

**RESUMEN EJECUTIVO
PROGRAMA HOSPITAL DIGITAL**

**MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**

La evaluación presentada en este informe fue elaborada por un Panel de evaluadores externos e independientes seleccionados vía concurso público, y DIPRES no necesariamente comparte la visión y/o totalidad de recomendaciones entregadas.

**PANELISTAS:
Pamela Frenk Barquín (Coordinadora)
Verónica Monreal Álvarez**

NOVIEMBRE - JUNIO 2022

NOMBRE PROGRAMA: Hospital Digital
AÑO DE INICIO: 2019
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud
SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2018-2021
PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2022: \$ 11.096.554 miles¹

1. Descripción general del programa

Hospital Digital (HD) es un programa público de salud digital a cargo del Departamento de Salud Digital, perteneciente al Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) del Ministerio de Salud.

HD inicia como programa el año 2019², pero ya en el 2018 se desarrollaban en la Subsecretaría algunas de las actividades que son parte de él. El programa no tiene plazo de término.

Al momento de iniciar esta evaluación, el Programa contaba con una Matriz de Marco Lógico (MML) no formalizada³ 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. Los aspectos de diseño utilizados fueron desarrollados/actualizados especialmente para esta evaluación, incluyendo: definición de propósito del programa, componentes⁴, 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.

Otro 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 Digital⁵ 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

¹Monto correspondiente a la asignación específica en Programa Presupuestario "Hospital Digital", Partida 16, Capítulo 10, Programa 01; Subtítulo 23, Ítem 03, Asignación 429. Adicionalmente, el Programa cuenta con aportes de la institución responsable (Subsecretaría de Redes Asistenciales) por contratación de RRHH (Subtítulo 21). También, para efectos de esta evaluación, se realiza un ejercicio teórico de valorización de los recursos requeridos para abordar el ciclo completo de atención de HD a los usuarios intermedios (profesionales de salud) y usuarios finales (pacientes) - Detalles más adelante.

² 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.

³ La Matriz y diseño con la que contaba el Programa no se encontraba avalada por el Ministerio de Desarrollo Social

⁴ 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.

⁵ El período auditado es aquel comprendido entre el 1 de enero del 2018 y 31 de diciembre del 2019.

resultados son de acceso público⁶. 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, en sus orígenes, pone en valor las experiencias exitosas de Telesalud que se estaban desarrollando en algunos Servicios de Salud⁷, 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 éstas 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 con el objetivo de “ampliar la oferta de especialistas y cobertura de atención de salud para la población”, “instalando una alternativa al modelo tradicional”. Para esto entrega atenciones de salud a distancia, sustentadas en las Tecnologías de la Información (TICs)⁸.

Sin embargo, el Programa fue acogido 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 telemedicina⁹. 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.

El Programa se establece como **Fin**: “contribuir a la prevención, cuidado y recuperación de la salud de la población”. Su objetivo general, o **Propósito** es “Personas acceden oportunamente a información y prestaciones de salud priorizadas, 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

⁶ 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.

⁷ 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

⁸ Normativamente, no existe una legislación específica sobre Telemedicina, pero sí existen Normas Jurídicas y Pronunciamientos del Ministerio de Salud que han respaldado las diversas actividades de implementadas en el país en este ámbito.

⁹ Específicamente, algunos Servicios de Salud (SS) ya contaban con equipos de salud que ejercían la Telemedicina en diversas especialidades, con los recursos disponibles. Por ejemplo, según antecedentes levantados por el Panel en entrevistas a referentes SS, algunos médicos implementaron sus propios Telecomités, y desarrollaron instrumentos de telemedicina propios (como fichas de diagnóstico en Word u otros). Esta experiencia varía caso a caso según el Servicio de Salud.

las oportunidades de atención de las personas. Así, éstas corresponden a atenciones con un carácter informativo o de capacitación hacia profesionales de salud o “población intermedia”. El segundo grupo de usuarios corresponde a 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 especialidad¹⁰. Estas corresponden a “atenciones de salud” como podrían ser típicamente comprendidas. Es decir, como instancias de interacción psicólogo-paciente o médico-paciente.

Las atenciones entregadas a ambos tipos de usuarios son en su mayoría uno a uno¹¹, 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 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 final.

Las atenciones -diferenciadas por usuario- se realizan a través de 5 componentes:

Componente 1: Atención profesional sincrónica

Bajo este componente, HD entrega atenciones sincrónicas¹² de Telemedicina en la forma de 4 servicios específicos: Telemedicina de medicina general, Telecomités¹³, Telemedicina de especialidad¹⁴ y Telemedicina sincrónica de Salud Mental (Saludablemente). Los dos primeros servicios se entregan a la población intermedia, mientras que los dos últimos son de entrega directa a la población final.

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, en un conjunto de especialidades priorizadas: Dermatología, Nefrología, Diabetes, Geriátría y Patología oral. 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

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 AP 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 sanitaria. En la actualidad, aquí se agrupan la estrategia NAT-TTA (Apoyo a la estrategia de Testeo, Trazabilidad y

¹⁰ Solo disponible para atenciones sincrónicas de medicina interna, enfermedades metabólicas, otorrino y urología).

