de establecimientos que se incorporan al uso de las plataformas en el periodo t, a nivel nacional / Total de establecimientos adheridos que han utilizado la plataforma en periodo t, a nivel nacional) *100		
	Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica) en el año t* (Calidad/Proceso)	(N° de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica) en el año t / N° de personas que ingresan solicitud de atención médica en el año t) *100	Big Data Hospital Digital	
	Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de revisión de exámenes) en el año t (Calidad/Proceso)	(N° de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de revisión de exámenes) en el año t) / (N° de personas que ingresan solicitud de revisión de exámenes el año t) *100		
	Porcentaje de prestaciones por telemedicina auditados que cumplen con los estándares de calidad definidos (Calidad/Proceso)	(N° de prestaciones por telemedicina auditados que cumplen con los estándares de calidad definidos en periodo t/ total de prestaciones por telemedicina auditadas en periodo t) *100	Informe Anual de auditorías de calidad de prestaciones realizado por los directores de cada Célula.	
	Ejecución presupuestaria (Economía/Producto)	(Gasto devengado año i/presupuesto inicial aprobado en la Ley de Presupuestos año i) *100	Anexo 5	

⁸² Se entiende por establecimientos objetivo aquellos que han sido invitados para que adhieran a las plataformas

	Porcentaje de gastos de administración respecto del total de gastos del programa (Economía/Producto)	(Gasto de administración año i/total de gastos del programa año i) * 100		
--	--	--	--	--

ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
COMPONENTE 1 Atención profesional sincrónica	Porcentaje de atenciones concretadas en telemedicina sincrónica de HD (Eficacia/Proceso)	(N° de atenciones concretadas en telemedicina sincrónica de HD en periodo t/ total de atenciones solicitadas y/o agendadas a telemedicina sincrónica de HD en periodo t) *100	Registro en bases de datos de HD Medición mensual durante todo el período de producción	Se cuenta con una plataforma robusta que permite la atención telemática. Los profesionales de APS realizan interconsultas a HD Se cuenta con los recursos necesarios para la contratación de profesionales. Existen profesionales especialistas que deseen trabajar en telemedicina
	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado)	(N° de usuarios satisfechos en tiempo t/ N° de usuarios tiempo t) *100	Por definir	
	Costo promedio por atención sincrónica realizada (Eficiencia/Producto)	Gasto de producción del Componente 1 en periodo t / N° de atenciones sincrónicas concretadas en telemedicina de HD en periodo t	Anexo 5	
COMPONENTE 2 Atención profesional Asincrónica	Porcentaje de prestaciones por telemedicina asincrónica realizadas antes de 10 días (Eficiencia/Proceso)	(Número de prestaciones solicitadas a HD por telemedicina asincrónica respondidas dentro de 10 días, en el período t, a nivel nacional/ Total de prestaciones realizadas por telemedicina asincrónica en Hospital Digital, en el período t, a nivel nacional) *100	Registro en bases de datos de HD Medición mensual durante todo el período de producción	
	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado)	N° de usuarios satisfechos en tiempo t/ N° de usuarios tiempo t) *100	Por definir	
	Costo promedio por atención asincrónica realizada (Eficiencia/Producto)	Gasto de producción del Componente 2 en periodo t / N° de atenciones asincrónicas concretadas en telemedicina de HD en periodo t	Anexo 5	

COMPONENTE 3 Apoyo Diagnóstico a Distancia (Mamografía, Retinopatía Diabética, Teleradiología Compleja)	Porcentaje de prestaciones de apoyo diagnóstico a distancia realizadas antes de 10 días (Eficacia/Proceso)	(N° de teleinformes solicitados a HD, respondidos dentro de 10 días, en el período t, a nivel nacional/ Total de teleinformes solicitadas a Hospital Digital, en el período t, a nivel nacional) *100	Registro en bases de datos de HD Medición mensual durante todo el período de producción
	Porcentaje de solicitud de mamografías derivadas a HD para ser informadas en el periodo (Eficacia/Proceso)	(N° de solicitudes de mamografías derivadas a HD para ser informadas en el período t, a nivel nacional/ N° de solicitudes de mamografías, en el período t, a nivel nacional) *100	
	Costo promedio por informe de diagnóstico emitido	Gasto de producción del Componente 3 en período t / N° de informes de diagnóstico emitidos de HD en período t	Anexo 5
COMPONENTE 4: Atención en emergencias sanitarias	Porcentaje atenciones en emergencias concretadas en telemedicina sincrónica de HD (Eficacia/Proceso)	(N° de atenciones en emergencias concretadas en telemedicina sincrónica de HD en periodo t/ total de atenciones solicitadas y/o agendadas a telemedicina sincrónica de HD en periodo t) *100	Registro en bases de datos de HD Medición mensual durante todo el período de producción
	Costo promedio por atención en emergencias sanitarias realizada (Eficiencia/Producto)	Gasto de producción del Componente 4 en período t / N° de atenciones en emergencias sanitarias concretadas en período t	Anexo 5
COMPONENTE 5: Capacitación y difusión	Aumento progresivo de la cantidad de seguidores en redes sociales (youtube, Facebook, Instagram y Twitter (Eficacia/Proceso)	(N° de seguidores en redes sociales en mes t) - (N° de seguidores en redes sociales en el mes t-1)	Registro en bases de datos de HD Medición mensual durante todo el período de producción
	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado)	N° de usuarios satisfechos en tiempo t/ N° de usuarios tiempo t) *100	Por definir
	Costo promedio de capacitación (Eficiencia/Producto)	Gasto de producción actividades de capacitación en período t / N° de capacitaciones realizadas en período t	Anexo 5

	Costo promedio de difusión por beneficiario (Eficiencia/Producto)	Gasto de producción actividades de difusión en período t / N° de beneficiarios alcanzados (seguidores redes sociales y visitas sitio web)		
--	---	---	--	--

Anexo 2(b): Medición de indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2018-2021

NOMBRE DEL PROGRAMA: Hospital Digital AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2019 MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: No se identifica objetivo estratégico vinculado al programa SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales/ Departamento de Salud Digital					
	INDICADORES		Evolución de Indicadores		
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo	Cuantificación		
			2019	2020	2021
PROPÓSITO: Personas acceden oportunamente a información y prestaciones de salud priorizadas, a través de la implementación de las estrategias HD ⁸³ .	Porcentaje de prestaciones de telemedicina asincrónica derivadas a HD respondidas antes de 10 días (Eficacia/Resultado)	(N° de prestaciones de telemedicina asincrónicas derivadas a HD respondidas antes de 10 días/ N° total de prestaciones de telemedicina derivadas a HD) *100	74,9%	95,2%	93,1%
	Porcentaje de prestaciones por telemedicina que son resueltas en el origen (en APS) (Eficacia/Resultado)	(N° de prestaciones por telemedicina que son resueltas en el origen en periodo t / total de prestaciones por telemedicina realizadas en periodo t) *100	5,6%	2,0%	2,4%
	Porcentaje de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital, en las células de Hospital Digital de Dermatología, Diabetes, Geriatria Nefrología, y Patología Oral (Eficacia/Resultado)	(N° de consultas por telemedicina resueltas por Hospital Digital, en las células de Hospital Digital de Dermatología, Diabetes, Geriatria Nefrología, y Patología Oral en periodo t / N° de consultas por telemedicina solicitadas en periodo t) *100	13,7%	3,0%	3,7%
	Cobertura respecto a población objetivo (Eficacia/Resultado)	(Total de beneficiarios del año t/ Población objetivo año t) *100			
	Porcentajes de establecimientos que se adhieren al uso de plataformas de HD (Eficacia/Proceso)	(Cantidad de establecimientos que se adhieren al uso de plataformas de HD en el periodo t, a nivel nacional / cantidad total de establecimientos objetivo ⁸⁴ para el uso de las plataformas HD, en el periodo t, a nivel nacional) *100	s/d	s/d	s/d
	Porcentajes de establecimientos que se incorporan al uso de las plataformas (Eficacia/Proceso)	(Cantidad de establecimientos que se incorporan al uso de las plataformas en el periodo t, a nivel nacional / Total de establecimientos adheridos que han utilizado la plataforma en periodo t, a nivel nacional) *100	s/d	s/d	s/d

⁸³ Las prestaciones priorizadas corresponden a: Dermatología, Patología Oral, Ortodoncia, Salud Mental, Medicina Interna, Enfermedades metabólicas, Telecomité Oncológico, Telecomité Unidad Paciente Crítico, Telecomité Diabetes y Medicina General

⁸⁴ Se entiende por establecimientos objetivo aquellos que han sido invitados para que adhieran a las plataformas

Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica) en el año t* (Calidad/Proceso)	(N° de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica) en el año t / N° de personas que ingresan solicitud de atención médica en el año t) *100	s/d	s/d	s/d
Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de revisión de exámenes) en el año t (Calidad/Proceso)	(N° de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de revisión de exámenes) en el año t) / (N° de personas que ingresan solicitud de revisión de exámenes el año t) *100	s/d	s/d	s/d
Porcentaje de prestaciones por telemedicina auditados que cumplen con los estándares de calidad definidos (Calidad/Proceso)	(N° de prestaciones por telemedicina auditados que cumplen con los estándares de calidad definidos en periodo t / total de prestaciones por telemedicina auditadas en periodo t) *100	s/d	84,0%	s/d
Ejecución presupuestaria (Economía/Producto)	(Gasto devengado año i/presupuesto inicial aprobado en la Ley de Presupuestos año i)*100			
Porcentaje de gastos de administración respecto del total de gastos del programa (Economía/Producto)	(Gasto de administración año i/total de gastos del programa año i) * 100			

ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		Evolución de Indicadores		
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo	Cuantificación		
			2019	2020	2021
COMPONENTE 1 Atención profesional sincrónica	Porcentaje de atenciones concretadas en telemedicina sincrónica de HD (Eficacia/Proceso)	(Número de atenciones concretadas en telemedicina sincrónica de HD en periodo t / total de atenciones solicitadas y/o agendadas a telemedicina sincrónica de HD en periodo t) *100	100,0%	82,6%	90,8%
	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado) ⁸⁵	(N° de usuarios satisfechos en tiempo t / N° de usuarios tiempo t) *100	s/d	s/d	s/d
	Costo promedio por atención sincrónica realizada (Eficiencia/Producto)	Gasto de producción del Componente 1 en periodo t / N° de atenciones sincrónicas concretadas en telemedicina de HD en periodo t			

⁸⁵ Este indicador ha sido propuesto para mediciones futuras.

COMPONENTE 2 Atención profesional Asincrónica	Porcentaje de prestaciones por telemedicina asincrónica realizadas antes de 10 días (Eficiencia/Proceso)	(Número de prestaciones solicitadas a HD por telemedicina asincrónica respondidas dentro de 10 días, en el período t, a nivel nacional/ Total de prestaciones realizadas por telemedicina asincrónica en Hospital Digital, en el período t, a nivel nacional) *100	77,9%	94,8%	92,3%
	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado) ⁸⁶	N° de usuarios satisfechos en tiempo t/ N° de usuarios tiempo t) *100	s/d	s/d	s/d
	Costo promedio por atención asincrónica realizada (Eficiencia/Producto)	Gasto de producción del Componente 2 en período t / N° de atenciones asincrónicas concretadas en telemedicina de HD en período t			
COMPONENTE 3 Apoyo Diagnóstico a Distancia (Mamografía, Retinopatía Diabética, Teleradiología Compleja)	Porcentaje de prestaciones de apoyo diagnóstico a distancia realizadas antes de 10 días (Eficiencia/Proceso)	(N° de teleinformes solicitados a HD, respondidos dentro de 10 días, en el período t, a nivel nacional/ Total de teleinformes solicitados a Hospital Digital, en el período t, a nivel nacional) *100	75,5%	82,0%	81,9%
	Porcentaje de solicitud de mamografías derivadas a HD para ser informadas en el periodo (Eficiencia/Proceso)	(N° de solicitudes de mamografías derivadas a HD para ser informadas en el período t, a nivel nacional/ N° de solicitudes de mamografías, en el período t, a nivel nacional) *100	0,7%	10,7%	20,1%
	Costo promedio por informe de diagnóstico emitido	Gasto de producción del Componente 3 en período t / N° de informes de diagnóstico emitidos de HD en período t			
COMPONENTE 4: Atención en emergencias sanitarias	Porcentaje atenciones en emergencias concretadas en telemedicina sincrónica de HD (Eficacia/Proceso)	(N° de atenciones en emergencias concretadas en telemedicina sincrónica de HD en periodo t/ total de atenciones solicitadas y/o agendadas a telemedicina sincrónica de HD en periodo t)*100	s/d	100,0%	99,9%
	Costo promedio por atención en emergencias sanitarias realizada (Eficiencia/Producto)	Gasto de producción del Componente 4 en período t / N° de atenciones en emergencias sanitarias concretadas en período t			
COMPONENTE 5: Capacitación y difusión	Aumento progresivo de la cantidad de seguidores en redes sociales (Youtube, Facebook, Instagram y Twitter (Eficacia/Proceso)	(N° de seguidores en redes sociales en mes t) - (N° de seguidores en redes sociales en el mes t-1)	s/d	s/d	s/d
	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado)	N° de usuarios satisfechos en tiempo t/ N° de usuarios tiempo t) *100	s/d	s/d	s/d

⁸⁶ Idem

	Costo promedio de capacitación (Eficiencia/Producto)	Gasto de producción actividades de capacitación en período t / N° de capacitaciones realizadas en período t			
	Costo promedio de difusión por beneficiario (Eficiencia/Producto)	Gasto de producción actividades de difusión en período t / N° de beneficiarios alcanzados (seguidores redes sociales y visitas sitio web)			

Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa

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

Debe tenerse en cuenta que el diseño del sistema de indicadores está en construcción y se ha generado a partir del proceso de la actual evaluación.

Los elementos de diseño que tenía el programa eran los siguientes:

<p>FIN: Contribuir a la prevención, cuidado y recuperación de la salud de la población</p>	<p>Disminución de la carga de enfermedad medida a través de AVISA (años saludables perdido por muerte prematura o discapacidad) (Eficacia/ Resultado Final)</p>
<p>PROPÓSITO: Beneficiarios del Fondo Nacional de Salud acceden oportunamente a atenciones de salud (con tiempos de espera menores a 30 días hábiles desde la solicitud de atención) mediante la realización de consultas médicas, exámenes e imágenes</p>	<p>Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica) en el año t* (Eficacia/Resultado)</p>
<p>COMPONENTE 1 Atención profesional sincrónica o asincrónica (Diabetes, Geriátría, Nefrología, Dermatología, Patología Oral, Ortodoncia, Salud Mental, Medicina Interna, Enfermedades metabólicas, Telecomité Oncológico, Telecomité Unidad Paciente Crítico, Telecomité Diabetes, Medicina General, etc.)</p>	<p>Porcentaje de atenciones por telemedicina asincrónica o sincrónica, realizadas a nivel nacional (Eficiencia/ Proceso)</p>
	<p>Porcentaje de atenciones por telemedicina realizadas antes de los 10 días (Eficiencia/ Proceso)</p>
<p>COMPONENTE 2 Apoyo Diagnóstico a Distancia (Mamografía, Retinopatía Diabética, Teleradiología Compleja)</p>	<p>Porcentaje de informes para apoyo diagnóstico realizados antes de los 10 5 días a nivel nacional (Eficiencia/ Proceso)</p>

Teniendo en cuenta que el fin acordado en el proceso actual de evaluación es: *Contribuir a la disminución de la carga de enfermedad medida a través de AVISA (años saludables perdido por muerte prematura o discapacidad)*, y el propósito acordado es: *Personas acceden oportunamente a información y prestaciones de salud priorizadas a través de la implementación de estrategias de Salud Digital*. El Panel considera que dan respuesta al problema/necesidad que aborda el programa, en tanto el propósito se relaciona con el resultado intermedio y el fin con el resultado final esperado.

Las actividades diseñadas para cada uno de los componentes son suficientes y necesarias para producirlos. Sin embargo, no pasa lo mismo con los componentes. A partir de lo planteado en el apartado de Caracterización y Cuantificación de la Población Objetivo y Potencial, el componente 4, Atención en emergencias sanitarias, más bien corresponde al subgrupo creado por la aplicación de un criterio de priorización del componente 1, Atención profesional sincrónica, por lo que el Panel evaluador lo considera innecesario como componente, pero pertinente como subcomponente o actividad del componente 1. Por otra parte, una vez la pandemia se haya superado no esté presente Un tema también relevante con este componente es qué pasará cuando por efecto de pandemia ya no se requiera tenerlo. En cuanto a la actividad de orientación, no se advierte su aporte específico al logro

del propósito, pudiendo complementar actividades de los componentes de atención o diagnóstico.

Por otra parte, el componente 5, capacitación y difusión, tal como fue señalado en el análisis de desempeño, no aporta al logro del propósito, por lo que el Panel evalúa innecesaria su incorporación.

No se identifican componentes o actividades que hicieran falta para mejorar la eficacia, pero tanto el componente 4, Atención en emergencias sanitarias, como el 5, capacitación y difusión, son prescindibles.

Los supuestos son válidos y pertinentes, y no se identifican medidas para enfrentar o minimizar el riesgo.

Considerando lo anterior no se valida la lógica vertical del diseño.

B. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)

El conjunto de indicadores propuestos a nivel de propósito son los siguientes:

Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica) en el año t (Eficacia/Resultado)
Porcentaje de prestaciones de telemedicinas derivadas a HD respondidas antes de 10 días (Eficacia/Resultado)
Porcentaje de prestaciones por telemedicina que son resueltas en el origen (en APS) (Eficacia/Resultado)
Porcentaje de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital, en las células de Hospital Digital de Dermatología, Diabetes, Geriátria Nefrología, y Patología Oral (Eficacia/Resultado)
Cobertura respecto a población objetivo (Eficacia/Resultado)
Porcentajes de establecimientos que se adhieren al uso de plataformas de HD (Eficacia/Proceso)
Porcentajes de establecimientos que se incorporan al uso de las plataformas (Eficacia/Proceso)
Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica) en el año t* (Calidad/Proceso)
Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de revisión de exámenes) en el año t (Calidad/Proceso)
Porcentaje de prestaciones por telemedicina auditados que cumplen con los estándares de calidad definidos (Calidad/Proceso)
Ejecución presupuestaria (Economía/Producto)
Porcentaje de gastos de administración respecto del total de gastos del programa (Economía/Producto)

Y para los componentes, están los siguientes:

COMPONENTE 1 Atención profesional	Porcentaje de atenciones concretadas en telemedicina sincrónica de HD (Eficacia/Proceso)
--	--

sincrónica	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado)
	Costo promedio por atención sincrónica realizada (Eficiencia/Producto)
COMPONENTE 2 Atención profesional Asincrónica	Porcentaje de prestaciones por telemedicina asincrónica realizadas antes de 10 días (Eficiencia/Proceso)
	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado)
	Costo promedio por atención asincrónica realizada (Eficiencia/Producto)
COMPONENTE 3 Apoyo Diagnóstico a Distancia (Mamografía, Retinopatía Diabética, Teleradiología Compleja)	Porcentaje de prestaciones de apoyo diagnóstico a distancia realizadas antes de 10 días (Eficacia/Proceso)
	Porcentaje de solicitud de mamografías derivadas a HD para ser informadas en el periodo (Eficacia/Proceso)
	Costo promedio por informe de diagnóstico emitido
COMPONENTE 4: Atención en emergencias sanitarias	Porcentaje atenciones en emergencias concretadas en telemedicina sincrónica de HD (Eficacia/Proceso)
	Costo promedio por atención en emergencias sanitarias realizada (Eficiencia/Producto)
COMPONENTE 5: Capacitación y difusión	Aumento progresivo de la cantidad de seguidores en redes sociales (YouTube, Facebook, Instagram y Twitter (Eficacia/Proceso)
	Porcentaje de usuarios satisfechos con la atención (Calidad/Resultado)
	Costo promedio de capacitación (Eficiencia/Producto)
	Costo promedio de difusión por beneficiario (Eficiencia/Producto)

El sistema de indicadores levantado para esta evaluación cubre tanto dimensiones (eficacia, calidad, eficiencia, economía) como los ámbitos de control (procesos, productos, resultados) requeridos.

El Panel considera que los siguientes indicadores de calidad propuestos nivel de propósito no cumplen el criterio de pertinencia, pues refieren a procesos en los que no participa HD según lo que señalan⁸⁷:

Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de consulta médica) en el año t* (Calidad/Proceso)
Porcentaje de personas atendidas oportunamente (en menos de 30 días hábiles contados desde ingreso de solicitud de revisión de exámenes) en el año t (Calidad/Proceso)

También es relevante profundizar el análisis respecto a lo que se espera se resuelva en APS, y por tanto discutir la pertinencia del siguiente indicador:

Porcentaje de prestaciones por telemedicina que son resueltas en el origen (en APS) (Eficacia/Resultado)
--

⁸⁷ El programa señala que estos indicadores apoyan el fin, por eso se incluyen en el proceso.

Además, en el componente 3, es necesario establecer una meta para el indicador:

Porcentaje de solicitud de mamografías derivadas a HD para ser informadas en el periodo (Eficacia/Proceso)

Anexo 3: Procesos de Producción y Organización y Gestión del Programa

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

Como se ha indicado en otras secciones de este informe, no existe una legislación específica sobre Telesalud que norme las actividades que HD ejecuta, pero sí existen Normas Jurídicas y Pronunciamientos del MINSAL que enmarcan los procesos productivos de los distintos componentes. Estos se indican a continuación:

Cuadro 26 - Normativa que rige al Programa Hospital Digital

Normas jurídicas	
Documento	Espíritu o Declaración
Constitución Política de Chile, Artículo 19, numeral 9°	El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud y el numeral 18°, reconoce el derecho a la seguridad social. En base a estas normas el estado está obligado a buscar y desarrollar alternativas que garanticen el acceso a salud de todos los habitantes del país.
Artículo 3°, Ley N° 18.575 (Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado)	El Estado está al servicio de la persona, atendiendo a las necesidades públicas de manera continua y permanente.
Artículo 1°, DFL N°1, 2005 (Ministerio de Salud).	Al Ministerio de Salud le compete garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones
Pronunciamientos MINSAL	
Documento	Espíritu o Declaración
Memorándum A15 N°04995 (31.12.2013)	Informa en relación a la aplicabilidad de la modalidad de Telemedicina en las prestaciones de salud asociadas al AUGES y la responsabilidad médico legal asociada a dicha modalidad.
Ordinario C2 N°3522 (15.10.2014)	Informa la incorporación de nuevas causales de egresos a la normativa vigente de Listas de Espera No GES, dentro de las que aparece la causal 17 para egresos por Telemedicina.

