

NOMBRE DEL PROGRAMA: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA UNIVERSAL

PROGRAMA REFORMULADO - VERSIÓN: 2
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD

CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

I. ANTECEDENTES

PROBLEMA

Las personas que no acceden a servicios esenciales e integrales de salud presentan un estado de salud desmejorado.

PROPÓSITO

Que las personas accedan a servicios esenciales de salud entregados de manera universal para disminuir las consecuencias negativas en la salud, debido a las barreras en el acceso.

JUSTIFICACIÓN DE LA REFORMULACIÓN

El diseño del programa se realizó antes de formar espacios de discusión con representatividad de actores relevantes para su implementación.

De aquellos espacios de discusión, en que se realizó la problematización que motiva la reforma de salud y las definición de las líneas estratégicas de la atención primaria de salud universal, se deriva la modificación del programa en función de responder al diseño global de la reforma de salud.

A ello se suma, que tras el primer año de implementación se realizaron distintas evaluaciones, cuantitativas y cualitativas, que permitieron adaptar los componente y ámbitos del programa en función de dar una mejor respuesta a las necesidades identificadas tras la implementación temprana.

Una última justificación del rediseño del programa responde a la revisión de indicadores tras el diseño del marco de monitoreo y evaluación de la universalización de la atención primaria, de la cual se desprenden los indicadores del programa.

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES			
Componente	Gasto estimado 2025 (Miles de \$ 2024)	Producción estimada 2025 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2025 (Miles de \$ 2024)
Cobertura universal a servicios esenciales en APS	34.457.478	3.423.222 (Personas)	10,07
Habilitadores para facilitar el acceso a servicios esenciales de APS	11.712.687	1.296.914 (Personas)	9,03
Estrategia de participación para la identificación de barreras de aceptabilidad de los servicios de APS	865.341	300 (Encuentros)	2.884,47
Gasto Administrativo	407.000		
Total	47.442.506		
Porcentaje gasto administrativo	1%		
Variación porcentual del gasto respecto a presupuesto inicial 2024	320,63%		

POBLACIÓN Y GASTO		
Tipo de Población	Descripción	2025 (cuantificación)
Población Potencial	La población potencial son las personas inscritas en los establecimientos de salud primaria del país	20.086.377 Personas
Población Objetivo		Programa Universal *
Población Beneficiaria	Todas las personas que viven, estudian o trabajan en las comunas del programa de APS inscritas en algún establecimiento de salud, independiente de su género, nacionalidad, condición socioeconómico, seguro de salud, entre otras condiciones.	5.705.370 Personas

* El programa no cuenta con población objetivo, dado que es universal.

Gasto por beneficiario 2025 (Miles de \$2024)	Cuantificación de Beneficiarios				
	2024	2025	2026	2027	2028
8 por cada beneficiario (Personas)	1.096.381	5.705.370	11.410.740	16.000.000	20.000.000

Concepto	2025
Cobertura (Objetivo/Potencial)	100%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	28%

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2025 (Estimado)
Porcentaje de variación de la tasa de Hospitalizaciones Evitables de personas con multimorbilidad por condiciones sensibles a la APS en el año t	((Número de hospitalizaciones evitables reportadas por el país de personas con multimorbilidad en las comunas del Programa de APS Universal en el año t - Número de hospitalizaciones evitables reportadas por el país de personas con multimorbilidad en las comunas del Programa de APS Universal en el año base) / Número de hospitalizaciones evitables reportadas por el país de personas con multimorbilidad en las comunas del Programa de APS Universal en el año t	<p>Dimensión: Eficacia</p> <p>Periodicidad: Cada 2 años</p> <p>Sentido de medición: Descendente</p> <p>Unidad de medida: Porcentual</p>	50%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2025 (Estimado)
Porcentaje de variación de personas que reciben servicios esenciales en el año t	(Número de personas que recién al menos un servicio esencial en las comunas de la APS Universal en el año t - Número de personas que recién al menos un servicio esencial en las comunas de la APS Universal en el año base) / Número de personas que recién al menos un servicio esencial en las comunas de la APS Universal en el año t	<p>Dimensión: Eficiencia</p> <p>Periodicidad: Anual</p> <p>Sentido de medición: Ascendente</p> <p>Unidad de medida: Porcentual</p>	7%
Porcentaje de personas de alto riesgo que ingresan a la estrategia de cuidados integrales en el año t	(Personas estratificadas como G3 en las comunas del programa de APS Universal ingresadas a la estrategia de cuidados integrales en el año t / Total de personas inscritas en las comunas del programa de APS Universal estratificadas como G3 en el año t) *100	<p>Dimensión: Eficacia</p> <p>Periodicidad: Anual</p> <p>Sentido de medición: Ascendente</p> <p>Unidad de medida: Porcentual</p>	10%
Porcentaje de comunas con planes de mejora de experiencia usuaria formulados con la comunidad en el año t	Número de comunas que ingresan en el Programa de APS Universal con planes de mejora de experiencia usuaria formulados con la comunidad en el año t / Número de comunas que ingresan al programa de APS Universal en el año t) *100	<p>Dimensión: Calidad</p> <p>Periodicidad: Anual</p> <p>Sentido de medición: Ascendente</p> <p>Unidad de medida: Porcentual</p>	100%