¹¹ Excepto por los Telecomités – servicios correspondientes al Componente 1 que se detallan más adelante

¹² Son aquellas que permiten la interacción en tiempo real del usuario con un profesional de HD mediante videollamada

¹³ De paciente crítico y oncológico

¹⁴ Medicina interna, Enfermedades metabólicas, Otorrino, Urología

Aislamiento), apoyo en orientación en salud mediante canal telefónico (Salud Responde) y Telemedicina para emergencias sanitarias.

Componente 5: Capacitación y Difusión

En este componente se reúnen un conjunto de estrategias de capacitación en línea, vía Zoom o YouTube, dirigidas a la población intermedia y a la población final. Las primeras, enfocadas en la capacitación de personal de salud en diversas temáticas. Las segundas, enfocadas en promoción de salud y prevención de enfermedades. También se alojan en este componente estrategias de comunicación que HD lleva a cabo para atraer más personas a sus canales (YouTube, Facebook, Instagram y Twitter) y compartir información de salud de interés.

La totalidad de los servicios entregados en estos componentes son de ejecución directa de HD, el cual contrata recursos humanos especializados para la producción de la Telemedicina (Componentes 1 a 4), y producción de capacitaciones y difusión (Componente 5). En el último caso se involucra también a otras áreas del Ministerio¹⁵, las cuales crean los contenidos a capacitar/difundir, mientras HD se hace cargo de la gestión tecnológica y gráfica de los contenidos, a solicitud de las mismas.

La caracterización de la **Población Objetivo y Beneficiarios Efectivos**¹⁶ varía por servicio y componente, según se indica:

Componente 1: Atención profesional sincrónica:

Para el servicio de *atención de telemedicina sincrónica de medicina general*, el usuario intermediario es el profesional de salud no médico de postas rurales, ELEAM y residencias sanitarias. El programa asume que cada usuario intermediario 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 intermediario es el profesional de salud médico de los establecimientos de SS. El programa asume que cada usuario intermediario 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 general, 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 es el profesional de salud médico de los establecimientos de SS. El programa asume que cada usuario intermediario 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 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

¹⁵ Cualquier Departamento o División del Ministerio puede solicitar este servicio a HD, incluyendo la División de Atención Primaria (DIVAP), División de Gestión de la red Asistencial (DIGERA) y División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE).

¹⁶ Beneficiarios finales atendidos por el programa

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 es el médico general o familiar de AP 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 AP o en algún establecimiento de baja complejidad.

Componente 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia

Para el servicio *informe diagnóstico*, el usuario es el personal de salud AP 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 AP 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 es el personal de salud de Gendarmería y ELEAM. Entonces, la población potencial es el personal de salud de Gendarmería y ELEAM que presenta 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 es la población general. Entonces, la población potencial es la población que presenta la necesidad de orientación en salud COVID-19. No se identifican criterios de focalización por lo que la población objetivo es equivalente a la potencial.

Para el *servicio apoyo a la estrategia NAT-TTA*, el usuario es la población general. Entonces, la población potencial es la población que presenta la necesidad de apoyo. No se identifican criterios de focalización por lo que la población objetivo es equivalente a la potencial.

Componente 5: Capacitación y Difusión

Para el servicio de *capacitación*, el usuario es la población general. 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.

En relación a la caracterización de las poblaciones potencial y objetivo presentadas, debe señalarse que, durante el proceso seguido en la presente evaluación, se fueron identificando gradualmente, en la medida que fue apareciendo mayor claridad en la descripción de cada uno de los componentes y sus servicios. Un hallazgo importante, es que las poblaciones son diferentes para cada uno de los componentes y sus servicios. 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, aquí se evidencia un desorden en la planificación y diseño¹⁷.

A continuación, se presenta el cuadro de caracterización:

Cuadro 1 - 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, Patología oral)	Población que presenta la necesidad de especialidad	Población que presenta la necesidad de especialidad y se atiende en la APS o establecimiento de baja complejidad
Componente 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia		
Informe diagnóstico (Mamografías, Tomografía axial computarizada/ TAC, Resonancia magnética nuclear, Retinopatía diabética/ DART)	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

¹⁷ El programa señala lo siguiente: *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.*

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 ¹⁸	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

En relación a la cuantificación, en el siguiente cuadro se exhibe la información respecto a la Población Objetivo (PO) y Beneficiarios Efectivos (BE). Para los servicios de orientación Covid-19 (Salud Responde), apoyo a la estrategia NAT-TTA, capacitación y difusión, la población objetivo (PO) es la nacional, aparece en una columna¹⁹.