Ordinario C27 N°1449 (11.05.2015)	Se refiere a la aplicabilidad de Telemedicina en prestaciones de consulta de especialidad en patologías GES.
Memorándum A15 N°02223 (03.09.15)	Se refiere a la aplicabilidad de Telemedicina en consultas médicas de especialidad no incluidas en el sistema GES.
Circular C37 N°06 (18.07.2017)	Que restringe el uso de dispositivos de comunicación personal móvil en la atención de pacientes.
Ordinario 2C N°247 (29.01.2018)	Informa aplicabilidad de Consentimiento Informado en atenciones por Telemedicina.
Memorándum A15 N°02588 (14.08.19)	Informa en relación a prestaciones médicas a distancia, así como de la prescripción de medicamentos en esta modalidad.

Elaboración propia en base a Manual Organizacional Depto. De Salud Digital (2019)⁸⁸

En lo que sigue, se presenta una descripción de los procesos de producción de cada uno de los componentes del Programa, en base a una propuesta de organización y agregación de los servicios, etapas y actividades productivas realizada por el Panel. Esta propuesta se desarrolla con el fin de facilitar la comprensión de dichos procesos, reconociendo que el Programa cuenta con información altamente desagregada de sus procesos en Manuales Operacionales y otros documentos que pueden ser consultados por el lector (mencionados en otras secciones del documento y Bibliografía).

La propuesta de organización del Panel también resulta de la necesidad de unificar conceptos de diseño y gestión de programas que dan mayor sentido a los procesos de producción de HD. Por ejemplo, HD utiliza el término “estrategia” para referirse a las atenciones de Telemedicina entregadas en los ELEAM, concepto que es típicamente utilizado con otras finalidades⁸⁹. En este caso, el Panel reconoce que la Telemedicina es el servicio empleado, mientras que ELEAM es el usuario de dicho servicio.

En primer lugar, se presenta un cuadro con las categorizaciones y organización de los servicios y actividades propuesta, junto con una descripción general de los actores, actividades y modalidad de entrega de éstos. Posteriormente, se abordan uno a uno los componentes del Programa, entregando detalles relevantes adicionales cuando corresponda y organizando las actividades en etapas.

Como se observa en el cuadro siguiente, todos los servicios/ productos de los componentes tienen una modalidad de ejecución directa a cargo de la Unidad de Hospital Digital. Es decir, los responsables de la entrega/ producción de las actividades, son personas contratadas por HD Nivel Central, incluyendo médicos generales, médicos especialistas, psicólogos/as, y equipo a cargo de las actividades centrales de capacitación y difusión. De este modo, los componentes están sujetos a un proceso de producción permanente que responde a la generación de solicitudes de atención por parte de los usuarios, y no a una calendarización de producción (en otras palabras, la producción responde a la demanda, un fenómeno usual

88 Ministerio de Salud (2019). Manual Organizacional Departamento de Salud Digital Año 2019. Subsecretaría de Redes Asistenciales

89 Usualmente, en el contexto de política pública, el concepto de estrategia se reserva para referirse a instrumentos que ofrecen lineamientos, orientaciones y/o líneas de acción sugeridas para un objetivo de política, y no a los productos o servicios que un programa entrega.

en los programas de salud, donde las necesidades son ilimitadas y se encuentran acotadas por la oferta disponible). Esto no quita, sin embargo, que exista una temporalidad de planificación y evaluación concreta del Programa, como se indica en los puntos C y D de este Anexo.

Cuadro 27 - Resumen procesos de producción de los Componentes de HD

Componente	Servicio/ Producto	Participantes proceso⁹⁰	Modalidad/Plataforma de entrega	Principales etapas de producción
Componente 1: Atención profesional sincrónica	1) Atención Telemedicina sincrónica de medicina general	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio: Profesional de salud no médico de postas rurales, ELEAM⁹¹ y residencias sanitarias. ▪ Prestador: Médico general HD 	Videollamada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio genera solicitud de atención en plataforma HD ▪ Plataforma asigna atención a un profesional médico (proceso automatizado) ▪ Médico general/ especialista/sicólogo HD entrega atención a usuario por videollamada ▪ Médico general/ especialista/sicólogo HD registra en plataforma HD atención realizada ▪ Médico general/ especialista/sicólogo HD evalúa necesidad de derivación a atención presencial y/o control de seguimiento ▪ Médico general/ especialista/sicólogo HD cierra caso en plataforma
	2) Atención Telemedicina sincrónica de especialidad (Medicina interna, Enfermedades metabólicas, Oncología, Otorrino, Urología)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio: Población general definida por la lista de espera de los establecimientos ▪ Prestador: Médico especialista HD Telecomité médico (Oncología y UCI) 	Videollamada	
	3)Telecomité (Unidad Paciente Crítico, Oncología)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio: ▪ Profesionales de salud médicos 		

90 El Programa ha señalado que en la producción de todos los componentes del Programa existe una participación de la Unidad de Control de Gestión. Sin embargo, debido a que las actividades realizadas por ésta se relacionan con el procesamiento y análisis de la información para la toma de decisiones y gestión de HD (incluyendo la construcción de indicadores para el seguimiento del Programa), estas se describen en las secciones siguientes del Anexo (Punto D).

91 En este componente, solo se atienden a usuarios de establecimientos dependientes de SENAMA.

		(establecimientos de SS)		
	4) Atención Telemedicina sincrónica de salud mental (Saludablemente)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio: Población Funcionarios del sistema de salud o público ▪ Prestador: Sicólogo/a HD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Videollamada⁹² ▪ Atención telefónica 	
Componente 2: Atención Profesional asincrónica	Atención Telemedicina asincrónica de especialidad (Dermatología, Nefrología, Diabetes, Geriátría, Patología oral)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio: Médico general o familiar u odontólogo de APS o establecimiento de baja complejidad ▪ Prestador: Médico especialista HD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Videollamada ▪ Consulta presencial (de cierre)⁹³ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio genera solicitud de atención en plataforma HD ▪ Plataforma asigna atención a un profesional médico (proceso automatizado) ▪ Médico especialista HD realiza análisis de Caso ▪ Médico tratante realiza consulta de cierre y registra en plataforma (cierre de proceso)
Componente 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia	Informe diagnóstico (Mamografías, Tomografía axial)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio: Personal de salud APS u otros 	VNA o DART ⁹⁴	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio carga en plataforma HD resultados de exámenes presenciales y genera solicitud de apoyo diagnóstico

⁹² Originalmente, el servicio por llamada telefónica se creó en respuesta a la pandemia COVID 19, con el fin ayudar, acompañar, acoger y orientar a la población (y organizado, por tanto, bajo el Componente 4 de emergencias sanitarias). Se dispuso una línea telefónica abierta a la ciudadanía (600 360 7777 Opción 1). Posteriormente, este servicio de consulta telefónica y videollamada fue integrado en la función permanente de HD, bajo el Componente 1, entendiéndose que la salud mental presenta una gran brecha en el país, y que su atención no solo es contingente.

⁹³ Como se ha indicado en otras secciones, ésta corresponde a una consulta que se lleva a cabo presencialmente en el sistema de APS entre el médico tratante y el paciente. Ha sido incorporada en este cuadro para reflejar última actividad del ciclo que permite finalizar el proceso de atención con la persona tratada / población final.

⁹⁴ Plataforma de HD que reúne los registros de exámenes de sospecha de Retinopatía Diabética

	computarizada/ TAC, Resonancia magnética nuclear, Retinopatía diabética/ Inteligencia artificial)	establecimientos de la red asistencial de mayor complejidad. ▪ Prestador: Especialista HD Médico tratante APS		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se evalúa calidad de información cargada (Sistema de inteligencia artificial o tecnólogo médico) y asigna atención a un especialista HD ▪ Especialista de HD interpreta el examen y envía un informe diagnóstico a médico tratante ▪ Especialista HD cierra el caso
Componente 4: Atención en emergencias sanitarias ⁹⁵	1)Atención Telemedicina sincrónica de medicina general	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio: Personal de salud de Gendarmería y ELEM⁹⁶ ▪ Prestador: Médico general 	Videollamada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio ingresa a plataforma HD y genera solicitud de atención ▪ Médico general HD evalúa caso y entrega teleorientación o deriva a especialidades HD con una nueva teleinterconsulta ▪ Médico general finaliza llamada ▪ Se cierra el caso
	3)Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio: Población general (derivada desde el departamento de epidemiología Minsal) ▪ Prestador: Profesionales de salud HD 	Call Center	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio contacta canal telefónico Salud Responde ▪ Se asigna atención a un profesional HD ▪ Profesional HD entrega orientación en salud y cierra el caso
	4)Apoyo a la estrategia NAT- TTA ⁹⁷	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio: Población general 	Videollamada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesional HD realiza contacto telefónico con paciente, y recoge información de salud y administrativa para realizar

⁹⁵ Aquí se señalan los productos/ servicios vigentes en la actualidad. Anteriormente, han existido otras instancias de atención que bien fueron reorganizadas bajo los componentes anteriores, o finiquitadas, en función de la evolución que ha habido en la respuesta al COVID 19 (según se indica en la introducción del documento)

⁹⁶ En este componente, se atienden a usuarios de cualquier establecimiento ELEM, independientes de su dependencia.

⁹⁷ Testeo, Trazabilidad y Aislamiento.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestador: Profesional médico HD 		<p>notificación. Entrega educación sobre medidas a considerar durante el aislamiento y evaluar si requieren atención médica (se agenda hora de tele consulta con médico).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El médico HD realiza notificación en plataforma EPIvigila si no requiere atención se cierra el caso ▪ Si requiere atención médica, el médico HD se contacta por videollamada con el paciente, realizando la atención. ▪ Médico cierra el caso
Componente 5: Capacitación y Difusión	1)Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio: Población general Profesionales de salud ▪ Prestador: Divisiones Minsal Comunicaciones Minsal Unidad Hospital Digital Unidad de Estrategias Digitales 	Capacitación en línea vía Zoom o Youtube	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Departamento o división del Minsal envía solicitud de capacitación o difusión en la plataforma HD ▪ Profesionales MINSAL preparan los contenidos (de capacitación o difusión, según corresponda) ▪ Diseñadora de HD prepara el material gráfico para la capacitación y/o difusión ▪ Se entrega el contenido a la población usuaria (en capacitación o difusión) ▪ Solo capacitaciones: Persona encargada de HD prepara material de difusión de la capacitación realizada y pone a disposición en canal de YouTube
	2)Material de difusión salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario del servicio: Población general ▪ Prestador: Equipo comunicaciones Depto Salud Digital 	Comunicación vía Youtube, Facebook, Instagram y Twitter	

Fuente: Elaboración propia

Componente 1: Atención profesional sincrónica

Bajo este componente se entregan atenciones de salud digital mediante videollamada y llamada telefónica, según el usuario, perfil de riesgo y disponibilidad de los equipos profesionales. El proceso general de producción de estas atenciones se describe a continuación, distinguiendo por tipo de servicio:

a) Requerimiento de atención

Un requerimiento de atención puede originarse desde un Profesional médico (servicios 1 a 3), o mediante la solicitud directa de un paciente (servicio 4).

Cuando el requerimiento de atención viene de los equipos de salud para los servicios 1 y 2 (atención de medicina general o especialidad) se genera una solicitud de atención entregando todos los antecedentes (datos personales y antecedentes clínicos) que se solicitan en el formulario de HD dispuesto para estos fines⁹⁸

En el caso de la Telemedicina de medicina general (servicio 1), es el técnico paramédico (TENS) del establecimiento correspondiente (posta rural, ELEAM⁹⁹, etc.) quien determina cuándo es pertinente consultar con un profesional, y completa el formulario de atención.

En el caso de la Telemedicina sincrónica de especialidad (servicio 2), es un profesional médico del equipo del servicio de salud o establecimiento correspondiente quien resuelve que el caso de un/a paciente en espera de atención de especialidad (lista de espera) puede ser resuelto por telemedicina. Éste completa el formulario de atención en la plataforma de Telemedicina del Programa. La priorización y/o definición de los pacientes a atender bajo esta modalidad depende del Servicio de Salud, considerando tiempos de espera, factibilidad de contar con habilitantes tecnológicos y la aceptación de atención por telemedicina por parte del paciente (no hay participación de HD en esta definición)

En el caso del Telecomité (servicio 3), es el equipo local solicita apoyo vía correo electrónico e indica qué profesionales participarán del Telecomité del territorio local y qué apoyo requieren desde el nivel central. Una vez el Telecomité es conformado, depende del médico tratante qué casos son priorizados para solicitar revisión por el Telecomité.

En el caso del servicio 4, (salud mental) el sistema de solicitud de atención varía por tipo de usuario. La población general lo hace a través de una plataforma de HD abierta al público¹⁰⁰, mientras que los funcionarios realizan una llamada telefónica a una línea de dedicación exclusiva para ellos/as.

b) Entrega de atención

⁹⁸ Formulario alojado en plataforma de atención de Telemedicina sincrónica denominada por el Programa como "Plataforma BID". Ésta es una plataforma donada por el BID y especialmente desarrollada para el MINSAL y su gestión se encuentra a cargo del Departamento de Salud Digital, compartiéndose su uso entre HD y otras estrategias de Telesalud del país. Se utiliza también en este contexto la plataforma REDCap, un sistema de construcción y manejo de bases de datos electrónicas. Los profesionales de salud acceden a esta plataforma desde un URL determinado: <http://interconsulta.minsal.cl>

⁹⁹ Este componente solo atiende a usuarios de ELEAM dependientes de SENAMA.

¹⁰⁰ Lo hace a través de una plataforma de uso abierto al público: <https://atencionremota.minsal.cl/>

Para los servicios 1 y 2 (telemedicina de medicina general y de especialidad), el profesional que realiza la atención se identifica en plataforma para realizar atención utilizando su RUT y contraseña, y entrega la atención al usuario (intermedio o final, según corresponda) a través de la plataforma sincrónica de HD. En el servicio 1, como se ha indicado, la interacción ocurre entre el médico general y el usuario intermedio de ELEAM, postas rurales y residencias sanitarias, mientras que en el servicio 2, la interacción ocurre directamente entre el médico especialista HD y el paciente, mientras las personas del centro de salud actúan como facilitadores tecnológicos, resguardando que se encuentren las condiciones para que dicha interacción ocurra fluidamente (ponen a disposición equipos, internet y otros “habilitantes tecnológicos”).

En el caso del servicio 3 (Telecomité), la “atención” comienza con la presentación del caso de un paciente al Telecomité (disponible actualmente para oncología y pacientes críticos). Esto es hecho por un miembro del equipo tratante (local), mientras el caso es evaluado conjuntamente por el comité para definir una línea de tratamiento, la cual es sistematizada en un “acta” de acuerdos terapéuticos y anexada a la ficha del paciente. Una vez se resuelve el caso, es el médico especialista asignado quien continúe con la gestión de éste.

Cada Telecomité cuenta con una alta flexibilidad de operación, y responde a las solicitudes entregadas por los establecimientos¹⁰¹. Así, la periodicidad de reunión del Telecomité varía según el volumen de atención requerido (número de pacientes oncológicos o críticos derivados) y es definida con el equipo de profesionales de salud local.

En el caso del servicio 4 (atención de salud mental), existen 2 formatos de atención para la población general. El primero formato, o atención psicológica inicial, puede entregarse vía telefónica y videollamada. Las atenciones telefónicas se entregan a personas que contactan a Salud Responde¹⁰² en búsqueda de una primera atención psicológica o una atención de contención emocional (“primeros auxilios” de salud mental). Las atenciones por videollamada se entregan a las personas que realizan el contacto mediante la plataforma online de HD de consultas remotas¹⁰³. El segundo formato, o “terapia breve” consiste en un ciclo de atenciones psicológicas¹⁰⁴ que el Programa entrega a personas suscritas a FONASA (entendido como un mecanismo de focalización¹⁰⁵). que, según evaluación realizada por el sicólogo en consulta inicial, requieran un acompañamiento psicológico más sostenido. Los funcionarios de salud, en tanto, reciben atenciones de salud mental espontáneas vía Zoom, a cargo de psicólogos/as con dedicación exclusiva para este fin.

Las atenciones de salud digital generadas en este componente son entregadas a los usuarios siguiendo protocolos de atención específicos definidos por el Departamento de Salud Digital para cada “célula” de trabajo (correspondientes con especialidades médicas específicas). Estos protocolos se encuentran documentados y graficados en flujogramas específicos.

c) Registro, derivación y cierre de caso

¹⁰¹ El Programa señala que un comité puede reunirse, en función del volumen de demanda existente, desde dos veces por semana hasta 1 vez cada 15 días.

¹⁰² Número 600 360 7777

¹⁰³ <https://atencionremota.minsal.cl/>

¹⁰⁴ No se realizan atenciones psiquiátricas.

¹⁰⁵ Si éste fuera el caso de un paciente Isapre, éste es derivado.

El profesional de salud registra en la plataforma HD la información de la atención realizada.

En el caso de los servicios 1 y 2, y de ser requerido (según criterio profesional), el paciente es derivado a la atención presencial para que se realice exámenes de diagnóstico. Con los resultados de estos exámenes, se genera una nueva solicitud de atención digital, iniciando el proceso completo nuevamente¹⁰⁶. También puede darse el caso de un paciente que no puede recibir un diagnóstico o tratamiento vía Telemedicina, derivándose a atención presencial y cerrando el caso.

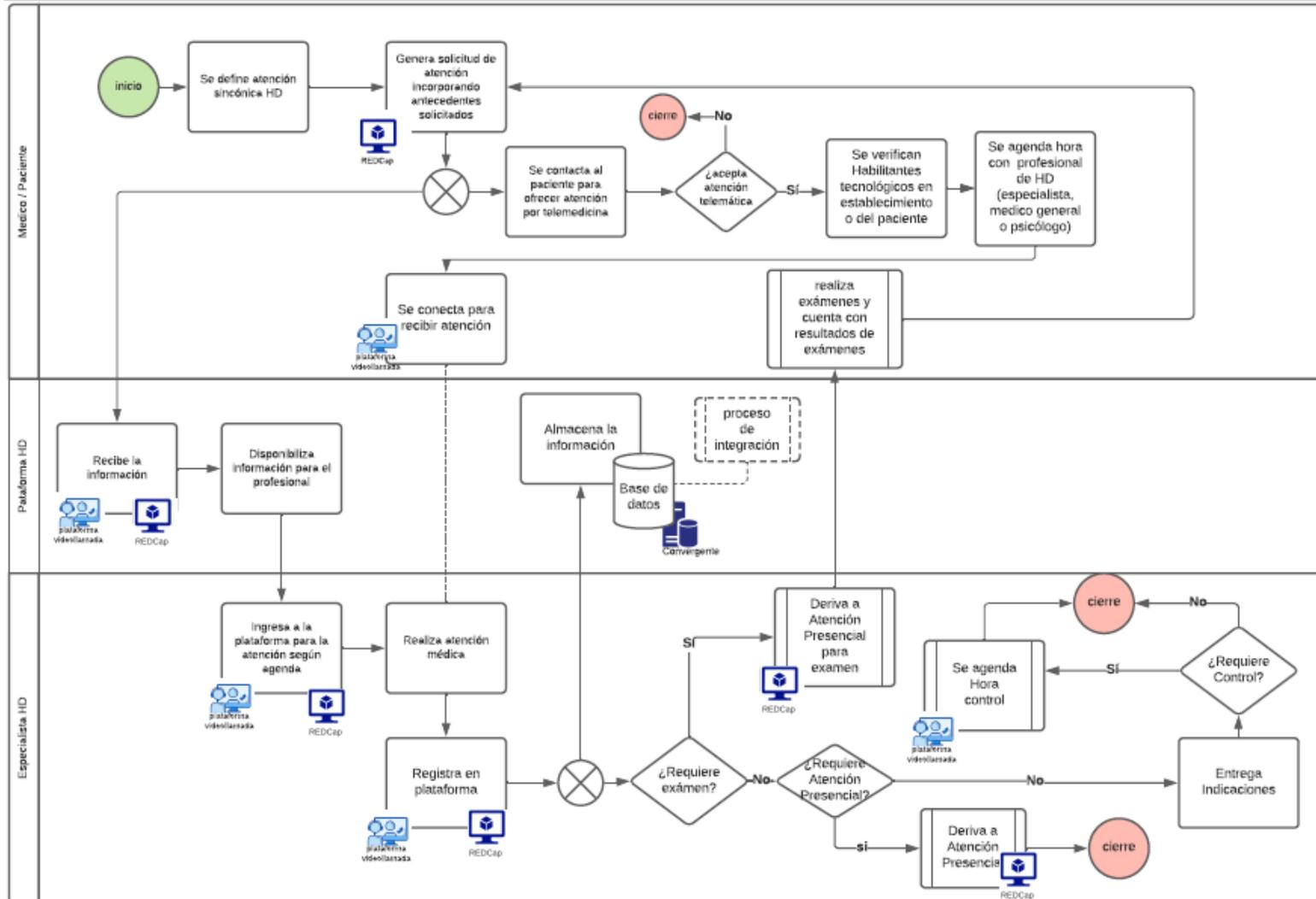
Si no se requiere examen, el paciente puede ser igualmente derivado a la atención presencial para realización de procedimiento o atención por especialista. Tras esta derivación, se cierra el caso (sin seguimiento posterior). El Programa, en todos sus componentes, no realiza seguimiento a posteriori de las atenciones realizadas.

En los casos que la atención presencial no sea necesaria, el profesional HD entrega las indicaciones del paciente mediante la plataforma HD y evalúa si requiere control posterior. De no requerirse, se cierra el caso. Si se requiere control, el profesional HD agenda hora para el control del paciente y cierra el caso.

Este proceso completo puede observarse en mayor detalle en el flujograma a continuación.

¹⁰⁶ Se desconoce cuántos de los casos requieren examen de diagnóstico y/o cuántos días adiciona esta actividad al proceso completo de atención.

Figura 2 - Flujoograma de atención profesional sincrónica



Fuente: Programa

Componente 2: Atención Profesional asincrónica

Bajo este componente se agrupan las atenciones de telemedicina de especialidad, en formato asincrónico, entregados a médicos generales o familiares de APS o establecimiento de baja complejidad. Actualmente se encuentra disponible para las siguientes especialidades: Dermatología, Nefrología, Diabetes, Geriátrica, Patología oral. El proceso de producción de estas atenciones se describe a continuación:

a) Requerimiento de atención

Los profesionales de los Servicios de Salud (médico/a u odontólogo/a tratante) que requieren apoyo programado con el diagnóstico/ tratamiento de sus pacientes realizan una solicitud de Teleinterconsulta (IC) asincrónica¹⁰⁷.

