



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE HACIENDA  
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

## **INFORME FINAL DE EVALUACIÓN**

**PROGRAMA DE PRESTACIONES  
COMPLEJAS  
(P. COMPLEJAS)  
FONDO NACIONAL DE SALUD  
MINISTERIO DE SALUD**

**PANELISTAS:  
CECILIA TORCHE (COORDINADORA)  
GONZALO VALDIVIA  
SOLEDAD UBILLA**

**SEPTIEMBRE 2000**

# **INFORME FINAL**

**NOMBRE DEL PROGRAMA : PROGRAMA DE PRESTACIONES COMPLEJAS**  
**AÑO DE INICIO : 1994**  
**MINISTERIO RESPONSABLE : MINISTERIO DE SALUD**  
**SERVICIO RESPONSABLE : FONASA**

**INTEGRANTES**      **SOLEDAD UBILLA**  
                         **GONZALO VALDIVIA**  
                         **CECILIA TORCHE ( Coordinador)**

**SEPTIEMBRE DE 2000**

## Glosario

1. **Actividad comprometida:** Régimen de actividad que los establecimientos acuerdan desarrollar conforme la negociación con Fonasa. Queda explicitada en los compromisos de gestión.
2. **Afiliados Grupo A:** Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales y causantes del subsidio único familiar.
3. **Afiliados Grupo B:** Afiliados cuyo ingreso no exceda de \$100.000 y sus respectivas cargas.
4. **Afiliados Grupo C:** Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior a \$100.000 y no exceda de \$ 146.000 y sus respectivas cargas, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el que serán considerados en el Grupo B.
5. **Afiliados Grupo D:** Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior a \$146.000 y sus respectivas cargas, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el que serán considerados en el Grupo C.
6. **Beneficiario legal del programa:** persona adscrita al sistema público de salud sea en modalidad MAI o MLE.
7. **Beneficiarios efectivos del programa:** se refiere a los beneficiarios que reciben directamente la prestación compleja.
8. **Capacidad resolutive cualitativa:** relacionada con la definición de capacidad resolutive. Puede ser estimada considerando el porcentaje de consultas derivadas con relación al total de consultas.
9. **Capacidad resolutive cuantitativa:** Término referido a la capacidad de resolución de consultas en relación con la demanda total de consultas.
10. **Capacidad resolutive de los establecimientos:** Nivel de resolución de problemas de salud que el establecimiento es capaz de otorgar.
11. **CEC :** Circulación extracorpórea
12. **Conducto arterioso persistente:** comunicación vascular normal en la vida fetal que persiste después del nacimiento, debiendo obliterarse.

13. **Control social:** Mecanismo de control que ejercen sobre el programa los beneficiarios de él en la medida que conocen y están informados de las condiciones de operación de éste.
14. **Demanda potencial:** corresponde a la población beneficiaria que podría en algún momento requerir de prestaciones complejas. Se utilizan indicadores epidemiológicos para establecerla.
15. **Dinred :** División de Inversiones y desarrollo de la red asistencial, Minsal.
16. **Disap :** División de Salud de las Personas, Minsal.
17. **Disrrafias:** Conformación anómala de la columna vertebral en la cual segmentos de ella se exponen al exterior.
18. **Escoliosis:** desviación anormal de la columna vertebral en el plano sagital.
19. **Estenoraquis:** compresión de la médula espinal en la región distal por factores externos (hernias de discos intervertebrales, tumores) o internos.
20. **Etesa :** Departamento de Evaluación de Tecnologías, Normas y regulación, Minsal.
21. **Financiamiento protegido:** equivale a la financiación de prestaciones según un régimen de actividades establecidos de común acuerdo por Fonasa, Minsal y Servicios de Salud.
22. **Gastrectomía:** extirpación quirúrgica del estómago, parcial o total, usualmente por enfermedad tumoral maligna o ulcerosa.
23. **HUAP:** Hospital de Urgencia Asistencia Pública
24. **Incidencia :** corresponde al número de nuevos casos de una enfermedad en relación con el total de población en riesgo o susceptible. Se relaciona a un periodo de tiempo y lugar definido.
25. **Infección intrahospitalaria:** Infección que afecta algún órgano o sistema que aparece durante la estadía en atención cerrada (a partir de las 48 horas posterior al ingreso al centro). Suele utilizarse como indicador de calidad técnica de los cuidados médicos.
26. **Letalidad :** porcentaje de pacientes que fallece por una condición determinada con relación al total de afectados por esta condición.

27. **MAI** Modalidad Atención Institucional, los beneficiarios que se atienden bajo esta modalidad deben realizar un copago que depende de su tramo de ingreso: 0% para los tramos A y B. 10% para el tramo C y 20% para el tramo D.
28. **MLE** : Modalidad libre elección, pueden acceder a ella todos los cotizantes de FONASA (7%) y sus cargas familiares y los que gozan de subsidio de cesantía y sus cargas familiares. El copago realizado por el beneficiario depende del nivel en que esté inscrito el profesional o la institución en que se atienda.
29. **Mortalidad operatoria**: porcentaje de pacientes fallecidos durante o en el período inmediato a una intervención quirúrgica determinada.
- Otorgada en establecimientos especializados.
  - Otorgada por profesionales calificados
30. **PAD** : Modalidad de pago asociado a diagnósticos. El pago involucra el reembolso a un precio fijo, estandarizado de acuerdo a un número determinado de actividades concentradas durante la atención.
31. **Pancreato-duodenectomía** : Cirugía digestiva consistente en la extirpación quirúrgica simultánea del páncreas y un segmento del duodeno.
32. **PPP** : Modalidad de pago Institucional en el que se paga por prestaciones
33. **Prestación compleja**: aquellas prestaciones de alta complejidad, destinadas al diagnóstico, tratamiento, o rehabilitación de un problema de salud y que cumplan con los siguientes requerimientos: a)requieran de la participación de recurso humano médico de alta calificación técnica, b) necesiten de apoyo tecnológico complejo, c)deban ser brindadas en establecimientos hospitalarios con dotación de equipamiento, infraestructura y espacio físico ad-hoc a la complejidad del caso.
34. **Prevalencia**: porcentaje de población portadora de una determinada patología. Considera a los casos nuevos de enfermedad y a los antiguos.
35. **Prioridad programática**: aquella determinada por el análisis epidemiológico y clínico de un problema de salud.