Cuadro 2 - Cuantificación Población Objetivo y Beneficiarios efectivos

Componente 1: Atención profesional sincrónica												
	Atención Telemedicina sincrónica de medicina general			Atención Telemedicina sincrónica de especialidad			Telecomité paciente crítico y oncológico			Atención Telemedicina sincrónica de salud mental (Saludablemente)		
Año	PO	BE	BE/PO	PO	BE	% BE/PO	PO	BE	% BE/PO	PO	BE	BE/PO
2019	1.916.284	92.976	4,9%	s/e	s/e	s/e	s/í	s/í	s/í	s/e	s/e	
2020	1.123.554	48.000	4,3%	s/e	s/e	s/e	s/í	s/í	s/í	4.592.161	420.000	9,1%
2021	1.231.179	38.400	3,1%	9.037	8.100	89,6%	s/í	s/í	s/í	4.644.094	492.000	10,6%

	Componente 2: Atención Profesional asincrónica Atención Telemedicina asincrónica de especialidad (Dermatología, Nefrología, Diabetes, Geriatría, Patología oral)			Componente 3: Apoyo Diagnóstico a Distancia Informe diagnóstico (Mamografías, Tomografía axial computarizada/ TAC, Resonancia magnética nuclear, Retinopatía diabética/ DART)		
Año	PO	BE	BE/PO	PO	BE	BE/PO
2019	110.771	96.000	86,7%	647.129	250.000	38,6%
2020	50.629	96.000	189,6%	347.969	260.000	74,7%
2021	73.992	51.600	69,7%	545.778	300.333	55,0%

¹⁸ Testeo, Trazabilidad y Aislamiento

¹⁹ La construcción de las población siguió un proceso gradual durante la evaluación en la medida que se fueron clarificando la diversidad de servicios que entregaban los distintos componentes, lo que permitió distinguir diferentes poblaciones atendidas por un mismo programa.

Componente 4: Atención en emergencias sanitarias									Componente 5: Capacitación y Difusión			
Servicio atención telemedicina sincrónica de medicina general,				Orientación en salud COVID-19 (Salud Responde)			Apoyo a la estrategia NAT-TTA		Capacitación		Material de difusión salud	
Año	PO	BE	BE/PO	PO	BE	BE/PO	BE	BE/PO	BE	% BE/PO	BE	BE/PO
2020	s/i	s/i	s/i	19.458.310	448.000	2,3%	s/e	s/e	220.714	1,1%	10.967.542	57,4%
2021	s/i	s/i	s/i	19.678.363	876.000	4,5%	56.700	0,3%	478.013	2,4%	11.169.070	57,4%

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

Respecto a los **Antecedentes presupuestarios y fuentes de financiamiento** se observa que Hospital Digital tiene 3 fuentes de financiamiento: 1) Asignación específica en la Ley de Presupuestos, 2) Aportes de la institución responsable - Subsecretaría de Redes Asistenciales, y 3) Aportes (estimados) de otras instituciones públicas -Fondo Nacional de Salud.²⁰ Los aportes primeros 2 aportes se resumen en el cuadro a continuación:

Cuadro 3 - Presupuesto asignado al programa en Ley de Presupuestos, 2019-2022 (miles de \$2022)

Año	Presupuesto del programa proveniente de la Institución Responsable* (a)	Presupuesto Total Institución Responsable (b)	Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (a/b)
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

2. Resultados de la Evaluación

▪ Justificación del programa

El problema que da origen al programa es la *Alta prevalencia/incidencia de enfermedades en la población cuya resolución no requiere presencialidad*²¹, y su diagnóstico se fundamenta consistentemente en la detección de las siguientes causas²²:

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 los años 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

²⁰ Esto no corresponde a un pago por prestación, sino a una valorización realizada por el Panel respecto al tiempo que los profesionales de la Atención Primaria destinan para poder "cerrar" las atenciones de Telemedicina asincrónica del Componente 2, retroalimentando presencialmente a sus pacientes, en base a las indicaciones de diagnóstico y tratamiento entregadas por médicos especialistas de HD.

²¹ La afirmación refiere a aquellos problemas de salud que no requieren presencialidad

²² Si bien el programa señala que el problema son los "extensos tiempos de espera para acceder a información y prestaciones de salud", a juicio del Panel se propone una mejor formulación.

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 año 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.

Inequidad distributiva de especialistas en el territorio nacional. 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, año 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. Existe un alto porcentaje de prestaciones que se entregan en una atención reactiva²³, 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 HbA1c²⁴ > 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 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 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 /Telesalud²⁵. 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. El componente 5, Capacitación y

²³ Refiere a la atención que surge por demanda, no es proactiva ni refiere a prevención

²⁴ La prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un examen de sangre para la diabetes tipo 2 y prediabetes

²⁵ Ministerio de Salud Chile (2019a) Manual Organizacional Departamento de Salud Digital. Año 2019. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Difusión, también 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 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.

- *Diseño*

El Programa, al inicio de esta evaluación, no contaba con un diseño sustentado ni avalado por el Ministerio de Desarrollo Social referido al diseño que actualmente se implementa.²⁶ 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.

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.

De los 5 componentes definidos en la MML de marco lógico, hay dos que son cuestionados por el Panel a nivel de *Diseño*. El primero, Componente 4, por no tener una vinculación directa con el propósito declarado por el Programa y estar asociado a una situación de emergencia que pudiese ser acogido en los otros componentes. 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 es el acuerdo con el programa al momento de redactar el presente informe.

El Panel también cuestiona la ubicación institucional del Programa, y su dependencia directa del Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. 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.

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*

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, 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

²⁶ Si bien el programa señala que existe documentación que cuenta con recomendación favorable para su desarrollo, la evaluación se hace sobre el diseño actual.

eventualmente puede cambiar. Respecto al componente de Capacitación y Difusión, 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.