Los profesionales ingresan a la plataforma empleando su clave única del registro civil y completando un formulario de solicitud con la siguiente información del paciente: motivo de consulta, anamnesis, alergias, hábitos, tratamiento de uso habitual, resultados de exámenes, entre otros (los campos específicos varían de acuerdo a la especialidad, pero su naturaleza queda resumida en el listado anterior).

Una vez creada y enviada la IC para la atención del especialista, los/as profesionales tratantes y los/as encargados/as de SOME o quien tenga definido el establecimiento, deben ingresar esta solicitud en sus registros locales SIDRA¹⁰⁸ y SIGTE¹⁰⁹ respectivamente, con destino a:

- Hospital Digital, cuando la prestación sea otorgada mediante plataforma de HD y por especialistas contratados por HD
- Hospital de referencia de su red local, cuando la prestación sea otorgada mediante plataforma de HD y por especialistas del establecimiento dentro de su contrato institucional¹¹⁰.

Con esta información, la plataforma HD, de manera automatizada, asigna la atención a un profesional médico, y disponibiliza información al profesional para que analice el caso.

b) Análisis de caso

Dado que en este componente las atenciones se entregan de manera asincrónica, es esencial que el médico especialista de HD pueda contar con toda la información necesaria antes de entregar indicaciones de tratamiento o diagnóstico para el paciente.

Así el especialista HD evalúa si necesita contar con más información o si puede entregar las indicaciones de tratamiento y diagnóstico con la información existente (revisa campos mínimos de la teleinterconsulta e inputs de diagnóstico adicionales, como fotografías).

¹⁰⁷ Formulario alojado en plataforma de atención de Telemedicina asincrónica denominado por el Programa como "Telesalud". Los profesionales acceden a ésta a través de un URL determinado: <http://teleconsulta.minsal.cl>

¹⁰⁸ Sistema de Información de la Red Asistencial: plataforma que integra los sistemas de información de la red asistencial de salud, cuyo norte es la creación de una ficha de historia clínica electrónica.

¹⁰⁹ Sistema de Gestión de Tiempos de Espera: plataforma de gestión automatizada de tiempos de espera de atenciones de la red asistencial de salud.

¹¹⁰ El Programa no indica cómo se realiza la distinción entre uno y otro.

Cuando se resuelve que existe información faltante, la solicitud de información complementaria se realiza a través de la plataforma HD, y el profesional de la salud del establecimiento de origen completa la información faltante y envía nuevamente la solicitud de interconsulta a Hospital Digital.

También, el médico especialista puede determinar que la información existente debe ser complementada con exámenes y/o procedimientos. En este caso, se genera una contrarreferencia al establecimiento de origen, con indicación de complementar con exámenes de laboratorio, procedimientos diagnósticos u otros. Esta información queda disponible en la plataforma de HD, y debe ser transcrita por el/la médico/a u odontólogo/a tratante en el sistema de registro local y gestionadas por el SOME o quien tenga definido el establecimiento de origen.

c) Entrega de atención y cierre de caso

Una vez se cuenta con toda la información mínima requerida, al/la médico/a u odontólogo/a tratante genera una respuesta en la plataforma HD en la cual se indica cómo debe ser resuelto el caso del paciente:

Por un lado, el especialista puede determinar que la atención sea resuelta en la APS (contrarreferencia). En este caso, la atención se resuelve en 2 etapas. En la primera, el especialista HD, en base al análisis del caso, entrega al profesional de salud APS un diagnóstico y plan de tratamiento para el paciente a través de la plataforma HD. En la segunda, el profesional APS (o médico tratante) entrega información al paciente, sobre las indicaciones e instrucciones del especialista y cierra el caso. Esta consulta se denomina, para efectos de esta evaluación, como “consulta de cierre”¹¹¹. Se estima que esta consulta tiene una duración aproximada de 20 minutos y debe realizarse en todos los casos (es decir, es una consulta requerida en este componente para que la Telemedicina llegue efectivamente al beneficiario final). Por lo tanto, se realizan tantas “atenciones de cierre” como atenciones son producidas bajo este componente.

Por otro lado, el especialista puede determinar que se requiere de atención presencial de especialidad. En este caso, se redirecciona la solicitud de interconsulta (SIC) ya existente en los sistemas SIDRA y SIGTE al establecimiento que le corresponda según Mapa de Derivación y se cierra el caso.

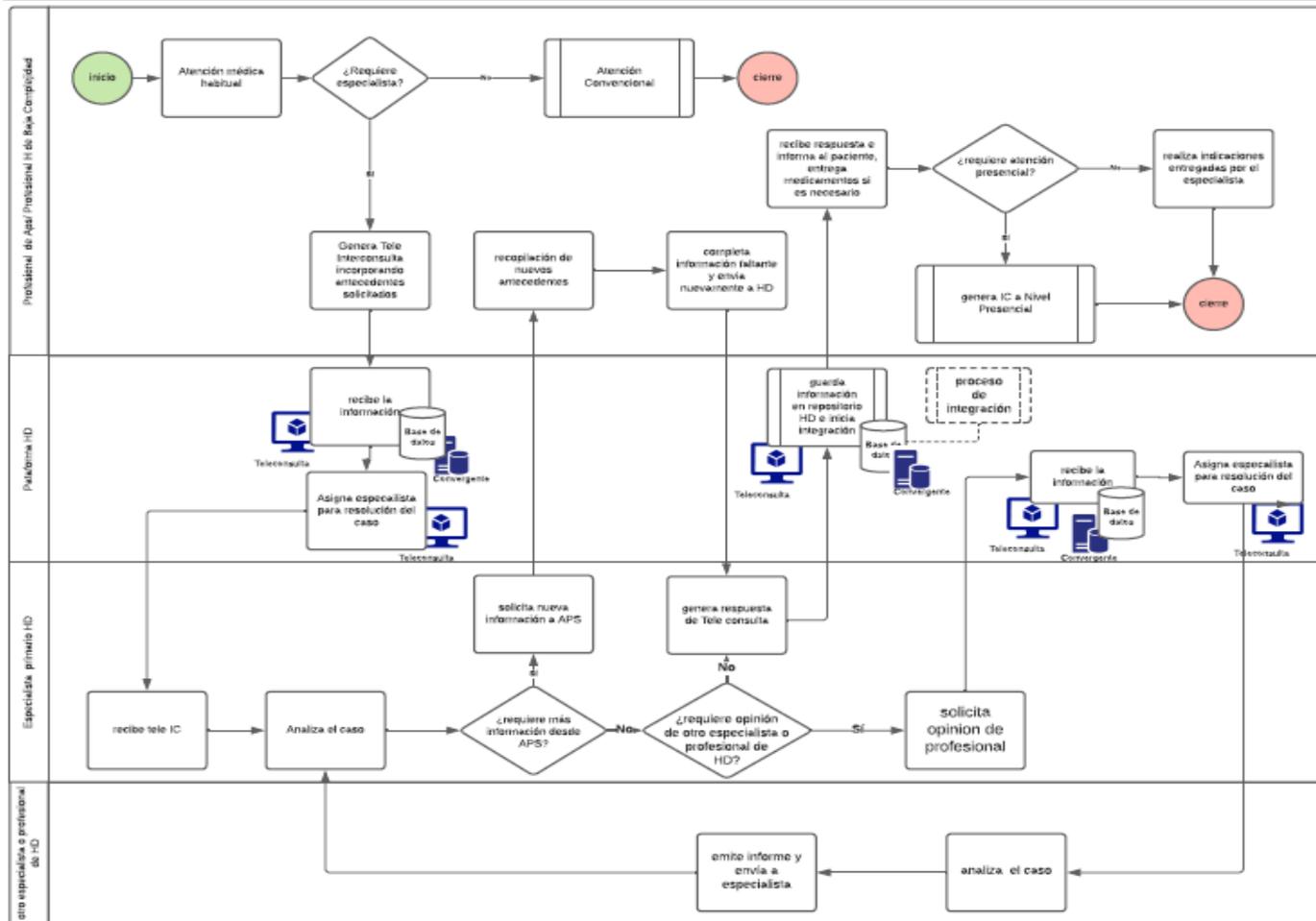
El Programa calcula, en base a estadísticas obtenidas en sus plataformas de Telemedicina, que el proceso completo de atención toma un tiempo promedio de 5 días (desde que se realiza la interconsulta a HD hasta que se entregan las indicaciones de diagnóstico y tratamiento, o derivación, según corresponda).

Las atenciones de salud digital generadas en este componente son entregadas a los usuarios siguiendo protocolos de atención específicos definidos por el Departamento de Salud Digital para cada “célula” de trabajo (algunas correspondientes con especialidades médicas específicas, y otras no). Estos protocolos se encuentran documentados y graficados en flujogramas específicos.

El detalle de todas las actividades principales del componente puede verse en el flujograma a continuación.

¹¹¹ Lo cual constituye un cierre de caso en plataforma HD y egreso en plataformas SIDRA y SIGTE.

Figura 3 - Flujograma de atención profesional asincrónica



Fuente: Programa

Componente 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia

Bajo este componente se agrupan las atenciones de apoyo diagnóstico que solicita el personal de salud APS u otros establecimientos de la red asistencial de mayor complejidad. Actualmente se encuentra disponible para los siguientes tipos de examen: Mamografías, Tomografía axial computarizada/ TAC, Resonancia magnética nuclear y Retinopatía diabética/ DART. El proceso de producción de este apoyo se describe a continuación:

a) Requerimiento de atención

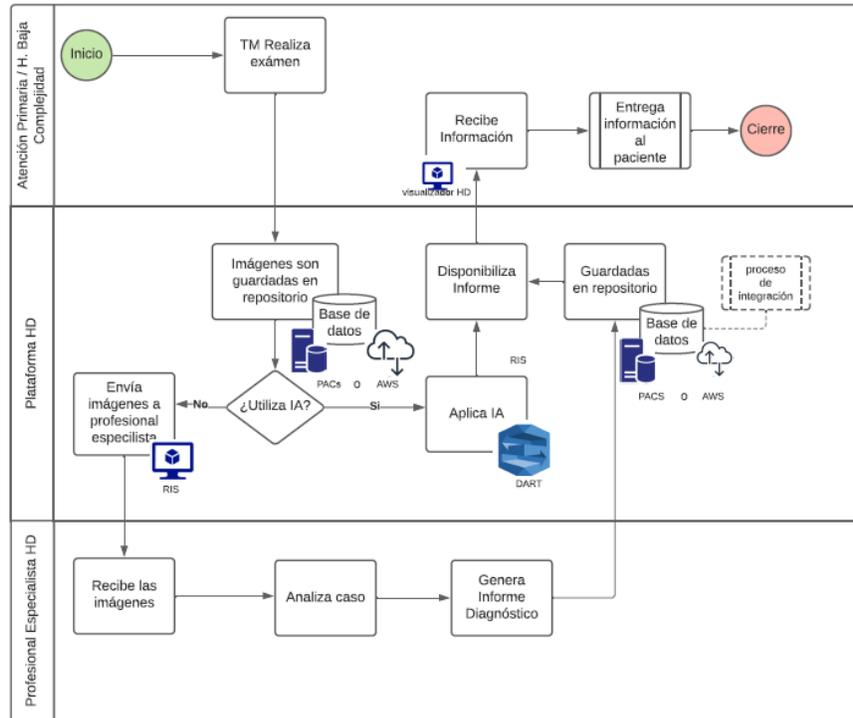
El apoyo diagnóstico a distancia inicia cuando los exámenes realizados de manera presencial a un paciente APS (imágenes, datos, etc.) son cargados en la plataforma de HD. Luego, estos son analizados en términos de su calidad y completitud. En el caso de Mamografías, Tomografía axial computarizada/ TAC y Resonancia magnética nuclear, es un Tecnólogo médico de HD quien evalúa la calidad de las imágenes, y asigna profesional especialista o solicita toma de nuevas imágenes al profesional derivador.

En el caso de las Retinopatía diabética/ Inteligencia Artificial, un sistema de inteligencia artificial analiza información cargada, definiendo si la imagen es normal o alterada (proceso automatizado). En caso de que la imagen sea normal se envía al profesional solicitante y se cierra el caso automáticamente. En caso de que la imagen esté alterada se asigna atención a un especialista HD

b) Entrega de diagnóstico y cierre de caso

Una vez se cuenta con toda la información requerida para el análisis, el especialista de HD interpreta el examen y envía un informe diagnóstico al médico tratante a través de la plataforma del Programa, en un plazo de 72 horas. El profesional de salud tratante recibe el informe desde el especialista HD, entrega los resultados de su examen al paciente y se cierra el caso.

Figura 4 - Flujograma de Apoyo Diagnóstico a Distancia



Fuente: Programa

Componente 4: Atención en emergencias sanitarias

El Componente 4 del Programa, como se ha indicado, se origina en respuesta a la emergencia sanitaria que surge en el 2020 con la pandemia COVID 19. En la actualidad, bajo este componente se entregan 3 tipos de servicios (denominados “estrategias” por el Programa), con sus usuarios respectivos usuarios. A continuación, se describe el proceso de producción y flujograma asociado a la entrega del servicio 1 (Telemedicina). Las principales etapas de este flujo descrito no varían según tipo de usuario (es decir, son equivalentes para ELEAM¹¹² y Gendarmería).

a) Solicitud de atención

Los profesionales de salud ELEAM ingresan a la plataforma dispuesta por HD para dichos fines (coronavirus.minsal.cl) y crean un perfil de paciente, ingresando el RUT del residente por el cual quieren consultar. Una vez ingresados los datos solicitados, se envía al usuario a un box virtual de espera.

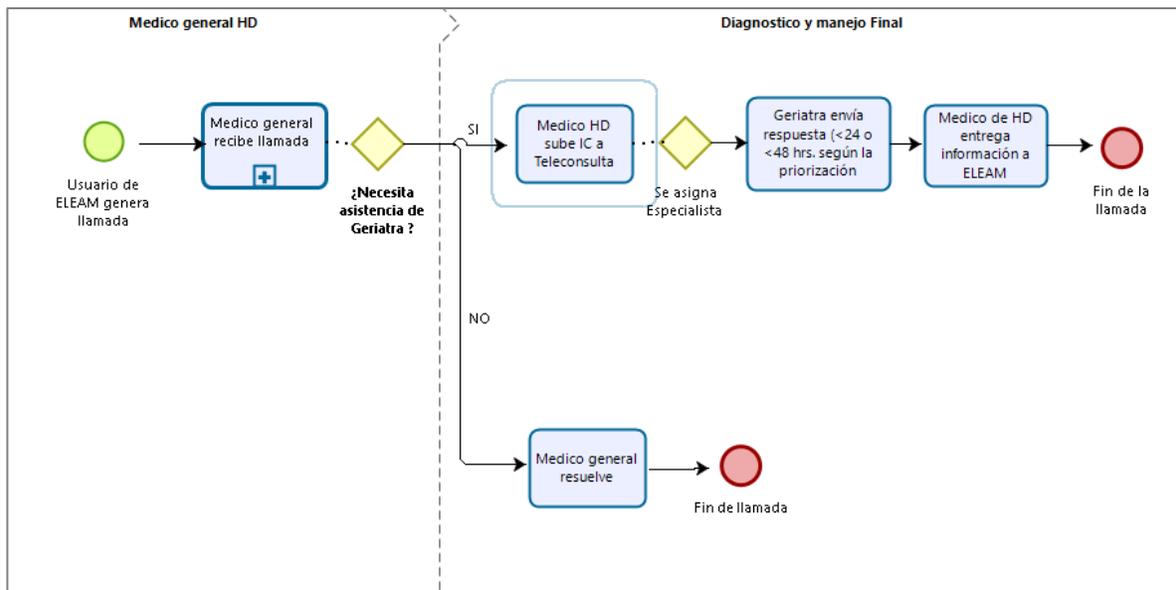
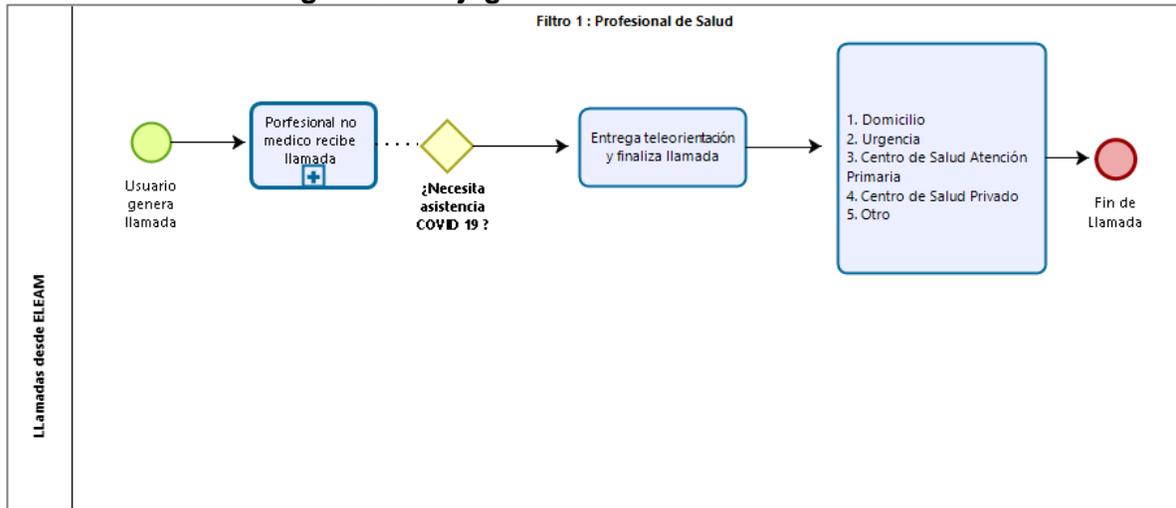
b) Entrega de atención

El usuario es atendido por un médico general de HD, quien evalúa los antecedentes del paciente, entregando las medidas preventivas y activando el protocolo de derivación

¹¹² Este componente atiende a usuarios de cualquier ELEAM, sin distinguir por dependencia.

entregado por MINSAL¹¹³, según corresponda. Por ejemplo, en el caso de ELEAM, el médico general puede concluir que se requiere una atención geriátrica, con lo que se genera una interconsulta en la plataforma HD destinada a la célula Geriátrica (pero siempre el contacto ocurre entre personal de ELEAM o Gendarmería y el médico general de HD). Posteriormente, se finaliza la llamada.

Figura 5 - Flujo de atención en ELEAM



Fuente: Programa

¹¹³ Las derivaciones posibles son: Domicilio, Urgencia, Centro de Salud Atención Primaria, Centro de Salud Privado, otro.

Componente 5: Capacitación y Difusión

Este en este componente se agrupan todas las actividades de capacitación y difusión que realiza HD hacia la población general y población y profesionales de salud del sistema público.

a) Requerimiento de servicio

Cualquier departamento o división del MINSAL envía solicitud de capacitación o difusión en la plataforma HD indicando: título, objetivo, plataforma, fecha propuesta, y cantidad de participantes esperados. El equipo de HD recibe y analiza la pertinencia de la solicitud realizada. No existen criterios definidos para esta revisión.

b) Preparación y validación contenidos

Los profesionales expertos de las diferentes divisiones del MINSAL preparan los contenidos (de capacitación o difusión, según corresponda). Este material es validado por el jefe de división correspondiente. Este contenido es diseñado por persona encargada de HD.

c) Entrega de contenido

Servicio 1:

Las diferentes instancias de MINSAL difunden el material generado al público objetivo. Esta difusión no es de responsabilidad de Hospital Digital, sino que involucra la participación de todas las plataformas de difusión vinculadas con el contenido generado¹¹⁴.

Servicio 2:

Se realiza la actividad de capacitación planificada.

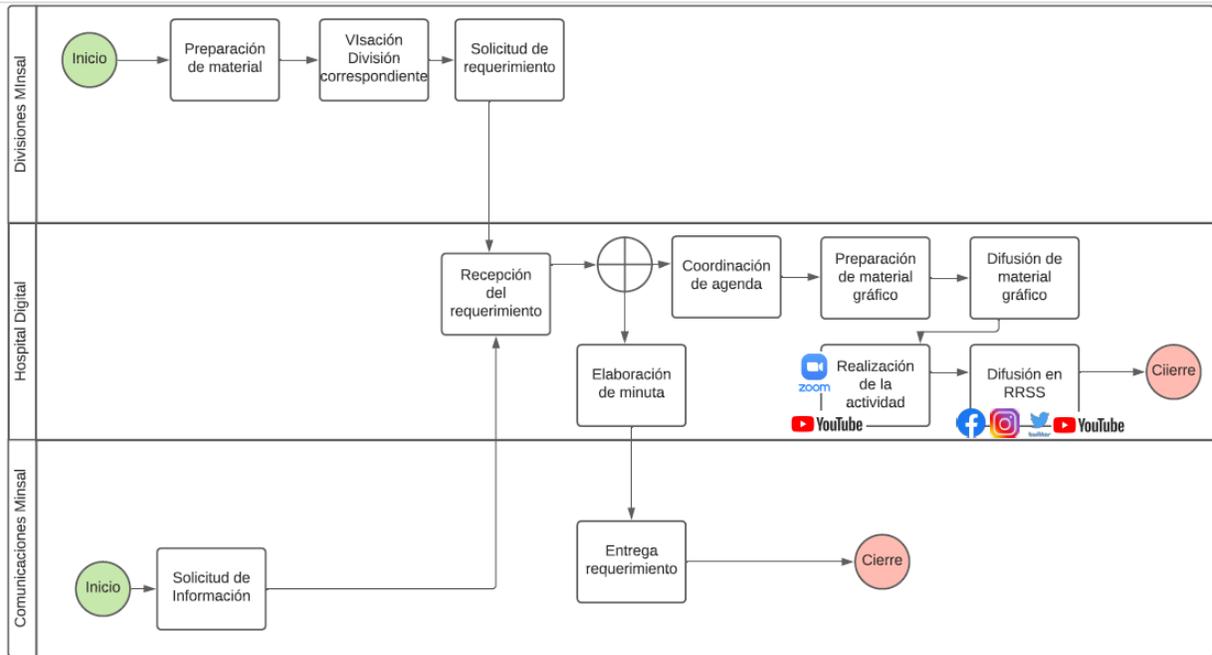
d) Difusión

En el caso de capacitaciones, se adiciona actividad adicional: el profesional HD realiza edición y resumen para difundir en redes sociales la actividad y/o subir al canal de HD. También, profesional HD desarrolla requerimiento de noticia o información escrita solicitada

El proceso completo se indica en la figura a continuación:

¹¹⁴ Por ejemplo, plataformas de comunicaciones generales del Ministerio de Salud (www.minsal.cl) o sitios web de establecimientos de los Servicios de Salud.