II. EVALUACIÓN

1. Atinencia : No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Diagnóstico

En el diagnóstico se solicita aclarar si las personas que no acceden a servicios esenciales e integrales de salud son aquellas que no están inscritas en los establecimientos de salud primaria, o son aquellas que pese a estar inscritas no acceden a servicios esenciales e integrales de salud. Por su parte, en el cuarto párrafo se define el término "cuidados esenciales", lo cual no es lo mismo que "servicios esenciales". Se solicita homologar conceptos en caso de que refieran a lo mismo.

Además, se deben presentar datos que permitan evidenciar la magnitud del problema, en relación con la población afectada y su evolución en el tiempo. Actualmente sólo se menciona "tomando datos de cobertura de FONASA y salud auto-percibida en la encuesta CASEN, identificó una fuerte correlación a nivel comunal entre la falta de acceso al nivel primario y el estado de salud de las personas".

Respecto a las causas identificadas se debe diferenciar claramente la primera de la segunda. Actualmente ambas dan cuenta de barreras de acceso para la atención en APS.

Por otro lado, deben presentar resultados positivos y/o negativos que se han logrado a través de la intervención, por medio de indicadores de desempeño y/o resultados de evaluaciones realizadas anteriormente. Se menciona "una última justificación del rediseño del programa responde a la revisión de indicadores tras el diseño del marco de monitoreo y evaluación de la universalización de la atención primaria, de la cual se desprenden los indicadores del programa", pero no se detallan los resultados de dichos indicadores.

Respectos a los cambios a implementar con la reformulación se señala que "existe cambio de población potencial, objetivo y beneficiaria, cambio en los componentes, estrategias e indicadores", pero se debe detallar y comparar cómo estaban planteados anteriormente y cómo están planteados actualmente, y el por qué de esta modificación.

Finalmente se deben presentar experiencias nacionales y/o internacionales, adicionales a la del mismo programa, que permitan avalar la pertinencia del tipo de intervención propuesta para la solución del problema principal ajustado, incorporando resultados o algún dato (y sus fuentes).

2. Coherencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Objetivos y poblaciones

El fin se vincula a la política pública a la que contribuye el programa, pero debe ajustarse de modo que esté a un nivel jerárquico superior al propósito (se sugiere utilizar el verbo "contribuir").

El propósito se debe ajustar para que corresponda a la solución del problema que el programa busca resolver en la población afectada, por lo tanto se deben utilizar los mismos conceptos y redactarlo como resultado alcanzado. Además, actualmente se señala una de las causas dentro del propósito (barreras de acceso), lo que no corresponde.

La población potencial ("personas inscritas en los establecimientos de salud primaria del país") no es la misma que la señalada en el enunciado del problema principal ("personas que no acceden a servicios esenciales e integrales de salud"). Estas poblaciones deben coincidir.

Dentro de los criterios de prelación se señala "si el programa no puede atender a la población beneficiaria al mismo tiempo en un año, el criterio de prelación serán las personas con estratificación de mayor riesgo de salud". Se debe explicar cómo y quién mide la condición de riesgo de salud de las personas.

Estrategia de intervención

Los tres componentes presentan aspectos que mejorar y corregir en algunos de sus elementos. En específico, en el primer componente se debe profundizar la descripción del bien o servicio (¿qué tipo de prestaciones de atención primaria?) y la forma en que se entregan, dado que sólo se señala que "el servicio se entrega posterior a la inscripción de la población en los establecimientos de APS". También se debe corregir la unidad de producción haciendo referencia al resultado directo en la población atendida (por ejemplo, "personas atendidas").