Para el análisis de las fortalezas y aspectos deficitarios en la operación del programa, el Panel utiliza la información brindada principalmente por dos fuentes: (1) La *Encuesta de Nodos Críticos* realizada por el programa en septiembre del año 2020, a 29 Servicios de Salud y, (2) *Entrevistas* realizadas a los referentes de HD de tres Servicios de Salud del país²⁷. Las mayores dificultades detectadas con respecto a la incorporación de tecnologías en salud refieren a temas de 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 francamente²⁸ obstaculizó la implementación, en tanto para otros, contrariamente, consolidó al HD. Y también, hay diversas visiones respecto a la falta de especialista versus la contratación de los mismos en las regiones²⁹. 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 (Encuesta de Nodos Críticos,2020; Entrevistas referentes HD de tres Servicios de Salud, 2022).

No se identifica existencia de un sistema de seguimiento y evaluación 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 ellos³⁰.

Por último, el Panel identifica una suerte de indivisibilidad o falta de separación del trabajo realizado por esta Unidad y el Departamento de Salud Digital como un todo. 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, que se habría ido despejando en el marco de esta evaluación. 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.

- *Desempeño del programa*

- ✓ *Eficacia y Calidad*

²⁷ 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.

²⁸ Tal como se ha señalado la información sistematizada proviene de dos fuentes: Encuesta de Nodos Críticos y Entrevistas a referentes.

²⁹ En algunos casos se valora la contratación y en otros casos se percibe que faltan, conclusión: diferentes percepciones, de allí lo controversial del punto

³⁰ Tal como se ha señalado en el cuerpo del informe, 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).

La información hasta ahora presentada 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 Difusión³¹.

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, tanto a nivel de beneficiarios finales como intermediarios. Esto resulta un tema crítico, pues la calidad del servicio es parte importante de su desempeño³².

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 Asíncrona 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%.

Por último, se debe señalar que existe una carencia de estudios epidemiológicos exhaustivos para poder entregar más elementos para la evaluación del impacto sanitario de HD.

✓ *Economía*

Hospital Digital tiene un presupuesto promedio de 15.381.017 (miles de \$ 2022) para el período 2019-2022, incluyendo todas sus fuentes de financiamiento distribuidas, en promedio, como se indica: Asignación específica en la Ley de Presupuestos (91%), Aportes de la institución responsable - Subsecretaría de Redes Asistenciales (1%). También se calculan aportes teóricos de otras instituciones públicas -Fondo Nacional de Salud- por concepto de "cierre" del ciclo completo de atención de HD desde los usuarios intermedios (profesionales de salud) hasta los usuarios finales (pacientes) (8%)

Para el año 2022, el presupuesto total es de \$12.127.538 (miles); los aportes (estimados) de la Subsecretaría son de \$147.486 (contratación RRHH - Subtítulo 21); y los aportes del Fondo Nacional de Salud son de \$883.498 (valorización de RRHH Atención Primaria).

El presupuesto promedio del período se ve muy afectado por la asignación específica del año 2019, cuyo monto inicial fue 37 mil millones aproximadamente (miles de \$2022). Esta importante asignación presupuestaria ocurre en el contexto de inicio de un Programa que poseía una lógica muy distinta al actual, y una voluntad de las autoridades sanitarias por priorizar fuertemente el desarrollo de la Telemedicina en el país. Específicamente, se pensaba que HD 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

³¹ Si bien el programa señala que es un componente transversal que colabora en el logro de los objetivos del programa, ya que aporta a la entrega de información a la población objetivo, así como a la implementación de actividades promocionales y preventivas, a juicio del Panel, justamente lo transversal no lo determina como componente, por definición.

³² Si bien el programa señala que la evaluación de calidad se inicia en 2021, por lo que no existe información previa, resulta un tema crítico no contar con ella antes.

compartida” el cual, después de ser adjudicado mediante licitación pública, tuvo que ser dado de baja producto de un cuestionamiento del proceso de adjudicación³³. Tras la adaptación del sentido original del Programa, su presupuesto, eventualmente, se reduce a 7 mil millones aprox. en el 2019.

La mayor parte del gasto del Programa, en promedio, corresponde al Subtítulo 21 (71%), mientras que los subtítulos 22 y 29 tienen representan un 21% y 8% del total, respectivamente. Entre el 2019 y el 2021 el gasto total aumenta en un 107,4%, con un monto total de \$8.351.921³⁴ para el año 2021 (miles 2022).

La ejecución presupuestaria, respecto al presupuesto vigente, es de un 56% en los años 2019 y 2020, y de un 88% en el año 2021. La subejecución del período se explica en parte a: modificación de la lógica de programa en el año 2019 (con sus consecuentes modificaciones presupuestarias), contexto de Pandemia en el año 2020 y gestiones administrativas demorosas dentro del Ministerio.

El Programa no cuenta con aportes efectivos de FONASA, aun cuando algunas de las atenciones entregadas son de beneficio directo a la población final (Salud mental y consultas de especialidad del Componente 1, y Teleinformes diagnósticos del Componente 3)³⁵ y son financiadas por el Fondo en el marco de atención de salud presencial.