Figura 6 - Flujoograma del componente Capacitación y difusión



Fuente: Programa

En términos generales, y a juicio del Panel, existe una debilidad global en la forma como los procesos productivos del Programa son descritos y organizados, dificultando enormemente la comprensión de externos respecto a los servicios y productos entregados por el Programa. Esto ocurre en general de manera muy desagregada y/o compleja, utilizando categorías de análisis que no tienen una correspondencia clara con los servicios y productos entregados por el Programa (por ejemplo, procesos productivos descritos a nivel de Células de trabajo, las cuales son transversales a varios componentes de HD). Además, y aun cuando se cuenta con un Manual Organizacional del Departamento de Salud, citado a lo largo de esta evaluación, éste engloba todas las actividades del Departamento, sin ofrecer una mirada centrada en el Programa y acorde a la definición de Componentes programáticos (más que a estructuras organizacionales, como las Unidades del Departamento). Por esto, como se ha indicado, es esencial que el Programa pueda hacer una revisión exhaustiva del diseño e implementación levantado para efectos de esta evaluación, procurando integrar todos los elementos de éste en una construcción y secuencia lógica, de fácil comprensión para usuarios internos y externos de HD, y otros actores de la sociedad.

En términos más específicos, y en razón de la organización propuesta por el Panel, se considera que los procesos productivos descritos para los Componentes 1 a 3 responden adecuadamente a los productos y servicios entregados. Las actividades productivas se encuentran bien identificadas, así como los responsables y modalidades de entrega. Sin embargo, surgen dudas respecto a la producción de los Componentes 4 y 5.

Por un lado, el Componente 4 utiliza esquemas de producción similares a los empleados en el Componente 1 para algunos de sus servicios (Telemedicina general y de especialidad), pero se describen como un componente diferente, creando confusión y duplicidades injustificadas, ya que aun cuando el sentido de “urgencia” y protocolos de la

atención son distintos para este componente, pareciera que el tipo servicios no difieren sustancialmente a los entregados en otros componentes del Programa, ni tampoco los participantes¹¹⁵. Esto genera además pérdidas importantes respecto a los aprendizajes y coordinaciones logrados en el Componente 1, que no son directamente aprovechados en la producción del Componente 4. Por ejemplo, la Telemedicina de Medicina General que se entrega a los profesionales no médicos de ELEAM está sujeta a un convenio de colaboración entre los Establecimientos y el MINSAL. Sin embargo, para el Componente 4 este convenio no opera.

En ese sentido, correspondería evaluar en qué medida las especificidades de las atenciones entregadas en el componente 4 pueden ser capturados a través de esquemas de priorización de las atenciones, más que a través de un componente nuevo.

Respecto al Componente 5, llama la atención que algunas de las actividades de producción más importantes, como la generación de contenidos, se encuentren a cargo de profesionales que no forman parte de HD ni del Departamento de Salud Digital. Los contenidos son un elemento crítico para el funcionamiento del Componente y más allá del rol que HD pueda ejercer en la adecuación de los contenidos para su entrega a la población (diseño y montaje en las plataformas correspondientes), el Panel se pregunta si estas actividades debiesen depender directamente de HD en una lógica de actividades de soporte transversal, o bien, permitir que cada entidad generadora de contenido se haga cargo de su propio proceso. Esto restaría relevancia y pertinencia al Componente 5 del Programa, lo cual es también discutido en otras secciones del informe.

Todo lo anterior, si bien representa en el origen una debilidad de diseño, tiene también efectos sobre la implementación y eficiencia en la producción.

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

Estructura organizacional

La Unidad responsable del Programa es la Unidad Hospital Digital, del Departamento de Salud Digital, perteneciente al Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

El Departamento de Salud Digital se crea el año 2019 mediante la Resolución Exenta N°595 del MINSAL, cuyo objetivo es “mediante el diseño y estrategias, basadas en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en el contexto de las RISS y a través del uso de TIC, facilitar la provisión de servicios de salud a distancia desde el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, y cuidados paliativos, considerando la persona en su contexto sociocultural y a lo largo de su curso de vida, con el propósito de mantener un óptimo estado de salud y la continuidad de cuidados, mejorando así la equidad en el acceso, la oportunidad y calidad de atención”¹¹⁶

¹¹⁵ Excepto por Gendarmería, que no es atendido por el canal regular del Componente 1.

¹¹⁶ Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. División jurídica. Exenta N°595, 02 julio 2019. Creación del Departamento de Salud Digital.

El Departamento está también conformado por otras Unidades de trabajo, tal como se señala en el organigrama a continuación.

Figura 7 - Organigrama del Departamento de Salud Digital



Fuente: Minsal (2019b)¹¹⁷

Mediante la Resolución Exenta N°229 de 2020 se definen el organigrama y las funciones de la Unidad Hospital Digital donde se encuentra alojado el programa.

La Unidad de Hospital Digital se estructura con 5 funciones específicas, determinadas en la resolución exenta que crea el Depto. de Salud Digital. Estas son:¹¹⁸:

1. Diseñar e implementar Estrategias de Telesalud asociadas a procesos clínicos asistenciales.
2. Diseñar e implementar Redes de Telesalud consensuadas, validadas y conocidas.
3. Asesorar y conducir a los SS en la implementación de estrategias de Telesalud.
4. Apoyar al Gestor de Red y su equipo directivo en la articulación de la Telesalud en cada SS.
5. Realizar procesos de mejora continua en las estrategias de Telesalud.

Estas funciones se complementan y retroalimentan con las funciones a cargo de las otras Unidades del Departamento, tal como se indican en el cuadro siguiente. Estas funciones son esenciales en el apoyo a la correcta producción de los bienes y servicios de HD.

117 Ministerio de Salud Chile (2019b) Res. Exenta N°595, 02 julio 2019. Creación del Departamento de Salud Digital. División jurídica.

118 Ministerio de Salud Chile (2019b) Res. Exenta N°595, 02 julio 2019. Creación del Departamento de Salud Digital. División jurídica.

Cuadro 28 - Principales funciones de Unidades del Departamento de Salud Digital

Unidad	Objetivo	Funciones principales¹¹⁹
Unidad de Presupuesto y administración interna	Garantizar el cumplimiento de los procesos administrativos y financieros que permitan el desarrollo de la Unidad de Hospital Digital.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selección de recursos humanos ▪ Planificación, control y gestión presupuestaria ▪ Administración de requerimientos de bienes y servicios requeridos para la producción de HD (computacionales, infraestructura, otros) ▪ Ejecución de procesos de compra
Unidad estadísticas y control de gestión	Ejecutar acciones sobre el registro, monitoreo, retroalimentación y mejoras de los procesos instalados.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vela por calidad y seguridad asistencial del paciente ▪ Minimizar los riesgos asociados a la seguridad de la información y fortalece su gestión ▪ Monitorea y analiza registros plataforma HD ▪ Evalúa indicadores, metas y cumplimiento de compromisos que involucran a la Red Asistencial. ▪ Gestiona Garantías Explícitas en Salud asociadas a células de Hospital Digital, velando por su correcto cumplimiento.
Unidad Estrategias Digitales	Disponibilizar y potenciar desarrollos digitales a través de la innovación y tecnología para contribuir y mejorar las herramientas disponibles para los usuarios y red de salud basados en los lineamientos del MINSAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realiza levantamiento de necesidades. ▪ Desarrolla proyectos digitales (soluciones digitales acorde a las necesidades). ▪ Liderar la puesta en marcha de proyectos digitales entre los equipos de salud digital y MINSAL.

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud (2019).

Llama la atención al Panel que un Departamento de esta naturaleza tenga dependencia directa del Gabinete de la Subsecretaría. Por un lado, se reconoce que un vínculo tan directo puede influenciar positivamente el quehacer del Programa, toda vez que las coordinaciones internas y tomas de decisión fluyan de manera más veloz a propósito de esta estructura. Pero, al mismo tiempo, abre espacios de influencia indeseables desde el liderazgo ministerial de turno respecto a las actividades y prioridades del Programa. A juicio del Panel estas debiesen responder a un carácter eminentemente técnico, recogiendo las necesidades conocidas de los usuarios intermedios y finales tanto de HD como de otras estrategias de salud digital lideradas por el Departamento. Mientras más claridad exista respecto a la justificación y diseño del Programa en todos sus niveles, más fácil es velar porque este carácter se conserve. Además, y como se indica en la sección de Economía

¹¹⁹ El listado completo y detallado de actividades a cargo de cada Unidad se encuentra en el Manual Organizacional del Departamento de Salud Digital 2019.

de este documento, en principio pareciera que la ubicación institucional ha restado al quehacer del Programa, toda vez que ha generado descoordinaciones y retrasos en las gestiones administrativas requeridas para la ejecución oportuna del presupuesto.

Otra estructura de organización relevante del Programa es el Consejo Asesor Ministerial de Hospital Digital, creado en el año 2019 por Decreto Exento como “órgano asesor del señor Ministro en asuntos relativos a la implementación y desarrollo del hospital digital especialmente en lo que dice relación con el análisis y evaluación de las políticas planes y programas que compongan el hospital digital”¹²⁰. Este Consejo, en su diseño, fue pensando como una instancia de coordinación con los demás entes gubernamentales cuyos objetivos se relacionan directamente con la estrategia de salud digital del país, incluyendo consejeros del otras Divisiones del MINSAL, DIPRES, SEGPRES y Presidencia¹²¹. Sin embargo, por los antecedentes que el Panel ha podido recopilar, este Consejo nunca fue puesto en marcha y no existe ningún documento o información que dé cuenta de los motivos detrás de esto. Resulta preocupante, a juicio del Panel, que una instancia de coordinación tan relevante como este Consejo representa no haya sido efectivamente implementado y que, más aún, se desconozca el por qué.

Respecto a la dotación de recursos humanos del Programa Hospital Digital, lo primero que se debe señalar es que el Panel ha identificado una suerte de indivisibilidad del trabajo realizado por esta Unidad y el Departamento de Salud Digital como un todo. Es decir, no existe una distinción clara entre los roles y actividades que son de competencia única de HD y aquellas que corresponden a Salud Digital. La categorización que se presenta en esta sección del documento, distinguiendo entre actividades propias de HD y no otras que no corresponden al programa, se ha ido clarificando conforme avanza esta evaluación, pero siguen dejando muchos espacios de refinamiento requerido, entre otras cosas, para determinar con precisión cuál es el costo efectivo de implementación del Programa y cuáles son los recursos de dedicación exclusiva a éste.

Esto se debería en parte a que es esencialmente el mismo equipo que ejecuta las actividades del Programa HD y de las actividades propias de las otras Unidades. En otras palabras, hay un traslape de funciones y responsabilidades del Departamento de Salud y el Programa Hospital Digital propiamente tal. Esto vuelve a reforzar la necesidad de revisar exhaustivamente el diseño del Programa pues se piensa que, al menos en parte, estos traslapes podrían ser fácilmente resueltos en la medida que haya una mayor claridad respecto a los servicios específicos que presta HD, y cuáles corresponden más bien al Departamento, en su rol de facilitador de la salud digital en Chile, más allá de la línea programática HD.

La dotación total del Departamento de Salud Digital como un todo es de 420 personas al 31 de Marzo del 2022 (incluyendo personal en Nivel Central y en Regiones) y es organizada por éste en base a 3 categorías principales -Personal Médico, Personal de Salud No Médico y Personal de Soporte-, tal como se indica a continuación:

¹²⁰ Minsal (2019). Decreto Exento N°932 del 09/12/2019 Crea Consejo Ministerial de Hospital Digital.

¹²¹ El Consejo habría sido presidido por el Ministro de Salud e integrado por los siguientes consejeros: Subsecretario/a de redes asistenciales, Coordinador/a Ejecutivo/a Departamento Salud Digital, Jefe/a de gabinete del ministro, Jefe/a de gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales, Jefe/a de División jurídica, Jefe/a de comunicaciones del Ministerio, Jefe/a de División de Finanzas y administración interna, Jefe/a del Departamento de Tecnologías de la Información, Asesor/a del Director de DIPRES, Asesor/a de la Presidencia designado por el Presidente de la República, Jefe/a de la División de Gobierno digital de las SEGPRES

Cuadro 29 - Estructura de Recursos Humanos Departamento de Salud Digital (año 2022)

1. Personal de Salud Médico	Nº
Dermatología	25
Nefrología	15
Diabetes	5
Patología Oral	4
Ortodoncia	6
Mamografía	18
Radiología	17
Oftalmología	10
Oncología	12
Lista de Espera	4
TTM	3
Medicina General	5
Subtotal	124

2. Personal de Salud No Médico	Nº
Salud Mental	82
Diabetes	2
Geriatría neuropsicóloga	1
Medicina General (Salud Responde)	81
Medicina General (TTA)	17
Subtotal	183

3. Personal de Soporte	Nº
Jefatura Depto Salud Digital	1
Apoyo Depto Salud Digital	1
Hospital Digital	60
Jefatura Unidad	1
Referentes Nivel Central	16
Referentes SS	28
Directores de Célula	15
Estrategias Digitales	40
Coordinadora Unidad	1
Referentes Nivel Central	9
Implementadores	27
Prestadores por producto	3
Control de Gestión	5

Coordinadora Unidad	1
Referentes Nivel Central	4
Presupuesto y Administración Interna	6
Coordinador Unidad	1
Referentes Nivel Central	5
Subtotal	113
TOTAL	420

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el Programa

De las 420 personas que forman parte del Departamento, 417 se encuentran contratadas bajo la modalidad HSA (honorarios), 1 por el código del trabajo y 2 a contrata. De las contrataciones a honorarios, 92 tienen un contrato por Jornada Horaria con remuneración fija (con jornadas semanales de 44, 33 o 22 horas), 18 personas tienen contratos por producto con remuneración fija, y 307 tienen contratos por producto con remuneración variable. Toda la contratación de recursos humanos se encuentra a cargo de Nivel Central, y es financiado principalmente, como se indica en otras secciones de este documento, con presupuesto propio (asignación específica en Ley de Presupuestos).

Las 420 personas del Departamento contribuyen con mayor o menor dedicación al desarrollo de las actividades de HD. Sin embargo, en la medida que éste es representado en la organización del Departamento como una Unidad, y no como un Programa, se dificulta enormemente la comprensión de todos los roles que contribuyen al desarrollo de HD como y genera confusión, pues hay cargos que aun cuando no corresponden formalmente a la Unidad Hospital Digital, tienen una dedicación exclusiva a HD como Programa (específicamente, Implementadores, actualmente alojados bajo la Unidad de Estrategias Digitales).

Como se ha indicado en otras secciones del documento, esto da cuenta de una indivisibilidad respecto a los roles y estructuras que competen exclusivamente a HD como Programa, y al Departamento de Salud Digital y sus Unidades Organizacionales. Esto además tiene consecuencias respecto a la valorización del costo real de implementación de HD, pues a través del Programa Presupuestario Hospital Digital, se financiarían todas las actividades del Departamento, y no solo de HD. En efecto, en virtud de la forma como el Departamento mantiene sus registros de dotación de RRHH, adquisición de bienes y servicios, registros de presupuesto y gasto, entre otros, no es posible distinguir entre aquello que corresponde exclusivamente a HD y aquello que refiere a actividades propias de Salud Digital de manera sistemática/ automática (requiere de la revisión de ítems de gasto uno a uno, como el Programa ha hecho para efectos de esta evaluación).

En el cuadro a continuación, se reorganiza la información disponible antes enunciada, para reflejar la disponibilidad efectiva de recursos humanos para HD, distinguiendo por dependencia, número de personas u horas disponibles, según modalidad de contrato (jornada fija o por producto) y dedicación estimada.

Cuadro 30 - Estructura de Recursos Humanos Programa Hospital Digital (año 2022)

1. Nivel Central	Nº	Tipo de Contrato	Dedicación jornada a HD	Dedicación a HD/semana	Horas totales
Jefatura Depto Salud Digital	1	Fijo	60%	26,4	26,4
Apoyo Depto Salud Digital (Secretaría)	1	Fijo	60%	44	44
Jefatura Unidad HD	1	Fijo	80%	35,2	35,2
Referentes Unidad HD (Encargados de Proyecto)	16	Fijo	100%	44	704
Directores de Célula	15	Por producto	N/A		
Coordinadora Unidad Estrategias Digitales	1	Fijo	50%	22	22
Referentes Estrategias Digitales	9	Fijo	80%	35,2	316,8
Prestadores por producto Estrategias Digitales ¹²²	3	S/I			
Coordinadora Unidad Control de Gestión	1	Fijo	80%	35,2	35,2
Referentes Control de Gestión	4	Fijo	80%	35,2	140,8
Coordinador Unidad Ppto y Admin Interna	1	Fijo	80%	35,2	35,2
Referentes Unidad Ppto y Admin Interna	5	Fijo	80%	35,2	176
Subtotal	58				1.536
2. Regiones					
Personal de Salud Médico	124	Por producto	N/A		
Personal de Salud No Médico	183	Por producto	F		
Referentes Telesalud SS	28	Fijo	80%	35,2	788,48
Implementadores	27	Fijo	100%	44	1188
Subtotal	362				1.976
TOTAL	420				3.512

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el Programa

¹²² A la fecha de entrega de este informe, el Panel desconoce qué rol asumen los “Prestadores por Producto” de la Unidad de Estrategias Digitales, y bajo qué descripción empleada por el Departamento, se ubicaría el personal que trabaja con jornada fija en las actividades del Componente 5 (específicamente, diseñador y técnico audiovisual).

Como se observa, el Programa cuenta con una dedicación de 3.512 horas por parte de las personas que se encuentran contratadas bajo una modalidad de remuneración fija y, adicionalmente, con la disponibilidad de trabajo por producto de 322 personas más (directores de célula y prestadores de salud). El resto de las horas/ personas se encontrarían disponibles para actividades de Salud Digital distintas al Programa. Se debe recordar, en todo caso, que éste es un ejercicio de distribución teórico de los recursos humanos empujados por el Programa porque, como se ha indicado, de cara a la asignación presupuestaria de éste, se considera que el 100% corresponde a Hospital Digital.

De la dotación total de HD, se estima que el 85% de las personas empleadas por producto cumplen un rol netamente productivo (prestadores de salud) mientras que el 15% restante (directores de célula) realizan tanto a actividades productivas como administrativas (Según estimaciones del Panel, el 70% correspondería a actividades productivas).

De las personas empleadas en modalidad de contrato fijo, el Programa estima que el 70% está dedicado a actividades productivas y 30% a administrativas. Éste es un supuesto que ha sido reiteradamente revisado para efectos de esta evaluación, entre otras cosas, porque existe una distinción poco clara entre actividades productivas y administrativas de los RRHH “de Soporte”¹²³. Los encargados de proyecto, por ejemplo, ejercen un rol de “gerencia” de los proyectos desde Nivel Central y son asignados por célula de trabajo, sin que exista una correspondencia 1 a 1. El Programa indica que esta “gerencia” se ejerce en un 100% en la Unidad de Hospital Digital, velando por el cumplimiento de los objetivos del Programa lo cual, a juicio del Panel, correspondería solo a actividades de soporte¹²⁴, y se encontraría también fundamentado por la descripción detallada de funciones del cuadro más adelante.

Como se observa, además, la mayoría de los cargos distribuye su jornada entre HD y otras actividades, pero la mayor parte de la disponibilidad se concentra en las actividades de HD, incluso para cargos que deben velar por el correcto funcionamiento de las actividades del Departamento de Salud Digital como un todo (como jefatura del Depto, secretaria y encargados de las otras Unidades del Depto). Esto refuerza, nuevamente, la observación respecto al traslape, en términos de recursos humanos, que existe entre el Programa HD y el Depto. de Salud Digital.

Dos roles críticos en la adopción local de HD es el de Referentes de Salud e Implementadores. Los Referentes de Salud, por un lado, son 28 a Marzo del 2022 (casi uno por servicio), y son directamente contratados por HD a Nivel Central (no por los SS), a través de una selección conjunta con lo SS de las personas idóneas para el cargo. Dichos referentes forman parte íntegra del equipo de trabajo del Servicio de Salud y su Red Asistencial, para lo cual deben adquirir amplios conocimientos del funcionamiento de las Redes Asistenciales, Redes de derivación GES y No GES y Mapas de derivación del Servicio de Salud designado, desarrollando un trabajo coordinado, articulado y colaborativo.

Para todo lo anterior, deben cumplir con las funciones que se indican en el cuadro a continuación. El Referente de Salud fue concebido en sus inicios como el rol de contraparte más importante para HD en las regiones, a cargo de la implementación, evaluación y coordinación de las acciones de Telesalud en el territorio, incluyendo: diagnóstico y análisis

¹²³ Según denominación del Programa, que agrupa en esta categoría a todos los RRHH del Departamento, excepto a prestadores de salud.

¹²⁴ En la sección de Eficiencia se discute más sobre esta distinción y sus consecuencias para efectos de la estimación del gasto, por tipo, del Programa

de requerimientos de atención, coordinación y asignación de atenciones, evaluación de disponibilidad de habilitantes tecnológicos, entre otros. Eventualmente, este rol debió ser complementado por la figura del “Implementador” ya que, sobre todo con la Pandemia, los referentes comenzaron a quedar sobrecargados (el Panel pudo también constatar esto en entrevistas realizadas a un grupo de referentes en regiones) y limitados por las capacidades muy dispares de adopción tecnológica en los establecimientos de los SS. Entonces, el Implementador asume las tareas asociadas a la apropiación e integración tecnológica en el Servicio de Salud y, en ese sentido, apoya con una “gestión del cambio” hacia la Telesalud. Es decir, están más orientados hacia la adecuación informática/ de plataformas o TICs que HD emplea, por lo que su perfil profesional suele ser de informático biomédico, técnico informático, entre otros.