Respecto al segundo componente, no es claro el bien o servicio que se entregará a la población beneficiaria. Se solicita cambiar el nombre del componente (¿corresponde a atenciones de salud remota?). También se debe profundizar la descripción del bien o servicio y la forma en que éste se entrega. Además, se debe corregir la unidad de producción.

Para el tercer componente se debe profundizar la forma en que se entrega el servicio y corregir la unidad de producción y su meta, en línea con la población beneficiada por el componente.

En el apartado sobre la estrategia de intervención se debe ajustar la descripción de modo que se indique de qué manera se combinan los componentes para alcanzar el propósito, señalando si éstos se implementan de manera simultánea o consecutiva y cuál es el flujo de intervención desde el ingreso hasta el egreso de la población beneficiaria del programa.

Por último, no es comprensible que el programa dure 36 meses, pues cada componente dura 12 meses ¿los componentes se implementan de

manera consecutiva? Esto no queda claro en la formulación actual. Asimismo, se debe revisar la coherencia de que el programa señale que la población no egresa del programa pero luego se señala que sí pueden reingresar.

Articulaciones y complementariedades

Es preciso detallar más claramente cómo el programa se complementa con otras intervenciones y o programas de la misma institución. adicionalmente, se solicita corregir algunos errores en los textos de descripción, por ejemplo, en el segundo dice: "aunque salud mental contiene prestaciones que ya están per capitadas a nivel municipal", así como también: "estén articuladas con los flujos de abordaje y de derivación ya establecimientos". mientras que en la última descripción (sobre mantenimiento integral), se solicita borrar el texto "tiene menú contextual" que se desprende es un error en el ingreso de la información.

Enfoques de derechos humanos

Se debe explicar por qué el programa no incorpora el enfoque de género. El hecho de que sea un programa universal no justifica la no inclusión, dado que las acciones de género no sólo se pueden implementar en relación a la población que se focalice, sino que también a nivel de estrategia de intervención e indicadores.

En relación al enfoque de pertinencia territorial se debe indicar cuáles son las acciones concretas que se realizan a nivel de poblaciones (focalización y/o priorización) y en la estrategia de intervención. Lo presentado debe ser coherente con lo presentado en el apartado del diagnóstico sobre grupos que se ven mayormente afectados por el problema.

3. Consistencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Indicadores de propósito

El indicador de propósito no es permite para medir el propósito del programa (que las personas mejoren su estado de salud). El indicador que se presente debe permitir medir el cambio de estado de la población beneficiaria en relación al problema principal.

En términos de formulación, el denominador de la fórmula de cálculo debiese ser en relación al año t-1. Además, en la nota metodológica se debe explicar por qué el indicador permite medir el logro del propósito del programa, y se debe revisar la periodicidad ya que no es coherente que sea cada dos años.

Indicadores complementarios

En el primer indicador complementario se debe corregir la temporalidad del denominador de la fórmula de cálculo (año t-1).

El segundo indicador complementario no es pertinente porque no permite medir el logro del objetivo del componente. En este sentido, el indicador propuesto mide el porcentaje de personas de alto riesgo que ingresan a la estrategia de cuidados integrales, pero en el segundo componente no se indica que sólo se atienda a personas de alto riesgo.

Respecto al tercer indicador complementario no es claro que sólo el hecho de formular planes de mejora de experiencia usuaria de cuenta del cumplimiento del objetivo del componente (Aumentar la aceptabilidad de los servicios de APS mediante la identificación de barreras sociales y culturales para la utilización de éstos en las comunas pioneras). En la nota metodológica del indicador se debe explicar la relación para evaluar la pertinencia del indicador. Además, se debe incluir un paréntesis al comienzo de la fórmula de cálculo.

Sistemas de información

Se debe profundizar en el sistema de registro actual del programa y las mejoras que se planean efectuar para permitir hacer un seguimiento adecuado a la implementación. Además, el sistema de información debe ser centralizado, es decir, estar anidado y administrado por el servicio responsable del programa.

Gastos del programa

En relación a los gastos administrativos se debe incluir las horas que dedican los profesionales del nivel central a la gestión del programa (subtítulo 21).

Finalmente se deben revisar los montos ingresados porque el gasto total del programa (M\$47.442.506) no coincide con la desagregación por subtítulos (M\$47.035.506).