✓ *Eficiencia*

El gasto promedio por producto de cada componente es muy variado, atendiendo a la naturaleza particular de cada tipo de prestación: Componente 1: 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; Componente 2: El gasto promedio por atención asincrónica es de 25.200 (miles de \$2022), con una variación del -17,7% en el período; Componente 3: El gasto promedio por informe diagnóstico emitido es 5.400, y hay un incremento exponencial del costo de provisión del componente entre el año 2019 y el año 2021 (405%); Componente 4: El costo promedio de atenciones en emergencias sanitarias, tiene un costo promedio de 2.200 (miles de \$2022) ,y una variación del 89%, considerando los registros existentes de los años 2020 y 2021. No es posible estimar confiablemente indicadores de eficiencia para el Componente 5.

³³ *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.*

³⁴ Incluyendo monto devengado de la asignación específica y estimación de aportes de la institución responsable y Fondo Nacional de Salud.

³⁵ Los aportes de FONASA señalados anteriormente responden a un ejercicio teórico de valorización de los recursos requeridos para dar cierre al ciclo de atención que inicia con la población intermedia – profesionales de salud – hasta llegar a la población final).

El aumento exponencial del gasto del Componente 3 se debe a formalización tardía de gastos correspondientes a años anteriores, reflejo de problemas de gestión/ coordinación al interior del Ministerio³⁶, posiblemente arrastrados a partir aspectos de diseño³⁷.

Los gastos administrativos representan un 22% del total para el período 2019-2021. Estos gastos se encuentran en una última instancia de revisión.

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, incluyendo: excesiva flexibilidad en la planificación presupuestaria territorial, existencia de desincentivos para la adopción de HD en la AP, y problemas de gestión/ coordinación al interior del MINSAL. Los anteriores da cuenta, en definitiva, de limitaciones que se arrastran a propósito de la falta de formalización del diseño de HD, proceso que exige la revisión exhaustiva de un conjunto de componentes programáticos de interés, incluyendo: ubicación institucional, mecanismos de planificación/asignación presupuestaria, entre otros³⁸.

Además, 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.

▪ *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

³⁶ 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.

³⁷ Podría discutirse si acaso la dependencia generada sobre la figura de un jefe de gabinete de la SRA es, en la práctica, un elemento facilitador o limitante de la acción eficaz de las acciones administrativas del Programa, en virtud de su ubicación institucional actual.

³⁸ Más antecedentes al respecto se encuentran en el cuerpo del informe de evaluación, en las secciones de análisis respectivas y en el Anexo 3.

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 finalizadas³⁹. 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.

3. Principales Recomendaciones

Las principales recomendaciones por ámbito de evaluación son las siguientes:

- ***Diseño***

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***

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.

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.

Por otra parte, también es importante revisar la ubicación institucional del HD, así como la claridad de las funciones de los equipos que conforman su soporte organizacional.

- ***Costos de proveer los bienes y servicios***

Se recomienda actualizar los mecanismos de planificación y ejecución de los recursos del Programa para incluir, como mínimos: formalización de incentivos de ejecución, protocolos

³⁹ Específicamente, el Panel procesa y analiza información recibida hasta el 5 de Mayo del 2022.

formales de asignación regional (por medio índices, variables y/o criterios bien explicitados), mecanismos de control de gestión financiera más efectivos.

También se recomienda 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); y 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. Por último, se recomienda 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 en sus distintas modalidades. 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.

- **Resultados**

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 adhoc para lograr ese objetivo, por lo que se recomienda incorporar al sistema de seguimiento encuestas de satisfacción usuaria online⁴⁰ una vez que las personas hayan sido atendidas.

Realizar estudios epidemiológicos para poder entregar más elementos para la evaluación del impacto sanitario de HD.

⁴⁰ 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.

**RESPUESTA DE INSTITUCIÓN RESPONSABLE
A INFORME FINAL DE EVALUACIÓN**



65

Subsecretaría de Redes Asistenciales
Dpto. Control de Gestión
DDE/MJL/SCA/SCC

3255

ORD.: C16 N°/_____/

ANT.: Ord. N° 1571 de fecha 29 de junio del 2022, Dirección de Presupuestos.

MAT.: Remite información relativa a la Evaluación de Programas Gubernamentales, Proceso 2022.

SANTIAGO, 12 SEP 2022

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES
A : SRA. JAVIERA MARTÍNEZ FARIÑA
DIRECTORA DE PRESUPUESTOS

Junto con saludar, en honor a la respuesta institucional respecto al Informe Final de Evaluación de Programas Gubernamentales del Proceso 2022, en la que el Programa Hospital Digital fue evaluado, se agradece esta instancia al ser una valiosa oportunidad para reconocer e identificar herramientas necesarias que mejoren gestión, e impulsar mediante nuevos instrumentos el Programa hacia un enfoque estratégico más claro y eficiente, todo esto, en beneficio de generar un aporte a la equidad en acceso y oportunidad de atención para la población.

El Ministerio de Salud, mediante el Departamento de Salud Digital de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, valora la evaluación realizada por el panel de expertos independientes, proceso en que se mantuvo una constante comunicación y coordinación entre los equipos para el resultado de este informe.

En cuanto a los resultados de la evaluación, la Comisión evalúa problemas en el diseño del Programa relativos a: la ubicación institucional, público objetivo y componentes del Diseño. Consideramos que es importante evaluar este Programa en un contexto de innovación, lo que representa un aporte al diseño para nuevos programas que incorporen tecnología en salud.