Debido a que no existen estimaciones, estudios o estándares específicos que permitan respaldar el requerimiento de recursos humanos para las actividades de HD, es complejo referirse respecto a la suficiencia global de esta disponibilidad. En principio, pareciera ser que al menos los recursos humanos de soporte se encuentran sobreestimados, en parte porque se considera que la planta completa de RRHH del Departamento, como se ha señalado, contribuye a su desarrollo, incluyendo a todas las unidades de éste, con distintos porcentajes de dedicación. En efecto, llama la atención que exista un número tan elevado de personas que apoyan las actividades de soporte de HD desde otras Unidades del Departamento - 9 personas de la Unidad de Estrategias Digitales (con una dedicación horaria del 80% a HD) y 5 personas de la Unidad Ppto y Admin Interna con la misma dedicación. Las funciones específicas de estos roles, detalladas en el cuadro más adelante, nuevamente reflejan una confusión que existe entre la organización y dotación del Departamento de Salud Digital como un todo, y el Programa Hospital Digital. A través de diversas funciones y actividades, estos equipos indudablemente apoyan la gestión y mandato del Departamento de Salud Digital, pero no queda evidenciado de manera tan directa cuáles de las actividades realizadas representan un soporte específico a la producción de los Componentes.

Es también posible concluir que los recursos humanos productivos (principalmente, prestadores de salud) se emplean a cabalidad, toda vez que estos se disponen para HD en función de un requerimiento de prestación o producto concreto (esquema de dotación variable), evitando por tanto la existencia de recursos ociosos u/o subutilizados.

Respecto a las funciones o responsabilidades específicas a cargo de los roles indicados previamente, éstas se listan distinguiendo entre aquellas exclusivamente asociadas a Hospital Digital, y aquellas que se relacionan con otras iniciativas de salud digital (y que, por tanto, compiten con la disponibilidad de los recursos humanos para HD). Como se observa, se incluyen en el Cuadro todos los RRHH del Departamento de Salud Digital pues, como el Programa ha indicado, el Departamento completo participa en la implementación de HD, con distintos porcentajes de dedicación.

Cuadro 31 - Funciones y responsabilidades de RRHH en HD y fuera de HD

	Funciones /responsabilidades en HD	Funciones /responsabilidades no HD
1. Nivel Central		
Jefatura Depto Salud Digital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud ▪ Coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las funciones del Departamento. ▪ Diseñar, elaborar y velar por cumplimiento del desarrollo estratégico del Departamento ▪ Presentar a la Subsecretaria de Redes Asistenciales y DIPRES el proyecto de presupuesto. Este último debe estar de acuerdo a las necesidades de la red asistencial y a las políticas del Ministerio y normas relativas a la administración financiera del Estado. ▪ Proponer las modificaciones presupuestarias que sean necesarias. ▪ Responsable de la contratación y término de servicios de los profesionales para el correcto funcionamiento de la organización y ejercer todas aquellas facultades que correspondan a una Jefatura de Departamento, en este aspecto. ▪ Responsable de representar a la organización frente a la celebración de contratos de servicios externos con personas naturales o jurídicas, y ejecutar, celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales, incluso aquéllos que permitan enajenar y transferir el dominio, pero en este caso sólo a título oneroso y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales. <p>Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluar y analizar nuevas tecnologías a implementar en la red asistencial. ▪ Desarrollar e implementar de nuevos sistemas informáticos de acuerdo a las necesidades del Minsal (Por ejemplo, Desarrollo del Portal Paciente, Acompañamiento de Pacientes Oncológicos, Me Vacuno, C19, Registro Nacional del Cáncer, entre otros)

Apoyo Depto Salud Digital (Secretaría)	S/I	S/I
Jefatura Unidad HD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar y coordinar la gestión asistencial de acuerdo al modelo de atención del Departamento. ▪ Vela por la adecuada formulación de procesos, planificación, ejecución y control de acuerdo al Plan de Desarrollo del Departamento. ▪ Encargada de la mejora continua en relación a la articulación y funcionamiento del modelo de atención de salud digital, liderando la definición de la cartera de servicios y gestionando la adecuada implementación y desarrollo en la red asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar y desarrollar de documentos regulatorios de Salud Digital. ▪ Participar en la Estrategia Nacional de Salud, para formulación de los objetivos sanitarios de la próxima década para Salud Digital. ▪ Subrogancia de la Jefatura del Departamento.
Referentes Nivel Central Unidad HD (Encargados de Proyecto)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyar implementación, evaluación y coordinación de las estrategias de HD, bajo los lineamientos del DSD. ▪ Apoyar en la definición de objetivos y alcances de las estrategias de HD ▪ Fomentar y asegurar la instalación de estándares de calidad para la atención digital. ▪ Colaborar en el monitoreo del correcto proceso de atención. 	N/A
Directores de Célula	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirigir, coordinar, evaluar y apoyar entrega de Telemedicina y contratación de RRHH ▪ Realizar atenciones clínicas (específicamente, responder a las SIC del Componente 2) 	N/A
Coordinadora Unidad Estrategias Digitales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejerce un rol estratégico y tomador de decisiones que entrega lineamientos, directrices y define políticas de implementación y desarrollo. ▪ Lidera la estrategia de Salud Digital de acuerdo al Plan Estratégico del Departamento, los criterios de calidad clínicos e informáticos, normativa relacionada con el almacenamiento, transmisión y tratamiento de datos de las personas, en el sector salud. 	

	<ul style="list-style-type: none"> Para ello, cuenta con el apoyo de una dotación especializada y segmentada en las áreas de Evaluación y Desarrollo de Proyectos e Implementación de Proyectos. 	
Referentes Nivel Central Estrategias Digitales		Realizar mantenciones preventivas, correctivas y evolutivas de los sistemas implementados. Desarrollos de sistemas de acuerdo a los lineamientos definidos de las estrategias indicadas por el DSD.
Prestadores por producto Estrategias Digitales	S/I	
Coordinadora Unidad Control de Gestión		
Referentes Nivel Central Control de Gestión	<ul style="list-style-type: none"> Realizar las acciones necesarias sobre los procesos de control y monitoreo en las actividades que realizan las distintas estrategias. Mediante herramientas TICs levantar los datos, analiza y procesa la información para la toma de decisiones. Monitorear los registros generados del proceso de la atención digital y analiza de forma continua los datos estadísticos, para un mejor control del proceso en el que se desarrolla la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar indicadores de gestión (telemedicina) en los Servicios de Salud y Establecimientos de la Red. Analizar información de registros en REM. Referente técnico en programación y registro de telemedicina en la red asistencial. Colaborar en las definiciones de los manuales REM y otros documentos relacionados con las atenciones a distancia (OOTT, Lineamientos a las Redes, Anexo de Programación y otros). Participar en las definiciones y desarrollo de documentos normativos sobre Salud Digital.

Coordinador Unidad Ppto y Admin Interna	<ul style="list-style-type: none"> Preparar programas relativos a materias presupuestarias, inversiones, abastecimiento, logística y administración de contratos, todo ello relacionado al funcionamiento logístico y de las personas que trabajan en él. <p>Reporta directamente a la Jefatura del Departamento.</p>	
Referentes Nivel Central Unidad Ppto y Admin Interna		
Profesional Técnico Audiovisual*	<ul style="list-style-type: none"> Coordinar la programación de las capacitaciones Entregar las habilitantes tecnológicas (plataformas Webinar) Preparar material audiovisual Editar de las grabaciones para subir al canal de YouTube Preparar material gráfico para las capacitaciones. 	N/A
Periodista*	Elaborar y ejecutar el Plan de Comunicacional, que tiene por objetivo el cuidado de la imagen, difusión, promoción y educación a la población.	Preparar documentos y material de difusión de las actividades y algunos proyectos del DSD (Pag Web de Salud Digital, Memoria del DSD, respuestas de prensa a los diferentes medios)

2. Regiones		
Personal de Salud Médico	<ul style="list-style-type: none"> Entregar a los usuarios atenciones de Telemedicina y apoyo diagnóstico de los componentes Atención Sincrónica, Atención Asincrónica, Apoyo diagnóstico, Emergencias Sanitarias 	N/A
Personal de Salud No Médico		
Referentes Telesalud SS	<ul style="list-style-type: none"> Difundir en la Red local del Servicio de Salud los lineamientos de Salud Digital provenientes del Departamento de Salud Digital/ MINSAL. Gestionar con la Red local el proceso de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de nuevas estrategias de Salud Digital. 	Realizar tareas indicadas de acuerdo a las necesidades de los Servicios de Salud (varía según Servicio)

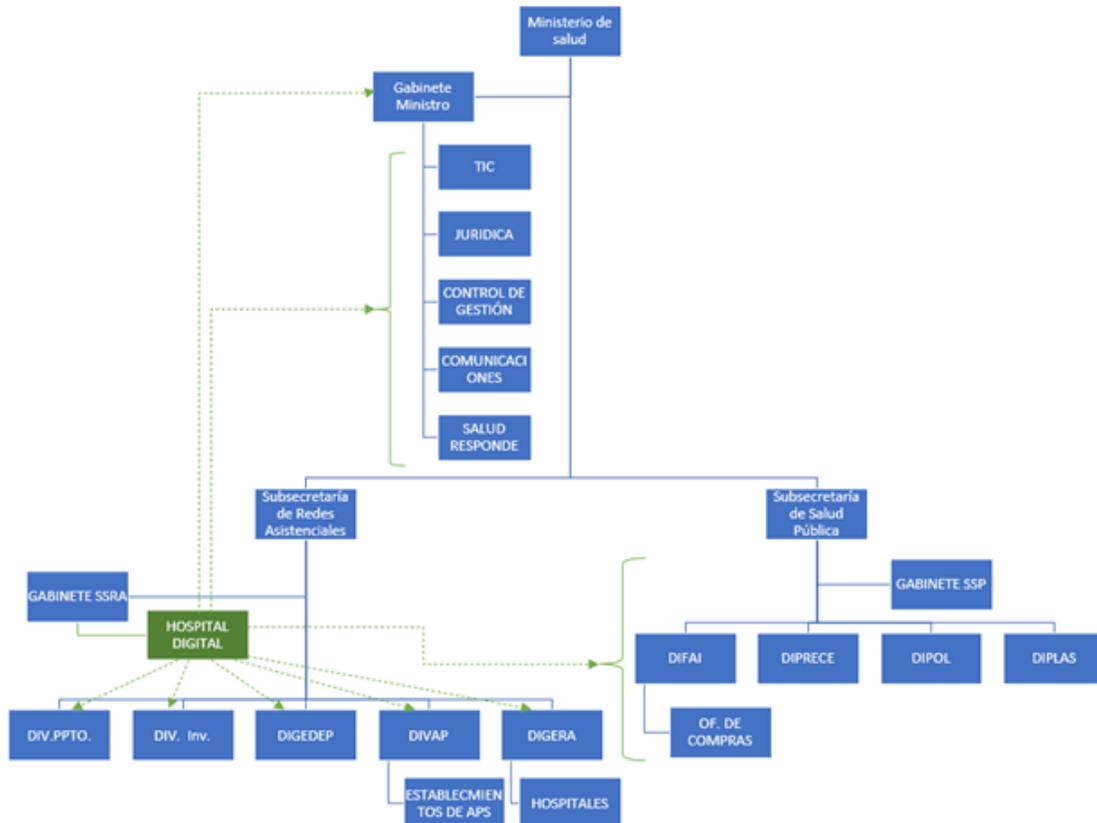
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar en la elaboración y/o actualización de las Redes de Telesalud a nivel de la Red del Servicio de Salud, Macrorregión y Redes Ges y de Alta Complejidad. ▪ Conocer el estado de situación de desarrollo de Salud Digital a nivel local, identificando y gestionando las brechas y nudos críticos para el desarrollo de la estrategia. ▪ Generar instancias de comunicación y coordinación directa con los Referentes de Salud Digital de nivel central. ▪ Apoyar a los Establecimientos de la Red del Servicio de Salud designado en todas las acciones correspondientes a las estrategias implementadas. ▪ Participar en el proceso de programación de consultas a realizar por telemedicina mediante horas institucionales y en la programación de los Establecimientos. 	
Implementadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar acompañamiento y capacitación de los sistemas informáticos de Hospital Digital a nivel local ▪ Implementar acciones orientadas en la gestión del cambio principalmente 	N/A

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por el Programa

Mecanismos de coordinación

Los mecanismos de coordinación interna de HD pueden ser evaluados en distintos niveles. A nivel de entidades ministeriales, el Programa se coordina principalmente, para su correcta ejecución, con: Gabinete del Ministro, Divisiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y Divisiones de la Subsecretaría de Salud Pública, tal como se muestra a continuación:

Figura 8 - Entidades Ministeriales con las que se coordina el HD



Fuente: Programa.

1. Gabinete de Ministro/a

- **Departamento de la Tecnología, Información y Comunicaciones (TIC):** La coordinación con HD es para la Infraestructura del Hardware y todo el ciclo de revisión de los softwares, que son pruebas QA, escaneo de seguridad y paso a producción, además de soporte a las plataformas según corresponda. Las responsabilidades están definidas en cuanto a la asignación de funciones de cada uno de los Departamentos, sea TIC o la Unidad de Estrategias Digitales perteneciente al Dpto. de Salud Digital.
- **División Jurídica:** Con este equipo se trabajan todas las licitaciones y contratos de servicios que requiere HD para funcionar, son quienes además velan por que todas las compras y acciones realizadas por HD se encuentren dentro del marco legal.

También asesoran en temas de consentimiento informado por parte de los pacientes.

En general, el Panel observa que las coordinaciones requeridas al interior gabinete para la correcta ejecución de HD aun cuando han sido correctamente identificadas, no se encuentran a la fecha bien consolidadas ni resguardadas a partir de instrumentos que formalicen las interacciones, acuerdos, plazos y otros. Esto tendría consecuencias importantes en el quehacer del Programa ya que, como se ha visto en otras secciones del documento, es producto de estas descoordinaciones que, entre otras cosas, el Programa no es capaz de formalizar su ejecución presupuestaria a tiempo (por retraso y falta de priorización de los requerimientos administrativos de éste, y retraso de las respuestas requeridas por parte del TIC para validar plataformas tecnológicas).

2. Subsecretaría de Redes Asistenciales

- **División de Atención Primaria (DIVAP):** Existe una coordinación respecto a los distintos programas que HD apoya o complementa para aumentar la resolutivez de la atención primaria, por ejemplo; el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), también en la definición de metas de cumplimiento de atención, en la implementación de nuevas estrategias, en trabajos sectoriales con los referentes de las UAPOs y Postas Rurales. Además, se trabaja en conjunto las indicaciones a la red y cómo HD se inserta en el modelo de salud existente.
- **División de Gestión de la red Asistencial (DIGERA):** Coordinación de atención de telemedicina sincrónica y asincrónica de especialidad respecto a la programación y ejecución de la atención a distancia. Además, se consideran las prestaciones de HD como prestaciones del Sistema de Salud, por lo que se programan las acciones y se evalúan. Finalmente se definen en conjunto cuáles son las principales necesidades de la red, para desarrollar nuevas estrategias. Además, se trabaja en conjunto las indicaciones a la red y cómo HD se inserta en el modelo de salud existente.
- **Gabinete Redes Asistenciales:** Coordinación de las normativas y directrices para el trabajo en Red, junto a la interacción con las distintas Divisiones de la Subsecretaría.
- **Servicios de Salud:** Coordinación con la red local el proceso de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de nuevas estrategias de Salud Digital y para la elaboración y/o actualización de las Redes de Telesalud a nivel de la Red del Servicio de Salud, Macrorregión y Redes Ges y de Alta Complejidad. Existen algunos Servicios de Salud que cuentan con desarrollos locales de plataformas de Telemedicina. Estos son complementados con estrategias, especialidades y profesionales de Hospital Digital, para cubrir las diferentes demandas de la población objetivo. Para el programa es fundamental la figura de un Referente en cada SS para garantizar la integración de procesos al interior de la Redes, de los distintos niveles de atención, asegurando así la continuidad del usuario y la trazabilidad de los datos.

3. Subsecretaría de Salud Pública

Con la Subsecretaría de Salud Pública, se trabaja con los departamentos encargados de desarrollar las normas y guías clínicas, para la definición de proyectos y la revisión de los protocolos de atención, en estos casos se avanza en la incorporación de Hospital Digital a

los planes y programas que se están desarrollando. A continuación, se indican algunos de las divisiones con los que se ha trabajado:

- **División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE):** Dpto. Cáncer; Dpto. Salud Bucal; Dpto. de Enfermedades Crónicas no Transmisibles; Departamento de Ciclo Vital; Salud Mental, Dpto. de Discapacidad y Rehabilitación.
- **División de Planificación Sanitaria (DIPLAS):** Epidemiología, Secretaría Técnica GES, Departamento de Estadística e Información en Salud.
- **División de Políticas Públicas Saludables (DIPOL):** Dpto. de Políticas Farmacéuticas; Depto. de Salud Ambiental.
- **División de Finanzas y Administración Interna:** Al estar HD dentro del Ministerio de Salud, con esta División se deben coordinar las contrataciones, pagos, compras y otras instancias administrativas para el correcto funcionamiento del programa.

Respecto a las políticas y programas Ministeriales relacionadas con HD, el Programa indica que no existen duplicidades con éste, pero sí variadas instancias de complementariedad que se indican en el cuadro a continuación.

El Panel, a la luz de los antecedentes provistos para esta evaluación, concuerda con que existen complementariedades virtuosas que podrían aprovecharse en la actualidad. Y aun cuando no cuenta con medios de verificación más formales (por ejemplo, documentos, manuales, oficios u otros respaldos objetivos respecto a los mecanismos de coordinación) y organizados para referirse a la efectividad de las coordinaciones requeridas para dichos fines, observa que en la definición de las actividades a cargo de HD se busca que éste se “sume” a lo que está actualmente siendo implementado desde otras iniciativas. Por ejemplo, en Salud Rural¹²⁵, HD atiende a pacientes de postas rurales solo cuando no hay médicos presentes del primer programa. Igualmente, respecto a los productos generados en el Componente 5 del Programa, existen mecanismos de producción encadenada bien definidos que permiten un aprovechamiento de las plataformas de HD para la comunicación, difusión y capacitación en diversas materias de salud para la población y prestadores de salud, por otras dependencias e iniciativas Ministeriales.

Sin embargo, existen dudas respecto a la inexistencia declarada de duplicidades. Principalmente, porque en entrevistas que el Panel realizó a para recabar más información acerca de la operación de HD, se constató que en algunos Servicios de Salud aún se mantiene un área de telemedicina que tributa también al Departamento de Salud Digital (sin pertenecer al programa Hospital Digital). Estas atenciones, según indica el Programa, solo se dan de manera sincrónica y en un nivel de atención secundario (a diferencia de HD, cuyas atenciones asincrónicas aumentan la resolutivez en APS).

Lo anterior es coherente con la percepción de que HD de alguna manera puede estar disminuyendo la autonomía del SS para poner en marcha iniciativas de telemedicina de acuerdo a sus propios contextos epidemiológicos, de oferta instalada, de brechas de oferta determinadas, etc. (tal como ocurría antes de la existencia de HD).

Además, de las entrevistas realizadas por el Panel a referentes SS, se percibe una tensión en la gestión local de HD por la doble dependencia que presentan los/as referentes de los SS: Por un lado, HD los contrata y envía lineamientos del trabajo, y por otro, deben

¹²⁵ Correspondiente a la atención primaria de salud que se entrega a personas en contexto de ruralidad, a cargo de la División de Atención Primaria (DIVAP).

responder a sus jefaturas directas en el SS (Departamentos de Gestión Hospitalaria, de Telemedicina, de Gestión Asistencial, etc. Según sea el caso).

Si bien estas situaciones representarían en principio la realidad solo algunos Servicios de Salud, es necesario que el Programa haga una revisión detallada de estos casos y proponga una manera estándar de resolverlos en los casos requeridos, reconociendo el tremendo valor que puede haber en el aprovechamiento de la expertise y conocimiento local de las áreas de Telemedicina preexistentes y generando instancias de coordinación/integraciones explícitas con éstas.

Cuadro 32 - Políticas y Programas relacionados al HD en el MINSAL

División / Departamento u otro	Políticas / Programas	Descripción Breve de la Política / Programa	Complementariedad / Coordinación con este Programa
<ul style="list-style-type: none"> ▪ División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) ▪ División de Gestión de la red Asistencial (DIGERA) ▪ División de Atención Primaria (DIVAP) ▪ Servicios de Salud ▪ Municipalidades 	Programa nacional de prevención del suicidio	Programa destinado a disminuir las tasas muertes por suicidio, mediante la entrega de herramientas a la población y a los profesionales de salud para una pesquisa precoz	<p>HD permite entregar atención en horario extendido a las personas y realiza la derivación a la atención presencial de los casos identificados.</p> <p>Por otra parte, HD realiza capacitaciones tanto a la población como a los profesionales con relación a estilos de vida saludables y prevención del suicidio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) ▪ División de Atención Primaria (DIVAP) 	Plan nacional de salud integral para personas mayores y su plan de acción 2020-2030	Este plan tiene como objetivos el logro de la participación integral de las Personas Mayores, la mejora o mantención de su capacidad funcional y de su calidad de vida subjetiva.	HD es parte integral de este plan entregando atención mediante las células asincrónicas, principalmente de geriatría, capacitaciones, en ELEAM.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) ▪ División de Gestión de la red Asistencial (DIGERA) 	Programa Nacional del Cáncer	Esta política tiene como objetivos avanzar en la prevención y tratamiento precoz en cáncer	HD entrega informes diagnósticos de mamografía, y es parte de los telecomités de oncología, aportando los profesionales que requiere la región o servicio de salud, con la finalidad de definir diagnóstico y plan de tratamiento de los pacientes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ División de Atención Primaria (DIVAP) 	Salud Rural	Esta política tiene como objetivo entregar atención de salud a las	Médicos/as de HD realizan atención a pacientes de postas rurales, cuando no hay médicos presentes.