Finalmente, esperamos una buena acogida a nuestra respuesta y avanzar a la siguiente etapa del proceso, para revisar las recomendaciones y establecer compromisos que nos permitan ser un mejor instrumento de innovación en nuestro sector.

Saluda atentamente



DR. FERNANDO ARAOS DATTOLI
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

Distribución:

- Dpto. de Evaluación y Transparencia Fiscal, Dipres.
- Gabinete Ministra
- Gabinete de Redes Asistenciales
- Dpto. de Control y Gestión, Minsal.
- Dpto. Hospital Digital, Minsal
- Oficina de Partes, Minsal.

Respuesta Institucional a Evaluación de Programa de Gobierno Hospital Digital

En el marco de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), liderado por DIPRES, proceso que fue realizado durante los meses de noviembre 2021 a mayo del 2022, realizado mediante un trabajo conjunto entre los equipos. En respuesta a la evaluación realizada por la Comisión de expertos externos, se realizan las siguientes observaciones a los documentos de Resumen e Informe Final.

1. Resumen de la EPG

1.1. En el apartado, Caracterización de la población objetivo y beneficiario efectivo. Componente 5. En la conclusión del análisis de la población por componente, la Comisión evaluadora señala lo siguiente:

Informe	“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, aquí se evidencia un desorden en la planificación y diseño”
Respuesta	Es importante algunos aspectos: 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 la observación realizada por los EPG. Esto 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 indicar que este es un Programa que busca satisfacer integralmente las necesidades de la población sin segmentarlos por patologías, condiciones, epidemiología u otras instancias. 3.- 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 contar con diferentes poblaciones no es un desorden, sino una contribución a resolver el problema, constituyendo además como una fortaleza del Programa.

1.2. En el apartado de Justificación del Programa, la Comisión señala lo siguiente:

Informe	“El problema que da origen al Programa es la Alta prevalencia/incidencia de enfermedades en la población cuya resolución no requiere presencialidad, y su diagnóstico se fundamenta consistentemente en la detección de las siguientes causas”.
Respuesta	De acuerdo a lo acordado con la Comisión el problema son los “extensos tiempos de espera para acceder a información y prestaciones de salud”. Sin embargo, se mencionan otros 2 problemas más, que a juicio del Programa no corresponden ya que más bien son causas que originan este problema”

1.3. En el apartado de Diseño, la Comisión señala:

Informe	“El Programa, al inicio de esta evaluación, no contaba con un diseño sustentado ni avalado por el Ministerio de Desarrollo Social referido al diseño que actualmente se implementa 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.”
Respuesta	<p>Desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SSRA) no existía una presentación al Ministerio de Desarrollo Social (Mideso), del programa, esta había sido realizada el año 2018 desde la Subsecretaría de Salud Pública, la que cuenta con una recomendación favorable.</p> <p>Las modificaciones incorporadas en este EPG, dan cuenta de la actual misión y visión del Programa, desde la SSRA.</p>

1.4. El apartado de Diseño, continúa con lo siguiente:

Informe	<p>“De los 5 componentes definidos en la MML de marco lógico, hay dos que son cuestionados por el Panel a nivel de <i>Diseño</i>. El primero, Componente 4, por no tener una vinculación directa con el propósito declarado por el Programa y estar asociado a una situación de emergencia que pudiese ser acogido en los otros componentes. 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 es el acuerdo con el Programa al momento de redactar el presente informe.”</p>
Respuesta	<p>Si bien estos componentes, en particular el componente 4, no son propios del diseño original. Estos fueron solicitados por la autoridad en el contexto de emergencia sanitaria, con un presupuesto asociado y separado del presupuesto propio del Programa. Y en base a la experiencia, se consideró adecuado contar con un componente de contingencia sanitaria, que agrupe las estrategias que deben desarrollarse en contextos de emergencias y desastres, los que tienen una vigencia ajustada. En cuanto al componente 5, surgió a raíz de la necesidad de las redes asistenciales de recibir capacitaciones continuas, para temas emergentes especialmente en contexto COVID 19. Luego, estas actividades y el desarrollo de las tecnologías implementadas para poder llevarlas a cabo, consolidaron un sistema que permite disponer a las redes asistenciales y a la población general de una herramienta de difusión para educación y promoción de la salud.</p>

1.5. En el apartado de Eficiencia y Calidad, la Comisión señala lo siguiente:

Informe	<p>“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, tanto a nivel de beneficiarios finales como intermediarios. Esto resulta un tema crítico, pues la calidad del servicio es parte importante de su desempeño”</p>
Respuesta	<p>Hospital Digital (HD) realiza constantes monitoreos de los indicadores de calidad, además de tener protocolos aprobados por jurídica que validan los procesos de atención de la mayoría de las estrategias que realiza el Programa HD. Conformando un Programa que tiene un proceso detallado de diseño, desarrollo,</p>