División / Departamento u otro	Políticas / Programas	Descripción Breve de la Política / Programa	Complementariedad / Coordinación con este Programa
		comunidades rurales y aisladas del país.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) ▪ División de Atención Primaria (DIVAP) 	Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad	Aspira a que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en ellas con capacidad de innovación que incorpore las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Todo ello en el marco de responder a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en las personas, sus cuidadores, el equipo de salud y la población en general.	HD pone a disposición de los profesionales de APS, especialistas en diabetes y nefrología para atención de pacientes con multimorbilidad, además entrega herramientas a los equipos de salud y la población mediante las capacitaciones, para apoyar el logro de los objetivos de la estrategia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) ▪ División de Gestión de la red Asistencial (DIGERA) ▪ División de Atención Primaria (DIVAP) ▪ Dirección Nacional de Odontología 	Programa de Salud Oral	La Política de Salud Bucal está orientada a la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con énfasis en los grupos más vulnerables. Considera además actividades recuperativas en grupos priorizados mediante acciones costo efectivas basadas en la mejor evidencia disponible.	HD entrega prestaciones de salud oral en patología oral, ortodoncia, periodoncia, trastornos temporomandibulares, para mejorar la pertinencia y oportunidad de la atención de pacientes que son derivados de la APS a los niveles de mayor complejidad

Fuente: Programa

Respecto a la coordinación de HD con entidades y programas fuera del MINSAL, el Programa declara que no existen duplicidades, y que hay un correcto aprovechamiento de las complementariedades existentes al interior de la red asistencial, considerando aquellas iniciativas que éste reconoce como afines al propósito y producción de servicios de HD. Éstas son listadas en el cuadro a continuación.

Como se observa, la relación de HD con iniciativas fuera del MINSAL es especialmente notoria para el servicio de salud mental que se entrega bajo el Componente 1, y las atenciones de Telemedicina sincrónica del mismo componente para usuarios de ELEAM, ya sea en el Componente 1 o 4. Sobre las últimas, el Panel observa que la atención de usuarios en estos establecimientos se encuentra explícitamente y correctamente integrada en los procesos productivos de HD, y existe un convenio de colaboración suscrito entre SENAMA y HD que organiza su coordinación.

Respecto a las coordinaciones existentes entre HD con instituciones/ iniciativas que se benefician de las atenciones de salud mental que éste entrega (como Mejor Niñez, Fono infancia y SENDA - todas iniciativas relacionadas identificadas por el Programa), el Panel no cuenta con antecedentes para pronunciarse confiabilmente sobre éstas, ya que no existen documentos formales de coordinación y/o integración de los servicios relacionados.

Cuadro 33 - Políticas y Programas relacionados al HD en otros Ministerios

Organismo / Departamento u otro	Políticas / Programas	Descripción Breve de la Política / Programa	Complementariedad / Coordinación con este Programa
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) ▪ División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) 	ELEAM	<p>Los establecimientos de larga estadía del adulto mayor buscan entregar cuidado y atención a personas mayores que no pueden mantenerse en sus casas o requieren cuidados especiales</p>	<p>HD entrega prestaciones médicas a distancia ya sea por médicos generales y/o geriatras para una atención oportuna y de calidad de estos pacientes</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio Nacional de protección especializada a la niñez y adolescencia ▪ División de Gestión de la red Asistencial (DIGERA) ▪ División de Atención Primaria (DIVAP) 	Mejor Niñez	<p>El objetivo de esta estrategia es proteger, restituir derechos y reparar el daño de niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados, poniéndolos en el centro de nuestro actuar junto a sus familias, fortaleciendo su desarrollo integral mediante equipos de profesionales y programas especializados, coordinados con el intersector y adaptados a sus necesidades y territorio.</p> <p>Aspiramos a que, en un marco de protección de derechos, cada niño, niña y adolescente recupere la confianza en sí mismo y en su entorno, que le permita establecer vínculos sanos y desplegar al máximo sus potencialidades para desarrollarse y vivir en plenitud.</p>	<p>Se entregan prestaciones de Salud mental, medicina general, especialidad de acuerdo a las necesidades de los niñas, niños y adolescentes, así como los profesionales de Mejor Niñez.</p>
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del	Prevención de alcohol y drogas	Esta política busca reducir la prevalencia de consumo de sustancias que afectan a	HD entrega prestaciones de salud mental y capacitaciones para el logro de los objetivos de esta política. Con énfasis en la prevención del suicidio.

Organismo / Departamento u otro	Políticas / Programas	Descripción Breve de la Política / Programa	Complementariedad / Coordinación con este Programa
Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)		mayores proporciones de habitantes del país, en los segmentos de población general y población escolar. Reducir y/o retrasar el consumo de alcohol y otras drogas.	
Fundación Nacional para el Desarrollo Integral del Menor, Integra	Fono Infancia	Este programa busca generar un cambio cultural a nivel nacional. Crear un ambiente protector para niños, niñas y adolescentes. Mejorar la calidad de vida de los habitantes de la República de Chile, con énfasis en la promoción y cuidado de la salud.	HD entrega prestaciones de salud mental y capacitaciones para el logro de los objetivos de este programa, y entrega soporte en el caso de los casos de ideación o intento suicida

Fuente: Programa

Respecto a las coordinaciones relevantes con otras instituciones/ iniciativas para servicios entregados por HD bajo el Componentes 5, no se identifican mecanismos explícitos. A juicio del Panel, éstos debieran ser identificados y desarrollados para evitar duplicidades en la generación y difusión de contenidos digitales sobre salud de los que otros organismos estatales pudieran beneficiarse, reconociendo que el cuidado de la salud no es algo que interese exclusivamente al sector, sino a toda la población (razón por la cual el Programa permite el acceso abierto a los servicios de este componente a toda la ciudadanía y prestadores de salud).

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

Hospital Digital cuenta con una asignación presupuestaria exclusiva en la Ley de Presupuestos (Partida 16 “Ministerio de Salud”, capítulo 10 “Subsecretaría de Redes Asistenciales”, Programa 01 “Hospital Digital”). Los recursos del Programa se traspasan por medio del Subtítulo 24, ítem 03, asignación 429, y sobre ésta se profundiza en la Glosa 16. En ésta se establece el monto destinado a la “operación y funcionamiento” del Modelo de Atención Digital de HD, y un monto determinado para gastos en personal. Además, se detalla la responsabilidad que tiene la SRA en el reporte trimestral detallado de los recursos ejecutados por HD. No se describen en la glosa indicaciones de distribución o límites de asignación por región o componente.

El presupuesto de HD es ejecutado directamente por éste, a través del pago a personas naturales que prestan las atenciones de salud digital del Programa (personal médico y no médico) y contratación de servicios tecnológicos que permiten construir y mantener las plataformas requeridas para brindar dichos servicios (licencias, software, etc.).

Los recursos se asignan a los distintos componentes del Programa a través de distintas metodologías (propias) que varían por componente y tipo de prestación, tal como se resume en el cuadro a continuación.

Esta información no ha sido recogida en documentos formales del Programa, sino que ha sido sistematizada por el Panel para efectos de esta evaluación.

Cuadro 34 - Mecanismos de asignación de HD por componente

Componentes	Tipo de prestación/ servicio	Mecanismos de asignación
1) Telemedicina Sincrónica	Atención de Salud mental	Comportamiento histórico y criterio de experto
	Medicina general	Estimación de demanda SS
	Atención de especialidad	Estimación de demanda SS
2) Telemedicina Asincrónica	Atención de especialidad	Metas de producción negociadas con SS Estimación de demanda SS
3) Apoyo de diagnósticos	Informe diagnóstico /Teleinforme	Stock equipamiento disponible Solicitud de apoyo SS
	Atención medicina general	

4) Atención en emergencias sanitarias	Atención medicina especialidad	Asignación contingente (principalmente informada por comportamiento histórico y criterio de experto)
	Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde)	
	Apoyo a la estrategia NAT-TTA	
5) Capacitación y Difusión	Capacitaciones en línea	Valorización equipo interno
	Material de difusión	

Fuente: Elaboración propia

1) Telemedicina asincrónica y sincrónica de especialidad

Para estas prestaciones, el presupuesto se determina dependiendo del tipo de especialidad de que se trate. En el caso de especialidades que poseen una brecha de oferta conocida, de estimación “simple” (desde la perspectiva del Programa), éste se establece según metas negociadas con los SS en los compromisos de gestión de la Subsecretaría. Estos acuerdos quedan representados en un conjunto de planillas de programación, las cuales son posteriormente consolidadas en una planilla única. Estas planillas son instrumentos de diseño propio en el cual se levanta, desde los SS, cuál el número de prestaciones que cada uno demandará en el transcurso del año (se construye 1 planilla por Servicio y por especialidad). El Programa tiene como proyecto para el año 2022 digitalizar esta planilla. A partir de la consolidación de las solicitudes por Servicio y la agregación de éstas, se estima una “nueva” demanda, evaluando cuáles son los SS que podrían comenzar a solicitar los servicios de HD.

Los Compromisos de Gestión son uno de los principales mecanismos que utiliza el Programa para llevar su planificación¹²⁶. El Programa los entiende como un conjunto de estrategias destinadas a orientar (y no forzar) cumplimiento de algunas metas de producción que define el Programa. Por esto, el Programa “negocia” las metas en cada Servicio de Salud, siguiendo 3 pasos fundamentales: Primero, se hace una identificación de las listas de espera en el SS. Segundo, se define qué porcentaje de las listas de espera¹²⁷ se planifica atender en el servicio, reconociendo que no puede atender a la totalidad de la lista de un momento a otro, ya sea limitaciones de la oferta (déficit de especialistas) o de la demanda (no todas las personas asisten a sus controles de salud). Tercero, sobre esta definición inicial, se plantea qué parte de la demanda planificada es realmente abordable por el SS, dada su capacidad de gestión, más allá de los elementos externos de oferta y demanda. En este punto, se observan qué otras estrategias se encuentran a cargo de los SS y se corrige la estimación inicial (nunca resulta en un compromiso de producción menor al año anterior). Este un proceso de negociación que se realiza “uno a uno”, entre encargado HD y la contraparte del Servicio (directores y encargados de proyecto de cada una de las estrategias de salud).

¹²⁶ Los “Compromisos de Gestión” son instrumentos de política ministerial que describen un conjunto de metas y objetivos para la Subsecretaría: Ministerio de Salud (2022). Compromisos de Gestión 2022 en el marco de las redes integradas de servicios de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Gabinete, Departamento de Control de Gestión.

¹²⁷ En la actualidad no existen listas de espera para la Telemedicina. Y las listas de espera asociadas a la APS (presencial) no pueden ser conectadas, con el nivel de información que posee el Programa en la actualidad, con el quehacer de HD. Es decir, no es posible referirse al efecto que HD ha tenido sobre las listas de espera presenciales, y si acaso ha contribuido a rebajarlas o no.

Con esta lógica, por ejemplo, se asignaría presupuesto para la telemedicina dedicada a la diabetes pues, en este caso, es conocido en el país cuál es la población APS afectada por esta condición (población potencial) y cuál es el óptimo de atención a entregar (estándar de atención para esta patología, a la fecha desconocido por el Panel).

Existen otras especialidades, sin embargo, cuya brecha de atención es desconocida, de compleja estimación o de proyección ilimitada – desde la perspectiva del Programa (por ejemplo, especialidades que evolucionan con el tamaño de la población, como geriatría, o medicina general). En este caso, se asigna presupuesto, principalmente, en base a una estimación de la demanda: En primer lugar, el Programa computa una demanda por prestación histórica (Número de consultas asincrónicas y sincrónicas de especialidad entregadas). Luego, imputa sobre ésta un factor de proyección del 5% (estimado por el Programa), entendido como el crecimiento inercial de la demanda desde los servicios de salud que utilizan los servicios del Programa. Esta demanda es ajustada considerando el comportamiento habitual de los SS con otras estrategias de Salud Digital (por ejemplo, si los tiempos de implementación de SS han resultado históricamente en la subutilización de los servicios originalmente solicitados, no se les asigna el total de atenciones solicitadas). No existe un criterio único utilizado en estos casos, sino que se evalúa caso a caso.

2) Telemedicina sincrónica salud general y de salud mental

En el caso de salud general, el presupuesto es asignado en base a una estimación de demanda propia, considerando que no existe para estas áreas de intervención estudios epidemiológicos o técnicos que permitan conocer cuál es el tamaño de la población que presenta el problema de salud y, por tanto, cuántas personas podrían requerir de las atenciones de HD.

Así, el Programa elabora una planilla Excel de estimación de demanda que utiliza los resultados de la encuesta CASEN, junto una serie supuestos y parámetros (declarados), para obtener una cantidad esperada de atenciones a ser demandadas por la población. Este instrumento de estimación es de uso interno del Programa y, si bien su lógica de elaboración es correcta, deja el espacio abierto para la definición arbitraria de parámetros y variables críticas¹²⁸. Como mínimo, se requeriría revisar y actualizar dichos parámetros, respaldando y declarando claramente cada uno de ellos, y/o complementarlos con un análisis de sensibilidad que permita, entre otras cosas, anticipar un conjunto más realista de escenarios de atención.

En el caso de salud mental, el Programa evalúa el comportamiento histórico de la demanda, estudios referenciales¹²⁹ y acuerdos tomados a nivel institucional (por ejemplo, en el caso de salud mental, en la mesa intersectorial de Saludablemente se define cuál es el pool de profesionales con los que es necesario contar para dar respuesta a los requerimientos de atención que surjan de la población).

¹²⁸ A partir de la población total de Chile, el Programa va imputando ponderadores/ porcentajes que permiten acercarse al número de atenciones esperadas. Por ejemplo, imputa el porcentaje de personas que tiene internet (según CASEN) y que, teniendo un problema de salud, no ha podido recibir atención (ya sea porque tuvo problemas para llegar, para conseguir una hora, o para ser atendido). Estas son las personas potencialmente atendibles por HD. Se considera además que el “potencial de consulta” de una persona es de 4 atenciones al año.

¹²⁹ Dichos estudios no se encuentran sistematizados ni explicitados en los instrumentos de estimación de demanda empelados por el Programa.

3) Apoyo de diagnósticos

En esencia, los recursos son asignados a este componente en base al stock o equipamiento disponible y solicitudes recibidas desde los SS, tal como se indica a continuación:

El año 2018 el MINSAL adquirió una licencia de software para realizar los exámenes requeridos en la atención de 200.000 personas con retinopatía diabética al año, fijando un límite de atención anual para los años siguientes. Es decir, anualmente, se puede proyectar una cantidad fija de diagnósticos, según el stock de licencias disponibles. El Programa indica que su intención es ir aumentando este stock anualmente hasta llegar a un estándar de atención óptimo (1 examen por persona diabética en la APS). No se define período ni tasa de progresión para este objetivo. También indica que el stock se incrementa de forma paulatina en consideración del déficit de RRHH en la APS que impediría utilizar todas las licencias disponibles, a menos que se atienda esta brecha paralelamente.

El MINSAL, en el marco del Programa de Mejoramiento de la Resolutividad de la Atención Primaria, adquirió también 31 mamógrafos. Hospital Digital, asumió en este contexto, el compromiso de ofrecer el apoyo de tantos profesionales fuera requeridos para operar estos mamógrafos, así como los sistemas de información requeridos para asumir este compromiso. En este caso, el límite de atención se encuentra dado por la capacidad de almacenamiento de exámenes de diagnóstico que la plataforma puede sostener, la cual fue dimensionada en función del compromiso adquirido. La planificación de producción y presupuesto inicial se realiza en base a este stock de equipamiento.

Sin embargo, a lo anterior se añaden las solicitudes de apoyo diagnóstico recibidas desde los SS las cuales surgen cuando la capacidad de diagnóstico especialista posee brechas de RRHH que no se han podido resolver a nivel local (no se logran contratar especialistas) o cuando, contando los SS con posibilidades de diagnóstico local, existen sospechas respecto a la calidad de dichos diagnósticos¹³⁰. El Programa indica que estas sospechas se fundan, por ejemplo, sobre el reporte sistemático de resultados de diagnóstico completamente positivos o negativos, sin responder a una lógica epidemiológica conocida para el país.

En cualquier caso, esta ampliación de oferta corresponde a un análisis caso a caso que se realiza con los referentes del Programa en los SS ya que el Programa exige que, para que un establecimiento de salud reciba apoyo de diagnósticos, debe contar con equipamiento con condiciones técnicas mínimas para integrarse al Programa. Estas condiciones, si bien no han sido sistematizadas en un documento formal único, son claramente identificadas por el programa: i. conectividad o capacidad del mamógrafo de informar a distancia, y ii. calidad de la imagen.

A juicio del Panel, este mecanismo de asignación tiene el riesgo de agravar brechas de equidad existentes en salud, en la medida que los SS con peor equipamiento o menor disponibilidad de recursos humanos de especialidad, experimenten barreras de entrada al Programa. Esta implicancia sobre la equidad del mecanismo es algo que el Programa declara querer resolver a través adquisición eventual de nuevos mamógrafos para todos los SS. Sin embargo, esto no quita la necesidad de revisar otros caminos para abordar esta fuente de inequidad y proponer acciones concretas para hacerse cargo de ellas.

¹³⁰ El total de solicitudes es equivalente a las unidades de producto (informes diagnósticos) entregadas en este Componente.

Por otro lado, el Programa no cuenta con una definición de los criterios que se emplearían, una vez cumplido los requisitos, para priorizar la entrega de apoyos diagnósticos: i) Tiempos de espera – Se evalúa cuál es el tiempo que se toman los establecimientos /SS en dar respuesta al diagnóstico requerido, y se priorizan aquellos donde los tiempos son más extendidos; ii) Peso relativo sistema interno vs extrasistema – Se evalúa, caso a caso, cuántos informes de diagnóstico están siendo comprados en el extrasistema, y se priorizan aquellos donde esta compra es mayor, para fortalecer sistema interno y asegurar calidad de las prestaciones.

4) Atención en emergencias sanitarias

La atención en emergencias sanitarias se ha sustentado en los últimos años (en el contexto del Covid-19) en base a presupuestos extraordinarios que fueron asignados en la medida que la contingencia lo requirió. El Programa espera que este componente siga operando con esta lógica, manteniendo siempre un staff de base, y revisando la necesidad de nuevas atenciones, en consideración de la ciclicidad y/o características particulares de la contingencia. Eventualmente, el Programa indica, si las emergencias sanitarias cesaran, los recursos asignados a este componente serían reconvertidos a estrategias de largo plazo.

5) Capacitación y Difusión

En este componente los recursos son asignados implícitamente al reservar presupuesto para la contratación de las personas del equipo de Salud Digital que dedican parte de su jornada laboral a las actividades de capacitación y difusión de HD. Es decir, es una asignación netamente teórica conceptualizada para efectos de esta evaluación ya que, como se ha indicado, los recursos empleados por HD y el Departamento de Salud Digital no son divisibles, por lo que solo se pueden establecer supuestos de dedicación de las personas indicadas a HD respecto a otras iniciativas de HD (señalado en sección de Economía).

La lógica de planificación y asignación presupuestaria antes descrita, a juicio del Panel, tiene la ventaja de ser altamente específica y sensible a los cambios de contexto locales y necesidades actualizadas de la población. Esto es especialmente notorio en los componentes en que la planificación ocurre en base a la demanda, permitiendo al Programa ofrecer a los Servicios una oportunidad de análisis y decisión flexibles, que considera el contexto, realidades de gestión y disponibilidad de recursos humanos con una mirada local. Sin embargo, al mismo tiempo, resulta en un mecanismo global complejo, altamente susceptible a la discrecionalidad en la toma de decisiones, toda vez que los procesos detrás de éstas permanecen invisibilizados y/o contenidos en la experiencia de personas particulares. Esta es una consideración especialmente importante en el contexto de un Programa que busca proyectarse en el largo plazo, y cuyas actividades y procesos de gestión, evaluación y producción tienen que ser capaces de trascender cambios de autoridades, jefaturas y otros.

Desde el punto de vista del Panel, esto podría ser corregido, entre otros, mediante la definición detallada de procesos y expectativas asociadas a los procesos de negociación en los SS, permitiendo la variabilidad de resultados y acuerdos que existe, pero también asegurando que se cumplan procedimientos mínimos establecidos.

Respecto a las modalidades de pago utilizadas por HD, éstas también varían por tipo de prestación entregada. Tal como se muestra en el cuadro siguiente, la Telemedicina asincrónica y sincrónica de especialidad es remunerada siguiendo una lógica de pago por prestación (Los profesionales que prestan servicios en esta modalidad, son remunerados por atención entregada), mientras que la Telemedicina sincrónica medicina general y salud mental, el programa hace un pago por hora. En ambos casos, el programa indica que se establecen contratos de trabajo con los profesionales, con criterios de pago predeterminados.

Cuadro 35 - Modalidad de pago por tipo de prestación

Componentes	Tipo de prestación/ servicio	Mecanismos de asignación
1) Telemedicina Sincrónica	Atención de Salud mental	Pago por hora
	Medicina general	Pago por hora
	Atención de especialidad	Pago por prestación (atención realizada)
2) Telemedicina Asincrónica	Atención de especialidad	
3) Apoyo de diagnósticos	Informe diagnóstico /Teleinforme	Pago por producto/ prestación (informe emitido)
4) Atención en emergencias sanitarias	Atención medicina general	Pago por hora
	Atención medicina especialidad	Pago por hora
	Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde)	Pago por hora
	Apoyo a la estrategia NAT-TTA	Pago por hora
5) Capacitación y Difusión	Capacitaciones en línea	Pago por mes (contrataciones fijas)
	Material de difusión	

Fuente: Elaboración propia

Como se indica, el Departamento de Salud Digital contrata a profesionales de la salud para los componentes 1 a 4, y les remunera según un esquema de pago por prestación y pago por hora. Estos aspectos se encuentran claramente establecidos en los contratos de trabajo que HD acuerda con los profesionales, los cuales varían de acuerdo con el tipo de prestación, especialidad y modalidad de contrato (mecanismos de pago).

Para las contrataciones HSA Remuneración Fija por Producto, se exigen entregables todos los meses que acrediten los servicios prestados, pero sin una exigencia horaria determinada

Para las contrataciones HSA Remuneración Variable por Prestación de Servicios, se exigen prestaciones (interconsultas, informes, horas u otros), las cuales están valorizadas de forma unitaria y el pago es de acuerdo a las prestaciones realizadas mensualmente. Tampoco tienen una exigencia de jornada horaria, pero se paga por las horas efectivamente realizadas, de acuerdo a la planificación mensual.