	<p>implementación y evaluación de estrategias. Siendo esta una de las fortalezas del Programa, así como la posibilidad de realizar en línea y en forma constante, gracias a las herramientas tecnológicas, el registro, monitoreo y evaluación de calidad de los servicios.</p> <p>El panel solicitó al Programa construcción de nuevos indicadores, entre los que se propuso la auditoría de los casos, lo que se estaba realizando formalmente desde el año 2021, para evaluación del año 2020. Sin perjuicio de lo anterior, desde los inicios del Programa se ha mantenido un constante monitoreo de la calidad del servicio a través del seguimiento de casos que realizan tanto los encargados de cada proyecto, como los referentes de salud digital dispuestos en los 29 servicios de salud.</p>
--	--

1.6. En el apartado de eficiencia, la Comisión señala:

Informe	“El aumento exponencial del gasto del Componente 3 se debe a formalización tardía de gastos correspondientes a años anteriores, reflejo de problemas de gestión/ coordinación al interior del Ministerio, posiblemente arrastrados a partir aspectos de diseño.”
Respuesta	Esta situación particular es independiente al diseño del Programa o la ubicación de este. Responde más bien a la complejidad de los procesos administrativos que son parte del Ministerio de Salud.

1.7. En el apartado de recomendaciones, la Comisión señala lo siguiente:

Informe	“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.”
Respuesta	Se informó a la Comisión que existen incentivos para la red, tal como los Compromisos de Gestión, el otro incentivo es el componente educativo que aporta la atención asincrónica para los médicos de APS. Concordamos en que se debe avanzar en búsqueda de otros y mejores incentivos para la red, que permita consolidar este Programa.

1.8. En el apartado de Resultados, se señala lo siguiente:

Informe	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 adhoc para lograr ese objetivo, por lo que se recomienda incorporar al sistema de seguimiento encuestas de satisfacción usuaria online una vez que las personas hayan sido atendidas.
Respuesta	En la evaluación de calidad que actualmente realiza HD, se han incorporado criterios específicos de evaluación, a través de la metodología de la auditoría, para la evaluación de las repuestas de los especialistas, como también se evalúa la calidad de las plataformas según criterios descritos en la literatura, como usabilidad, seguridad, portabilidad, confiabilidad y eficiencia entre otras. Con respecto a la evaluación sugerida por la Comisión, para la evaluación del usuario final, se iniciará el proceso de incorporación a las distintas plataformas.

2. Respuesta EPG informe Final

2.1. Con respecto a lo señalado en el apartado de Evaluación del Programa. Justificación y análisis.

Informe	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).
Respuesta	El Programa de HD a partir del año 2020, ha desarrollado indicadores de gestión e indicadores epidemiológicos que son visualizados a través del software Tableau, lo que permite realizar monitoreo en línea de estos indicadores. Esto se logra gracias a la realización de un proceso de desarrollo y validación de bases de datos que se obtienen desde todas las plataformas utilizadas, en los procesos de

	<p>atención. Este sistema logra mantener una constante evaluación de los indicadores, incluidos aquellos que se señalan en el marco lógico, como, por ejemplo, los tiempos de respuesta que pueden ser visualizados por fecha, Servicio de Salud e incluso por profesional especialista. Esta, es una de las grandes fortalezas del Programa HD, pues gracias a estos sistemas de información es que se puede mantener el control en línea de todas las acciones que realizan los profesionales de nuestra dotación, incorporando los registros para los sistemas de pago por producto, llevando una mayor precisión.</p> <p>En continuación a lo anterior, junto con esta herramienta presentada a la Comisión, también se adjuntó un informe detallado del perfil epidemiológico, reporte generado como beneficio de este sistema, lo que permite garantizar una mejor toma de decisiones por localidad o a nivel nacional, en relación a las estrategias que se desarrollan.</p> <p>Los indicadores que se visualizan son monitorizados por los directores de Célula, Encargados de Proyecto y por los Referentes de Salud Digital, además de las jefaturas y autoridades que correspondan.</p> <p>El sistema de visualización fue desarrollado específicamente para el seguimiento de los indicadores y para lograr mantener información en línea, actualizada y disponible. Este sistema permite además incorporar nuevos indicadores y precisar aquellos observados por la Comisión evaluadora.</p>
--	---

2.2. Con respecto a este párrafo, a continuación del anterior, señala:

Informe	<p>“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”.</p>
Respuesta	<p>Con respecto a esto, el Programa de HD se enmarca en un proceso innovador de utilización de tecnologías y desarrollo de telemedicina a nivel nacional, por tanto, implica que hace una nueva propuesta para el desarrollo de este tipo de Programas, lo que puede no ser común al tener que abordar una variedad de poblaciones con diferentes necesidades. Sin embargo, si bien esto es más complejo</p>

	de analizar, es una fortaleza mediada por el uso de las tecnologías el poder desarrollar un Programa que incorpore diferentes poblaciones y necesidades.
--	--

2.3. Indicadores propuestos en el punto 3.3

Informe	Indicadores Eficiencia/ resultado. La Comisión considera para el cálculo de los indicadores, la variación desde el 2019 al 2021, dando por resultado variaciones negativas.
Respuesta	Con respecto a los indicadores de eficacia/ resultados se sugirió a la Comisión que se considere el efecto de la pandemia, proponiendo en la forma de cálculo, la estimación anual de la variación, aplicado a cada uno de los indicadores, para despejar tal efecto. Debe tenerse en cuenta que las atenciones se inician desde una consulta presencial en la atención primaria, lo que fue restringido durante los años 2020 y 2021. Lo que puede explicar los valores negativos de los resultados.