La escala de remuneraciones empleada en el año 2022 se presenta en el cuadro a continuación¹³¹:

Cuadro 36 - Escala de remuneración prestadores de salud, año 2022

Prestaciones Profesionales Médicos	
Dermatología-Diabetes-Patología Oral-Geriatria-Ortodoncia	\$10.000
Nefrología	\$12.000
Informes Mamografía	\$8.000
Informes Tomografía	\$12.000
Informes Resonancia	\$16.000
Informes Oftalmología	\$5.000
Oncología	\$10.000
Medicina Interna-Urología	\$10.000
Otorrinolaringología	\$12.000
Valor Hora Medicina General	\$15.000

Prestaciones Profesionales No Médicos	
Salud Mental: Supervisor(a)	\$8.000
Salud Mental: Hora Diurno	\$7.000
Salud Mental: Hora Nocturno-sábado	\$7.500
Salud Mental: Hora Domingo-Festivo	\$7.500
Salud General: Supervisor(a)	\$8.000
Salud General: Monitor(a)	\$7.500
Salud General: Hora Diurno	\$7.000
Salud General: Hora Nocturno-sábado	\$7.500
Salud General: Hora Domingo-Festivo	\$7.500
Salud General: TTA Supervisor(a)	\$8.000
Salud General: TTA Hora Diurno	\$6.500

Fuente: Programa

El Componente 5, de Capacitación y difusión, considera principalmente la remuneración mensual de un equipo interno de personas dedicadas a las actividades que el componente comanda. Estas personas, como se ha indicado, no tienen dedicación exclusiva al Programa, sino que apoyan a otras iniciativas del Departamento de Salud Digital. Para efectos de esta evaluación, como se ha indicado, no se han hecho distinciones esta línea, por la dificultad que supone distribuir confiablemente la carga laboral de estas personas entre HD y otras iniciativas.

Respecto a los instrumentos de control de gestión financiera, existen 3 instrumentos de control, con diversos niveles de complejidad y formalidad. Primero, está el reporte de Glosa

¹³¹ La mayoría de estos valores no han variado desde el 2018. Solo En el caso de los profesionales no médicos se inició la estrategia con un valor de 5.500 sin diferenciación por horario ni cargo, lo que después fue ajustado en dos oportunidades para equipararlo al mercado y acercarse a los valores de Salud Responde Minsal.

trimestral que HD entrega Dipres y que integra información de producción y ejecución, según los registros que el Programa mantiene en el Sistema para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE). Segundo, elabora un informe interno de producción y ejecución mensual (planilla Excel), que es revisado quincenalmente por la jefatura del Programa. Por último, mantiene registros de uso cotidiano, que va actualizando en la medida que surgen nuevos movimientos en el uso de recursos. Estos registros se encuentran en desagregados en diversas planillas, según la naturaleza del recurso. Por ejemplo, en el caso de los RRHH, se mantiene una planilla Excel para resumir la producción de los prestadores variables, indicando el nombre del profesional, Productos establecidas por contrato (horas o informes emitidos, según corresponda), y producción efectiva. En otra planilla, mantiene el registro de remuneración de estos prestadores, así como el de las personas que trabajan en HD por contrato fijo (44 horas a la semana), contra boleta de honorarios emitida. En el caso de los recursos ejecutados bajo el subtítulo 22 y 29, se mantiene otra planilla Excel, en la cual se van actualizando los ingresos de factura, pago de servicios mensuales, arriendos, y otros (principalmente, gastos administrativos y mantención de plataformas).

Los registros de ejecución son, a juicio del Panel, adecuados, por lo que no parecería que la subejecución de recursos que se señala en la sección de Economía estuviera explicada por un mal registro de los gastos del Programa. Como se indica en esa sección, ésta es un área de la evaluación sobre la que se requiere seguir profundizando.

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

Para el análisis de este apartado es necesario considerar tres elementos: Sistema de Indicadores del programa, Sistema o soporte y Proceso de Registro de Atenciones.

Sistema de Indicadores

Al momento de realizar la presente evaluación es necesario mencionar que el sistema de indicadores se ha diseñado y construido en el proceso de la presente evaluación, aspirando tanto a constituirse por sí solo a la vez de formar parte de un sistema mayor de seguimiento y evaluación de la unidad responsable del programa. Esta tarea se aborda en el análisis de la Lógica Horizontal de la MML.

Sistema o soporte Informático

Respecto al sistema informático del programa, primeramente, hay que señalar que corresponde a un modelo de soporte de información donde se analiza según las bases de datos, a saber:

Las principales bases de datos son las siguientes:

1. Bases de Datos extraídas de la Plataforma de Telemedicina (RC): Se obtiene información del registro de las Teleinterconsultas asincrónicas de Hospital Digital; Dermatología, Nefrología, Diabetes, Geriatria y Ortodoncia. Adicionalmente, Telecomité oncológico en las en algunas de sus subespecialidades: Telecomité de Radioterapia y Telecomité General.

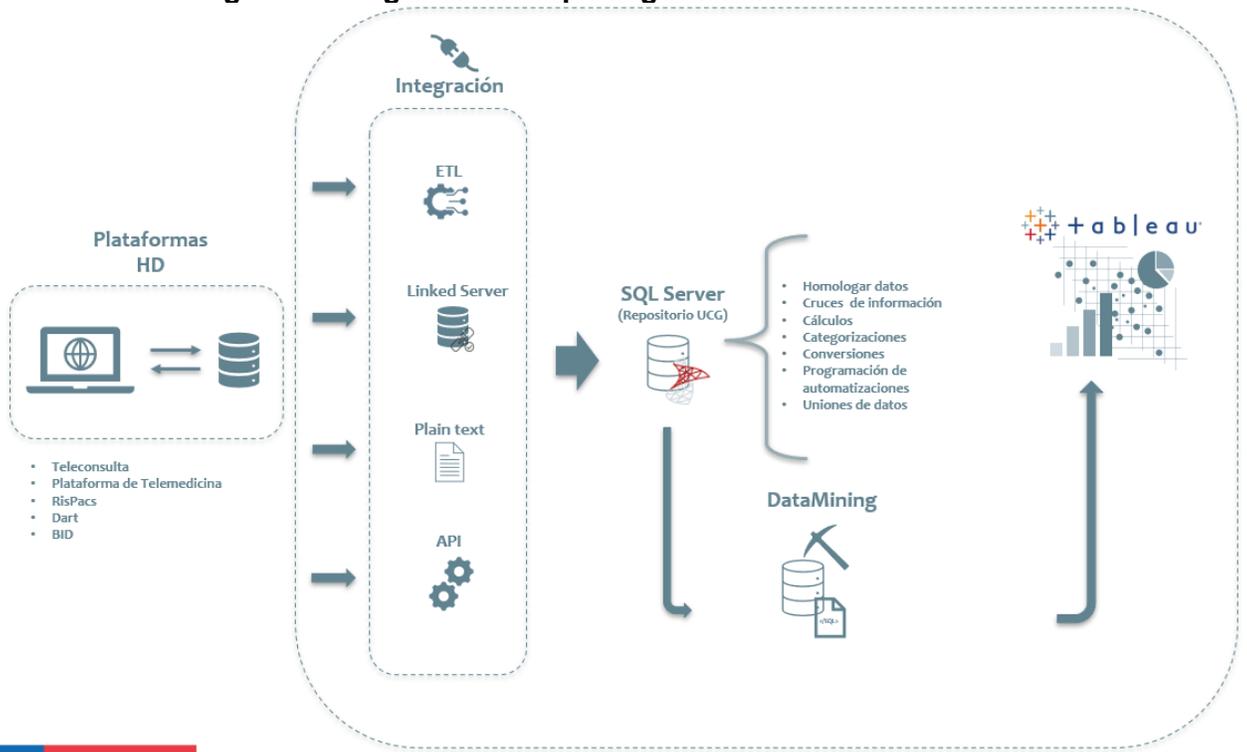
En cuanto a las Teleinterconsultas sincrónicas, se incluyen las estrategias de Postas Rurales y Pasmét, este último corresponde al seguimiento de los pacientes que requieren de terapia breve.

2. Base de Datos extraída de la Plataforma de Teleconsulta: Se obtiene información de registro de las Teleinterconsultas asincrónicas de Hospital Digital; Dermatología, Nefrología, Diabetes, Geriatria, y Patología Oral

3. Base de Datos extraída de Plataforma DART: Se obtiene información de registro de los exámenes de sospecha de Retinopatía Diabética (RD) y sus resultados resueltos por la inteligencia artificial y por los oftalmólogos en los casos que corresponda.
4. Base de Datos extraída de Ris Pacs: Se obtiene información de registro de los exámenes de mamografía y Radiología compleja.
5. Base de Datos extraída de la Plataforma de Videollamada (BID): Se obtiene información de registro de usuarios que requieren una atención psicológica (Saludablemente) y también la información de registro de las Teleconsultas de Enfermedades Metabólicas.
6. Base de Datos extraída de Policomp (Llamada Telefónica): Se obtiene información, la que es ingresada en una planilla excel compartida con el Encargado de Proyecto de Hospital Digital y con la Unidad de Estadística y Control de Gestión del Departamento de Salud Digital, con la información de registro de las orientaciones psicológicas telefónicas, agendamiento web, agenda de salud responde y solicitudes de atención.
7. Base de Datos Registro Nacional de Quemados: Se obtiene información de registros de ingresos, de traslados, de tiempos de traslados, de establecimientos y de Servicios de Salud de origen de donde se realizó el ingreso.
8. Base de Dato Excel
 - Telecomité Oncológico: Se obtiene información de la cantidad de telecomités realizados, pacientes evaluados, establecimientos y servicios de salud participantes.
 - Telecomité Unidad Paciente Crítico: Se obtiene información de la cantidad de pacientes atendidos, Servicio de Salud, profesionales médicos y no médicos, de los establecimientos base y referentes prestadores HD, y duración de la videoconferencia.
 - Telecomité Diabetes Mellitus tipo 1: Se obtiene información de la cantidad de pacientes atendidos, Servicio de Salud, profesionales médicos y no médicos, de los establecimientos base y referentes prestadores HD, y duración de la videoconferencia.
 - Medicina Interna: Se obtiene información de la cantidad de pacientes atendidos, Servicio de Salud, establecimientos base y referentes prestadores HD.
 - Accidente Cerebro Vascular (ACV): Se obtiene información de las teleasistencias, Servicio de Salud, establecimientos base, trombolisis realizadas, diagnósticos, médico especialista y edad de los pacientes.
 - Redes Sociales: Se obtiene información de la cantidad de seguidores sumados mes a mes, distinguido por tipo de Red Social.
 - Capacitaciones de Profesionales de la Salud y Hablemos de Salud: Se obtiene información de la cantidad de capacitaciones y número de conexiones por evento.

Entonces, las plataformas de hospital Digital son: Teleconsulta; Plataforma de Telemedicina, RisPacs, DART, BID, las cuales se integran a través de distintos procesos, tales como: ETL, Linked Server, Plain text, API. A continuación, se muestra el diagrama con el modelo conceptual que sustenta a HD:

Figura 9 - Diagrama conceptual general de HD



Fuente: Programa

Desde estas diversas plataformas se efectúa el almacenamiento de datos de HD, y en el proceso de análisis realizado Control de Gestión y ahí, se logra la integración de las distintas bases de datos y los distintos sistemas para poder hacer el análisis.

En particular, la base SQL es un lenguaje de consulta que aporta las siguientes utilidades: interactuar con una base de datos; recopilar y organizar información a mayor escala que una planilla de cálculo; gestionar hasta miles de millones de celdas de datos, compartir y administrar datos, en particular la información organizada en tablas que se encuentra en los sistemas de administración de bases de datos relacionales; consultar, actualizar y reorganizar información; crear y modificar la estructura de un sistema de base de datos, y controlar el acceso a los datos.

La fase de integración es un proceso automatizado (ver Anexo diagrama y flujograma del sistema informático). Son distintas plataformas para diferentes funciones: imágenes, edad, exámenes de laboratorio, videoconferencias para la construcción de fichas clínicas. Y también depende del mercado disponible para procesar la información. Lo anterior, se entiende por lo siguiente (Citas escogidas y editadas, Reunión telemática con equipo HD, enero, 2022):

Cuadro 37 - Citas escogidas y editadas, Reunión telemática con equipo HD, enero, 2022

Descripción de procesos Apis	<i>Existen diversos procesos de integración, dadas las fuentes de datos que se tienen de los distintos sistemas son múltiples, se cuenta con bases de datos relacionales y otras no, donde se puede hacer la relación directamente con el servidor vinculado. Antes de hacer la carga en el repositorio, se necesita hacer la transformación de los datos para que tengan cierta homologación para lo que se quiere proyectar para más adelante. En otros, se hace la explotación de datos a través de Apis que tiene el mismo sistema que por lo general, es uno de los procesos más limpios donde se puede extraer información. Esto se debe a que los procesos Apis, a nivel de arquitectura, no tienen un consumo tan alto de los servidores de producción, entonces, para el tema de reportería es más efectivo hacerlo a través de Smedios¹³². No todas las soluciones con las que se cuenta tienen esa opción de generar Apis, por lo tanto, se debe ampliar la gama de explotación de insumos a través de distintas plataformas o distintos procesos de extracción.</i>
Control de Gestión	<i>Estas integraciones pasan a un repositorio de la unidad de Control de Gestión que es SQL Server, ahí se realiza la data mining un análisis de la información y una limpieza de los datos, a partir de diversos procedimientos, tales como: Homologar datos, Cruces de información, Cálculos, Categorizaciones, Conversiones, Programación de automatizaciones, Uniones de datos los que se visualizan a través de un tablero de visualización que en este caso es Tableau</i>
Integración de la inteligencia	<i>Por ejemplo, la integración de la inteligencia artificial de DART, su arquitectura está montada en un repositorio de Amazon,</i>

¹³² Nomenclatura referida dispositivos informáticos.

artificial	<i>específicamente en S3, donde se obtienen una serie de datos a través de la generación de un archivo de texto plano los que son traspasados a través Boto 3 para ser leídos por Python, para luego ser cargados en un servidor que hace de pivote para llegar finalmente al servidos central (MINSAL), luego estos datos son procesados a través del Servidor SQL donde se realizan la gestión de Data Mining, es decir, de limpieza de los datos, análisis y gestión de información como por ejemplo, la generación de mails automáticos para entregar a distintos usuarios y de pagos . Finalmente, se generan indicadores que se visualizan en Tableau.</i>
Características del proceso de integración	<i>Específicamente en el proceso de integración de datos para DART, se ocupan herramientas propias de Amazon web a través de los cuales se toman información que está almacenada en S3 a través de un archivo plano de texto (txt) para volcarla a una base de datos relacional para después tener consumo de datos para llevarlo a información más procesada</i>
Optimización de los datos	<i>Se espera la menor pérdida de datos posibles (<1%), no se cuenta con la estimación, pues lo que se propone es que todos los datos producidos sean mostrados en las distintas plataformas. Esto es, porque son casos clínicos (pacientes en atención), de allí que el propósito es estructurar el dato junto a otros y hacer match con los que se tienen, y eventualmente hacer una limpieza para homologar la información y no perderla. La integración de información trata de que sea al 100% con los datos de entrada que se tienen.</i>
Interconsulta	<i>En el caso de interconsulta donde interactúan los datos de los formularios para el seguimiento de los casos que existen en la plataforma.</i>
Estrictez de la plataforma	<i>La plataforma es muy estricta, los médicos especialistas definen los campos obligatorios que requieren para poder tomar una decisión asíncronica. Es así como, el médico APS</i>
Características de la Api ¹³³	<i>La Api está directamente relacionada con el Registro Civil. Y también se tiene la relación con el Snomed¹³⁴ a través de Tesauro, servidor terminológico del hospital italiano de Buenos Aires, lo que permite estandarizar los diagnósticos desde un lenguaje natural a un lenguaje más estandarizado que permite hacer una estadística.</i>

Un elemento central en la implementación de HD es la plataforma convergente que es de carácter transversal, permitiendo la gestión de los activos de información de salud en el sector público, sirviendo entonces, a la gestión de los tiempos de espera. Sus funciones de espera son: distribuir información disponible centralmente desde los propios establecimientos de salud para ser almacenada en la nube sectorial de carácter nacional; integrar dicha información dentro de la red de cada centro de atención médica y conocer quién está utilizando la información de una persona y los fines; y lograr una economía de escala con las contrataciones realizadas asociadas a infraestructura seguridad y

¹³³Application programming interface.

¹³⁴ Nomenclatura Sistematizada de Términos de Medicina Clínica.

comunicaciones.

Proceso de Registro de las atenciones

El proceso de registro de las atenciones se enmarca en los lineamientos de las Redes Asistenciales y registros implementados en la actualidad, tales como SIGTE (Sistema de Información de Gestión), Registros Clínicos Electrónicos (RCE), Reporte Estadístico Mensual (REM) y Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES). Los registros permiten contar con datos estadísticos a través de los cuales se realiza un monitoreo a las listas de espera, indicadores de salud y productividad de los distintos establecimientos que componen la Red. Las prestaciones realizadas a través de HD se registran de acuerdo a los siguientes criterios:

Cuadro 38 - Acciones y sistema de registro correspondiente

ACCIONES	REGISTRO
Ingreso de antecedentes clínicos relevantes del usuario, además de resultados de exámenes, imágenes, etc.	RCE local Plataforma teleconsulta
Médico especialista de HD establece diagnóstico, indicación terapéutica y derivación	Plataforma teleconsulta
Médico APS registra indicaciones entregadas por el especialista HD	RCE local
Gestión de derivación a nivel secundario/terciario	Flujo local
Médico tratante realiza egreso del usuario de atención por HD	Plataforma teleconsulta
Egreso de usuario de lista de espera APS	SIGTE
Egreso de usuario de lista de espera en nivel secundario/terciario	SIGTE
Usuario con sospecha o confirmación de patología	SIGGES

Fuente: Minsal

Respecto a las preguntas del formato, se deber señalar: que no se cuenta con información suficiente para evaluar la función de seguimiento y evaluación desarrollada por el programa pues no se han cuantificado los indicadores en construcción, se desconoce si existe disponibilidad de información necesaria y suficiente para la gestión, y si se genera información útil para cuantificar los indicadores de la matriz lógica del programa. Y no se cuenta con antecedentes que permitan analizar la interrelación de los tres elementos antes descritos (Indicadores, Soporte Informático y Proceso de Registro)

Dado lo anterior, se concluye que el sistema de seguimiento y evaluación no logra generar información suficientemente pertinente y de calidad para retroalimentar la toma de decisiones.

Si bien, el programa no cuenta con línea de base, se espera que la presente evaluación permita la construcción y cuantificación de indicadores que sirvan a la medición de las variables que la caracterizan la ejecución del programa, haciendo posible la comparación de los indicadores que miden los resultados esperados sobre los beneficiarios.

Vinculamos los instrumentos y bases de datos, antes mencionadas, en el seguimiento y evaluación de los compromisos de Gestión (COMGES), donde se evalúa el uso y la producción de las diferentes células por los distintos servicios de salud a nivel nacional.

Se evalúa la concordancia de información de registro de producción de los servicios de salud a través del resumen estadístico mensual (REM), cotejando con las bases de datos obtenidas de los sistemas de Hospital Digital.

Entre otros instrumentos de evaluación, la Glosa 16 y el Informe Mensual de Gabinete, aporta elementos e información relevante a las autoridades, sobre la gestión, avance y evolución del Programa a través de la información de las bases de datos mencionadas.

Si bien no se han realizado evaluaciones del programa, la Contraloría General de la República lo auditó en el año 2020 con el propósito de velar por los procesos de implementación inicial del Programa. El informe final de dicha auditoría fue publicado en enero del 2021 y sus resultados son de acceso público¹³⁵.

No se detectan funciones delegadas a otras otras instituciones involucradas en la ejecución del programa.

¹³⁵ Los resultados del informe se refieren a ámbitos variados de la implementación del Programa, incluyendo: adherencia a disposiciones legales, técnicas y reglamentarias que rigen las adquisiciones de un conjunto de componentes tecnológicos requeridos para su funcionamiento, implementación tecnológica, cumplimiento de normativa TIC, interoperatividad de sistemas de información, entre otros.

Anexo 4: Análisis de Género de programas Evaluados

“Los determinantes sociales de la salud” es uno de los principales marcos a través del cual se pueden evaluar los efectos del género sobre la salud. De acuerdo a éste, las diferencias que existen entre la salud de las mujeres y hombres no están sólo determinadas por aspectos biológicos o fisiológicos propios del género, sino también por un conjunto de “circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”, según define la OMS¹³⁶. Es decir, existen factores determinantes de la salud que van mucho más allá de las características y comportamientos individuales, y que determinan los contextos en los cuales estos elementos se manifiestan, en deterioro o promoción de la salud de las personas. Es en estos determinantes sociales donde se encuentran las fuentes de inequidad de género más importantes.

En el caso de Chile, estas fuentes se relacionan con oportunidades de acceso y uso a los recursos disponibles para la promoción de la salud y tratamiento de enfermedades dispares entre hombres y mujeres que se explican, en su mayoría, por los roles y responsabilidades que las mujeres asumen en la sociedad moderna, así como en sus contextos socioculturales. Una mujer, por ejemplo, que trabaja y asume la mayoría de las responsabilidades respecto al cuidado de los hijos/as y tareas no remuneradas del hogar, tendrá menos tiempo disponible para consultar a tiempo a un médico ante los primeros síntomas de una enfermedad, o resolverá que su malestar no es tan prioritario como las otras responsabilidades que tiene a su cargo, retrasando las opciones de diagnóstico y tratamiento oportuno. En principio, el Programa ha indicado que mujeres y hombres tienen oportunidades de acceso similares a las atenciones de HD, lo cual ha sido corroborado con la distribución por género de las atenciones que se recogen en la plataforma Tableau. Por tanto, esta es una problemática que el Programa, por la naturaleza digital de sus prestaciones contribuye a resolver, aunque este resultado no aparezca como un motor formal del quehacer de HD.

De hecho, ante la consulta hecha por el Panel a los equipos del Programa, se nota un gran interés por abordar por los aspectos de equidad de género los cuales, desde la perspectiva de HD, han sido abordados mediante la creación de más espacios de protagonismo para las mujeres, con una jefatura y equipo directivo constituido principalmente por mujeres. Aun cuando esto es muy valorable, a juicio del Panel, la estructura organizacional del Departamento y representación de mujeres no está relacionada con el abordaje de género en el Programa mismo. Además, para que la intención declarada por el Programa de hacerse cargo de este aspecto pueda adquirir mayor visibilidad y lograr un mayor impacto en la población, es necesario que el análisis de las brechas se transforme en una acción cotidiana del Programa, y se diseñen espacios de contribución concretos, mediante acciones intencionadas, específicas y planificadas. Por ejemplo, sería interesante preguntarse si la educación tecnológica de las mujeres, o su actitud, creencias o confianza respecto al uso de tecnologías, las pone en una situación de desventaja respecto a los hombres para acceder a las prestaciones digitales, y evaluar si esto puede ser corregido a través de instancias de capacitación dirigidas.

¹³⁶ Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/.

El Programa declara que algunas de sus decisiones de diseño han tenido una mirada dirigida hacia la equidad género, como, por ejemplo: decisión de priorizar células específicas para mujeres (mamografías). Sin embargo, a juicio del Panel, instancias como éstas, si bien necesarias, se hacen cargo efectivamente de los determinantes biológicos de la salud (sexo) pero no de sus determinantes sociales (género). Es decir, no son una medida de abordaje de género en el Programa.

CUADRO ANÁLISIS DE GENERO			
Nombre del programa	Hospital Digital		
Objetivo del programa	Personas acceden oportunamente a información y prestaciones de salud priorizadas ¹³⁷ , a través de la implementación de estrategias de Salud Digital		
¿Corresponde aplicar enfoque de género según la evaluación?	SI El género es reconocido como un determinante social de la salud fundamental. HD emplea el enfoque de determinantes sociales para contextualizar su justificación y podría incorporar de manera explícita en su diseño e implementación medidas de acortamiento de brechas que tengan este elemento en consideración.	¿Por qué?:	NO
Si la respuesta es SI, continuar el análisis			
¿Se aplica satisfactoriamente en la población objetivo?	SÍ	NO ¿Por qué?: No establece medidas de población diferenciadas por género	RECOMENDACIÓN Establecer medidas de población que distingan entre hombres y mujeres
¿Se aplica satisfactoriamente en la definición del propósito y los componentes?	SÍ	NO ¿Por qué?: El propósito y componentes no son diseñados con enfoque de género	RECOMENDACIÓN Se recomienda incorporar en el diseño del Programa acciones dirigidas a cerrar las brechas de equidad de género en salud
¿Se aplica satisfactoriamente en la provisión del servicio?	SÍ	NO ¿Por qué?:	RECOMENDACIÓN

¹³⁷ Las prestaciones priorizadas corresponden a: Dermatología, Patología Oral, Ortodoncia, Salud Mental, Medicina Interna, Enfermedades metabólicas, Telecomité Oncológico, Telecomité Unidad Paciente Crítico, Telecomité Diabetes y Medicina General

		Aun cuando las estadísticas del programa muestran un acceso parejo de mujeres y hombres a sus prestaciones, no establece mecanismos explícitos para resguardar que este acceso equitativo se mantenga	Establecer mecanismos para asegurar acceso equitativo a todos los servicios del Programa
¿Se aplica satisfactoriamente en la formulación de indicadores?	SÍ	NO ¿Por qué?: No se establecen indicadores que permitan evaluar distinciones de género	RECOMENDACIÓN Construir indicadores género-sensibles

Anexo 5: Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos

Cuadro N°1.A Asignación Específica al Programa, período 2018 - 2022 (en miles de pesos nominales)

Identificación Asignación			2018		2019		2020		2021		2022	
Partida; Cap; Progr.	Subt.; Ítem; Asign.	Denominación de Asignación	Monto Total Ley de Pptos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Pptos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Pptos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Pptos	Monto Específico al Programa	Monto Total Ley de Pptos	Monto Específico al Programa
16.10.01	24.03.429	Hospital Digital	-	-	31.505.870	31.505.870	5.130.000	5.130.000	4.720.883	4.720.883	11.096.554	11.096.554

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°1.B Aportes institución responsable (subtítulos 21, 22 y 29, entre otros), período 2018 - 2022 (en miles de pesos nominales)

Identificación Aporte			2018		2019		2020		2021		2022	
Partida; Cap; Progr.	Subt	Denominación	Monto Total Ley Ppto	Monto Específico								
16.10.01	21	Gastos en Personal			13.953.949	161.257	16.056.424	88.177	16.206.459	139.007	16.766.212	147.486
	22	Bienes y Servicios de Consumo										
	29	Adquisición de Activos no Financieros										
	Otros	Otros										

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°1.C Aportes en Presupuesto de otras Instituciones Públicas, período 2018 - 2022 (en miles de pesos nominales)

Identificación Aporte			2018		2019		2020		2021		2022	
Parti da; Cap; Prog.	Subt.; Ítem; Asign.	Denomi nación de Asignac ión	Monto Total Ley Ppto	Monto Específ ico	Monto Total Ley Ppto	Monto Especif.						
16;02 ;02	24;02	Transfer encia corriente			1.752.549.835	653.900	1.993.085.769	374.187	2.186.408.824	864.149	2.398.725.892	883.498

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°1.D Aportes Otras fuentes Extrapresupuestarias, período 2018 - 2022 (en miles de pesos nominales)

Fuentes de Financiamiento	2018	2019	2020	2021	2022
	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°2. Presupuesto del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable, período 2018 - 2022 (en miles de pesos nominales)

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)
2018	142.846.956	-
2019	211.979.127	31.667.127
2020	194.572.368	5.218.177
2021	205.433.688	4.859.890
2022	182.030.410	11.244.040

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°3. Presupuesto Inicial y Gasto Devengado del Programa, período 2018 - 2022 (en miles de pesos nominales)

Subtítulos	2018			2019			2020			2021			2022
				Ppto inicial (A)	Ppto Vig. (B)	Gasto Deveng (C)	Ppto inicial (A)	Ppto Vig. (B)	Gasto Deveng (C)	Ppto inicial (A)	Ppto Vig. (B)	Gasto Deveng (C)	Ppto Inicial (A)
Personal				5.135.424	2.619.632	1.988.048	3.610.912	5.084.999	3.886.401	3.812.760	5.630.333	5.512.430	10.154.159
Bienes y Servicios de Consumo				26.180.999	3.190.670	1.359.472	1.421.305	1.021.800	379.024	1.047.130	2.073.574	1.152.565	1.089.881
Transferencias													
Inversión				350.704	350.704	163.348	185.960	1.936.978	304.002		1.177.186	1.177.184	
Otros													

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°4. Gasto Total del Programa, período 2018 - 2022 (en miles de pesos nominales)

AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto	Otros Gastos	Total Gasto del Programa
2018	-		-
2019	3.510.868		3.510.868
2020	4.569.427		4.569.427
2021	7.842.179		7.842.179

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°5. Gastos Total del Programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción, período 2018 - 2022 (en miles de pesos nominales)

	Gasto Total del Programa 2018		Gasto Total del Programa 2019		Gasto Total del Programa 2020		Gasto Total del Programa 2021	
	Gasto Producción	Gasto Administración						
Recursos Humanos			1.489.193,40	498.855,00	3.210.383,83	676.017,00	4.735.015	777.415
Otros Gastos			938.797,00	584.023,00	419.229,00	263.797,00	1.837.420	492.329
Subtotales	-	-	2.427.990,40	1.082.878,00	3.629.612,83	939.814,00	6.572.435	1.269.744
Totales	-		3.510.868		4.569.427		7.842.179	

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°6A. Gasto total de producción por componente del Programa

	2018	2019	2020	2021
Atención Sincrónica		633.339,94	1.381.917,51	1.812.480
Atención Asincrónica		887.595	616.902	920.737
Apoyo Diagnóstico a Distancia		322.614	606.307	2.162.154
Atención en Emergencias Sanitarias		106.299,99	883.016,96	1.480.495,00
Difusión		478.142,27	141.469,25	196.569,00
Total	-	2.427.990	3.629.613	6.572.435

Fuente: Anexo 5

Cuadro N°6. Gasto de producción de los Componentes del Programa, período 2018 - 2022 (en miles de pesos nominales)

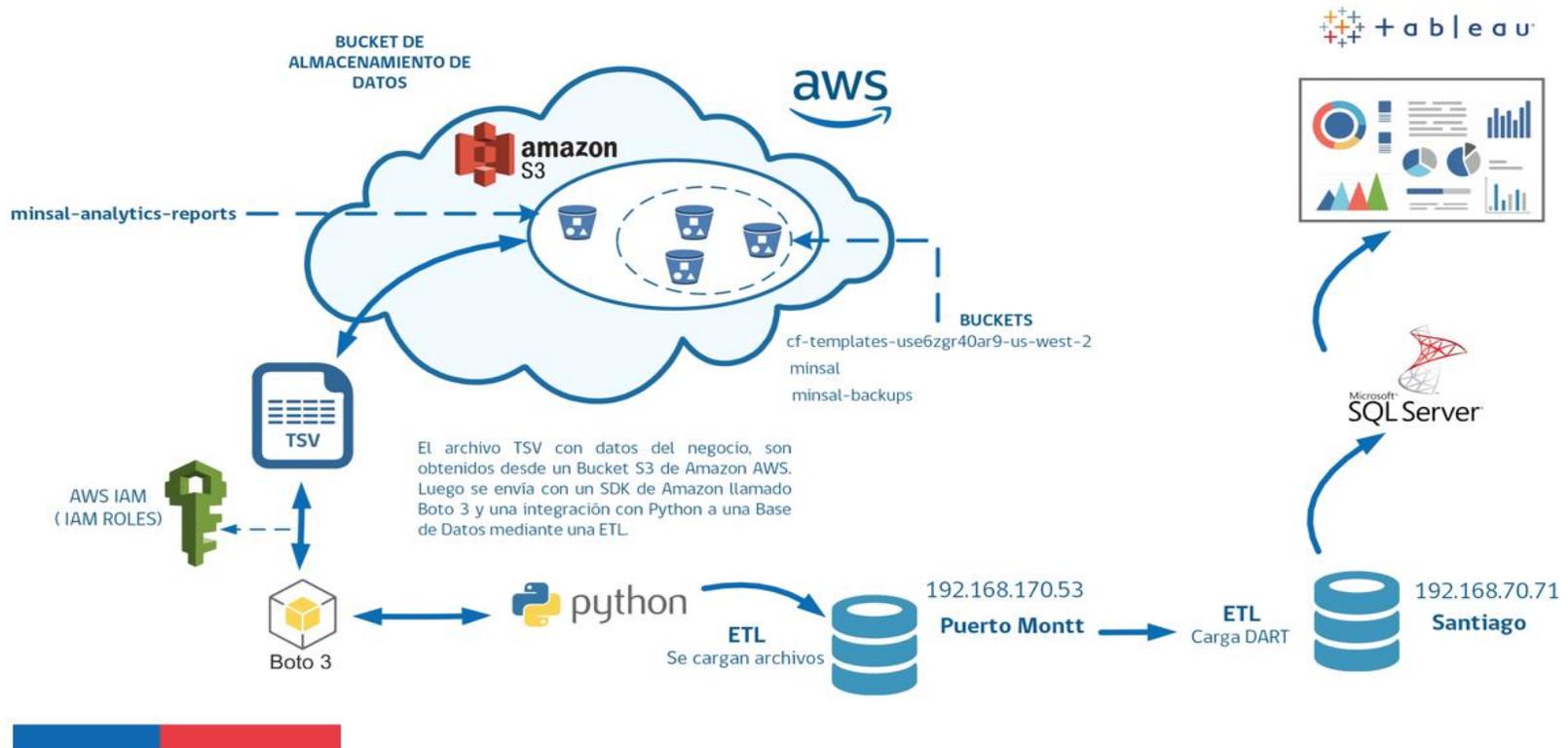
AÑO 2018	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquímbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Rubí	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Atención Sincrónica																	-
Atención Asincrónica																	-
Apoyo Diagnóstico a Distancia																	-
Atención en Emergencias Sanitarias																	-
Difusión																	-
TOTAL																	
AÑO 2019	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquímbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Rubí	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Atención Sincrónica	3.665	10.498	46.070	18.701	18.003	44.070	43.834	19.784	29.811	96.034	12.966	26.860	53.688	3.247	9.984	133.540	570.292
Atención Asincrónica	4.827	14.745	83.333	30.498	12.572	68.960	48.359	28.527	40.943	148.960	10.971	34.229	74.688	3.971	16.302	179.349	798.236
Apoyo Diagnóstico a Distancia	2.177	5.314	4.565	5.236	21.832	19.263	35.018	11.277	15.838	34.545	13.805	17.698	27.803	2.233	2.775	15.840	290.480
Atención en Emergencias Sanitarias	815	1.782	7.722	3.139	3.022	7.388	7.324	3.321	4.970	16.118	2.176	4.508	9.008	545	1.976	22.410	95.718
Difusión	2.787	7.925	34.738	14.118	13.593	33.277	32.941	14.938	22.385	72.501	9.789	20.278	40.517	2.451	7.537	100.823	430.544
TOTAL	14.052	40.244	176.386	71.682	69.823	168.977	167.276	75.845	113.916	368.158	49.707	102.971	205.744	12.447	38.273	611.975	2.186.288,05
AÑO 2020	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquímbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Rubí	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Atención Sincrónica	19.051	100.798	60.310	23.773	72.387	104.240	122.704	70.064	83.808	168.530	41.827	47.581	110.781	13.981	12.619	135.980	1.367.878
Atención Asincrónica	14.149	75.972	20.416	12.489	28.040	81.770	22.342	32.528	28.818	83.922	9.278	14.548	87.282	9.824	9.964	148.213	816.835
Apoyo Diagnóstico a Distancia	2.714	13.250	32.968	8.554	38.016	40.498	86.270	29.489	45.084	85.253	27.480	40.796	6.534	1.206	1.206	134.496	608.147
Atención en Emergencias Sanitarias	12.288	65.085	38.933	13.547	48.718	67.281	79.210	49.229	53.900	108.793	38.807	30.763	71.513	9.013	8.166	203.983	874.046
Difusión	1.950	10.319	6.174	2.434	7.408	10.671	12.581	7.173	8.559	17.253	4.251	4.869	11.341	1.429	1.292	32.348	140.932
TOTAL	50.037	264.747	158.406	62.441	190.873	273.788	322.283	184.822	219.588	442.645	109.072	124.928	290.960	36.670	33.145	629.947	3.562.718,05
AÑO 2021	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquímbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Rubí	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Atención Sincrónica	28.874	28.584	107.476	42.897	111.392	148.285	184.783	178.148	117.804	192.975	77.837	72.334	138.074	27.401	21.833	414.380	1.812.480
Atención Asincrónica	20.874	13.058	69.927	34.204	37.326	101.134	64.585	47.928	44.410	132.080	22.084	9.078	88.277	12.378	13.095	208.783	925.737
Apoyo Diagnóstico a Distancia	27.997	32.122	102.873	38.760	151.843	147.652	249.717	149.828	155.625	196.053	110.330	113.997	142.073	24.023	23.541	496.059	2.182.154
Atención en Emergencias Sanitarias	23.373	21.716	82.888	35.039	90.989	119.474	160.937	94.872	96.083	187.879	63.979	69.085	111.101	17.481	17.834	338.480	1.488.493
Difusión	3.103	2.883	11.005	4.852	12.081	15.863	20.040	12.996	12.754	20.922	8.442	7.845	14.751	2.321	2.368	44.942	196.369
TOTAL																	8.572.838

Fuente: Anexo 5

Anexo 6: Diagrama y flujograma del sistema informático

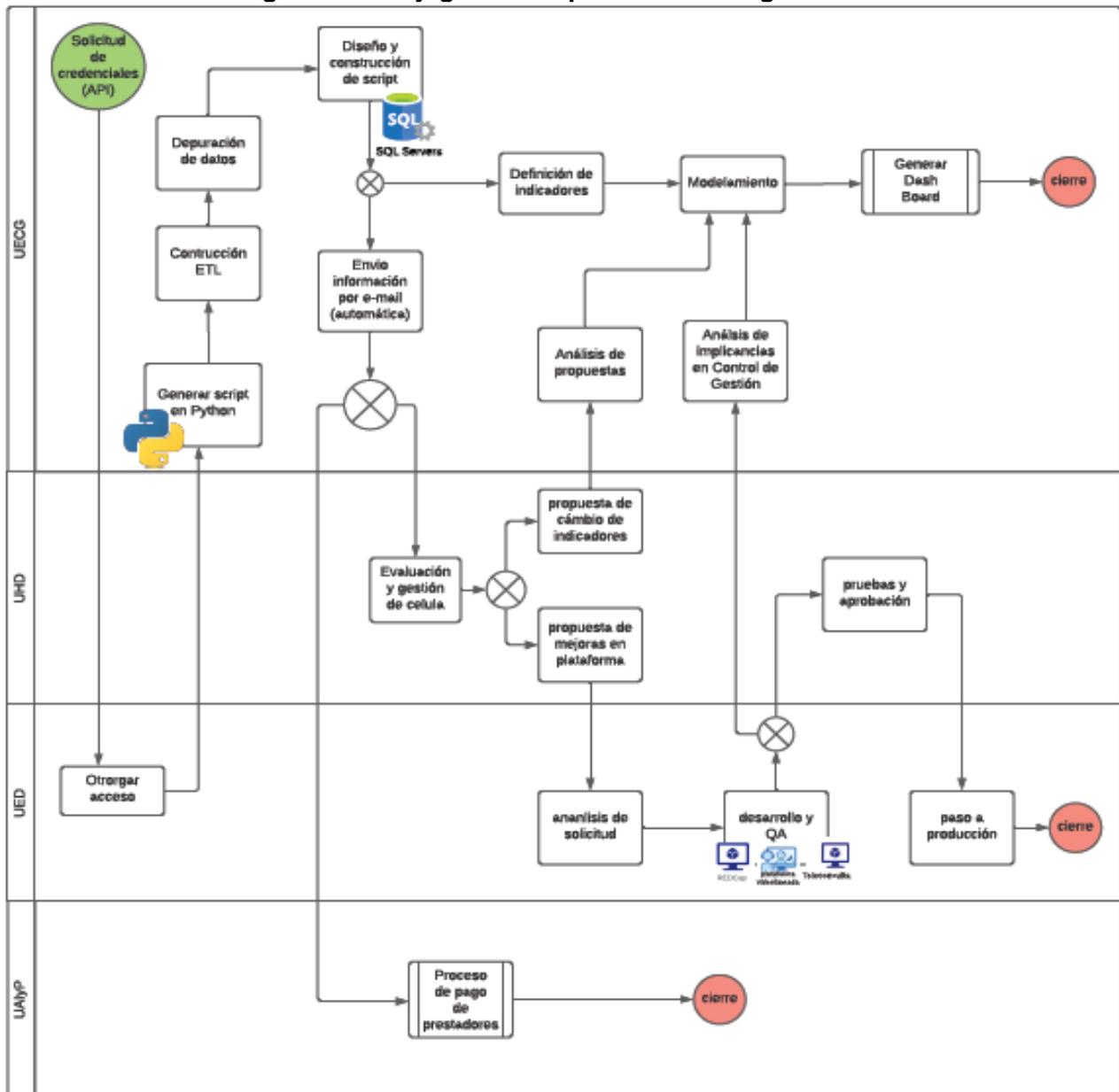
Los siguientes diagramas y flujograma muestran cómo se integran los diferentes elementos del sistema informático conformado por diversas plataformas y herramientas:

Figura 10 - Diagrama de integración



Fuente: Programa

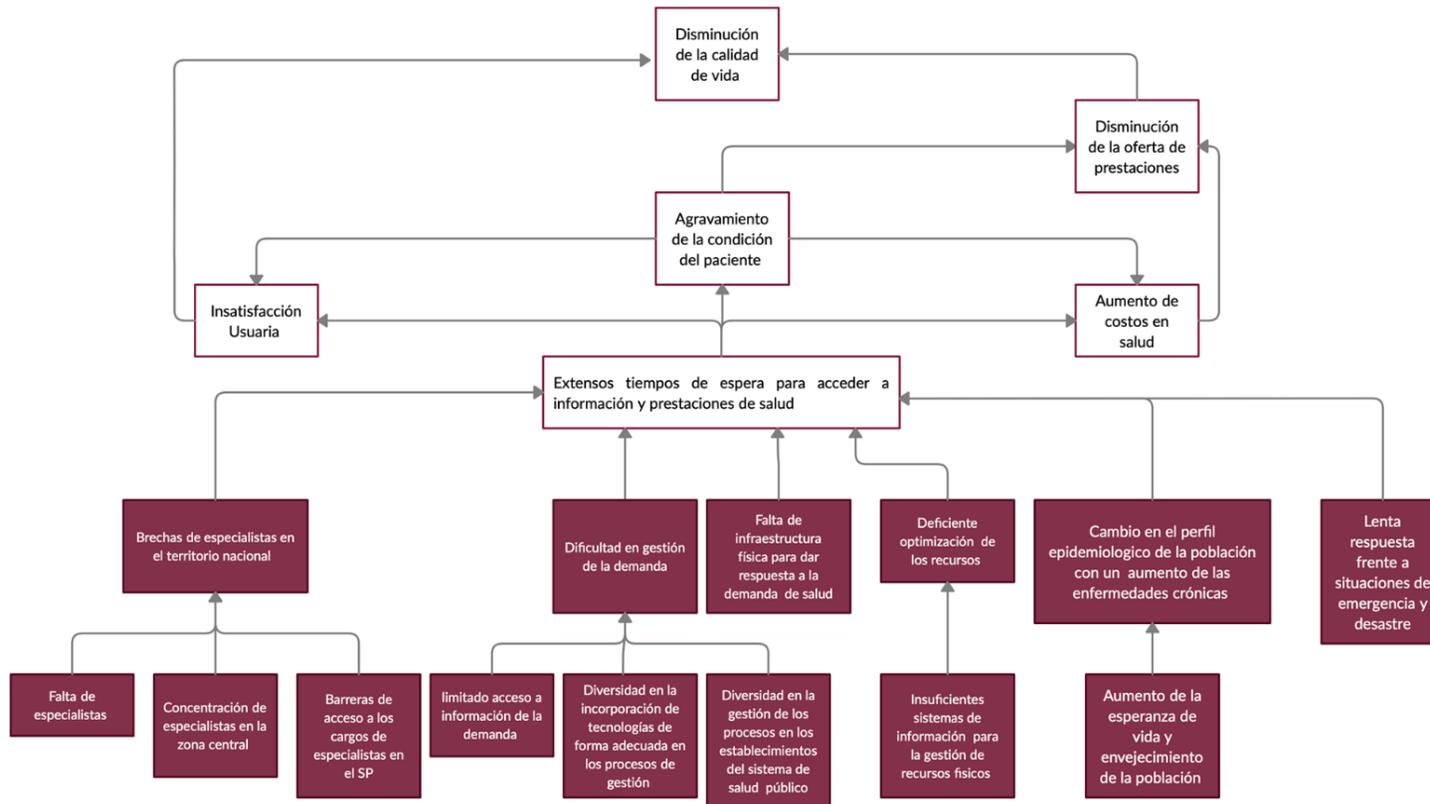
Figura 11 - Flujoograma del proceso de integración



Fuente: Programa

Anexo 7: Árbol del problema de HD

Cuadro 39 - Árbol del problema que aborda el programa



Fuente: Programa Hospital Digital