2.4. En cuanto a los indicadores propuestos, se señala que:

Informe	En base a los analizado, se proponen los siguientes indicadores, sin embargo, no hay información para estimarlos, lo que a juicio del Panel es negativo: <ul style="list-style-type: none"> - 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)
Respuesta	Con respecto a los indicadores de establecimiento, esta información se puede visualizar desde el 2020 en el software de tableau. Es importante destacar que HD cuenta con esta información, por lo que se iniciará la construcción del indicador.

	<p>En cuanto a los indicadores por persona, es importante resaltar que no corresponde evaluar los tiempos de respuesta por persona, ya que lo que se mide, es el tiempo de respuesta por solicitud de interconsulta, según la literatura de tiempos de espera, una persona puede tener más de una solicitud de interconsulta en un tiempo determinado.</p>
--	--

2.5. En el siguiente apartado, señalado por la Comisión evaluadora:

Informe	<p>“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).”</p>
Respuesta	<p>Bajo el contexto de la administración pública y del sistema de ejecución presupuestaria, enmarcado en la institucionalidad del Minsal, se entiende que, en un año de emergencia sanitaria la planificación que en un inicio cumple con los elementos requeridos, debe ser ajustada a los procesos administrativos ministeriales, que entorpecen la ejecución y desajustan la planificación.</p>

2.6. En el apartado del 5.3 de gastos de administración, la Comisión señala:

Informe	<p>“Los resultados de este ejercicio indican que el Programa tiene gastos administrativos de un 22% en promedio para el período 2019-2022, 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.”</p>
Respuesta	<p>Considerando la evaluación realizada por la Comisión, se está realizando una revisión de las actividades de los funcionarios para optimizar las horas destinadas a actividades administrativas.</p>

2.7. Apartado de Conclusiones y Recomendaciones. Dentro de lo señalado en las conclusiones de Diseño. El Punto 4 señala:

Informe	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.
Respuesta	Es importante señalar que, en cuanto a los informes entregados a la Comisión, por ejemplo, en los informes públicos presupuestarios (Glosa 16), la información es dispuesta en forma desagregada en cuanto a presupuesto y gasto (subtítulos), siendo esta la forma en que se solicita la información presupuestaria desde las autoridades.

2.8. Apartado N°5

Informe	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.
Respuesta	Se realizó corrección, que el Programa de HD se encuentra alojado en el gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Por otro lado, señalar que independiente de la ubicación del Programa dentro del Ministerio de Salud, este debe acogerse a todos los procesos administrativos que rigen esta institucionalidad.

2.9. Apartado N°6

Informe	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
Respuesta	Si bien el Programa de HD es parte del Departamento de Salud Digital, las unidades que lo componen tienen definidas las funciones, presentada en los documentos entregados a la Comisión.

2.10. En cuanto a la Implementación. Apartado N°2

Informe	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.
Respuesta	Existe desde el año 2020, un sistema de seguimiento y monitoreo con indicadores de producción, demanda, tiempos de respuesta, resolutivez y otros indicadores epidemiológicos, distinguidos por Servicio de Salud y por establecimiento, todos ellos visualizados a través de Tableau. Este sistema también permite incorporar nuevos indicadores, Es importante resaltar, que esta es una fortaleza del Programa al utilizar las herramientas tecnológicas, que permiten contar con una base de datos disponible, en línea con toda la información necesaria para la construcción análisis y seguimiento de los indicadores, tal como la Comisión evaluadora evidenció. De esta manera, el Programa cuenta con un sistema de información que permite realizar una gestión eficiente y una mejor toma de decisiones.
Informe	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).
Respuesta	Con respecto al Consejo Asesor Ministerial, es importante considerar, que este no garantiza una instancia de coordinación más eficiente. Pese a esto se evaluará la pertinencia y oportunidad de su implementación.
Informe	El modelo de implementación vigente del Programa no cuenta con incentivos para que la APS haga de la telemedicina una práctica prioritaria.



Respuesta	Se han entregado incentivos a las redes para el uso del Programa. Sin embargo, consideramos que aún se pueden mejorar y buscar nuevos incentivos.
-----------	---

Informe	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.
---------	--

Respuesta	Considerando el propósito y en el marco del modelo sanitario chileno con un enfoque en la promoción y prevención, se definió como propósito para este Programa "Personas acceden oportunamente a información y prestaciones de salud priorizadas a través de la implementación de las estrategias de HD". El componente 5 (Capacitación y Difusión), si aporta al propósito en cuanto al acceso de información de salud a través de las plataformas HD, con un fuerte componente promocional y preventivo.
-----------	--

Informe	Indicadores de Calidad/Proceso
---------	--------------------------------

Respuesta	En cuanto a la evaluación de la calidad del servicio, paralelo a la realización de este informe, se inició un nuevo proceso de auditorías que incluye la evaluación de criterios específicos, para la calidad del servicio, para el usuario intermedio, con respecto a la evaluación sugerida por la Comisión, para la evaluación del usuario final, se iniciará el proceso de incorporación a las distintas plataformas.
-----------	---