36. **Prioridad social:** aquella determinada por el impacto y trascendencia social derivada de la falta de resolución de un problema de salud. Es independiente del volumen y de la frecuencia de la patología (Ej. Trasplante hepático, fisura palatina).
- Requiera apoyo diagnóstico sofisticado y de alto costo
37. **Sobrevida:** periodo de tiempo vivido posterior a una determinada intervención o procedimiento. En relación con cáncer o enfermedades crónicas se expresa en término de 5 0 10 años.
38. **Tasa ajustada por edad:** tasa (mortalidad, morbilidad) en la cual se neutraliza el efecto de la composición por edad de la población a partir de la cual se calcula. Permite comparar tasas entre diferentes grupos poblacionales.

## INFORME FINAL

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA</b>	<b>:</b>	<b>PROGRAMA DE PRESTACIONES COMPLEJAS</b>
<b>AÑO DE INICIO</b>	<b>:</b>	<b>1994</b>
<b>MINISTERIO RESPONSABLE</b>	<b>:</b>	<b>MINISTERIO DE SALUD</b>
<b>SERVICIO RESPONSABLE</b>	<b>:</b>	<b>FONASA</b>

### RESUMEN EJECUTIVO

#### 1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Respondiendo al diagnóstico de la situación inicial donde:

- a) los problemas derivados del cambio en el perfil demográfico y epidemiológico experimentados en el país, consecuencia del envejecimiento poblacional y el progresivo incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y daños por accidentes y violencias, generan una creciente demanda por intervenciones de alta complejidad que no son adecuadamente satisfechas por los servicios de salud del país,
- b) y donde los servicios de salud públicos no están siendo adecuadamente financiados dado que las prestaciones de alta complejidad que se realizan no se pagan de acuerdo a su costo real<sup>1</sup> y cuando se llevan a cabo tienen un gran impacto en el gasto total de los hospitales, se crea el Programa de Prestaciones Complejas en 1994.

En términos generales, el Programa busca garantizar a los beneficiarios del sistema el cumplimiento del mandato constitucional que garantiza el libre e igualitario acceso a las prestaciones de salud a quienes lo requieran y en particular, a aquellos beneficiarios que demanden prestaciones que por su elevado costo, adquiere el nivel de prestaciones catastróficas.

De la información disponible se desprende el siguiente conjunto de objetivos explícitos:

- I. Disminución de listas de espera en patologías catastróficas en un marco de oportunidad en el acceso y calidad en la atención de salud.
- II. Implementación, mejoría y mantención de los mecanismos de pago para atención de prestaciones complejas.
- III. Garantizar la equidad de acceso a estas prestaciones.
- IV. Relevar la necesidad de priorizar los problemas de salud
- V. Entregar derechos explícitos a los beneficiarios
- VI. Asociar financiamiento de las prestaciones a resultados
- VII. Fortalecer la separación y complementación de las funciones del sector público.

El programa está definido y actúa a escala nacional, estructurándose como un programa de carácter financiero bajo la responsabilidad de Fonasa. El Minsal desempeña un rol técnico en términos de definir las prestaciones complejas que el programa debe incluir o sobre las cuales se debe aumentar la oferta nacional. Adicionalmente acredita los centros de referencia que participan en la ejecución del programa. Si bien estas funciones son de importancia, la responsabilidad final dada la naturaleza del programa, radica en Fonasa como unidad ejecutora. Un tercer nivel en su estructura le compete a los Servicios de Salud con quienes se establecen los contratos de

<sup>1</sup> . La introducción del pago asociado a diagnóstico (PAD) como mecanismo de pago del programa (a partir de prestaciones de alta complejidad seleccionadas en función de las prioridades de salud), es un instrumento que mejora la eficiencia productiva, estableciendo un precio para una canasta de atenciones de salud vinculadas con la resolución de un problema de salud específico, compartiendo el riesgo entre el financiador y el proveedor (ya que se calcula sobre la base de costos medios basados en la frecuencia de uso promedio esperada para cada atención incluida en la canasta).

gestión. Estos actúan como garantes de que en los establecimientos encargados de otorgar las prestaciones incluidas en el programa, éstas se realicen en los beneficiarios de Fonasa.

Los componentes del programa son los siguientes:

1. **Prestaciones de alta complejidad definidas y priorizadas:** el producto generado son las prestaciones de alta complejidad incluidas en el programa, para lo cual se realiza en conjunto con las Comisiones Técnicas del Minsal y Fonasa su selección y priorización. Todas las prestaciones incluidas en el programa se correlacionan con las prioridades sanitarias del país con excepción del trasplante hepático y la atención integral a fisurados.
2. **Centros de referencia acreditados y capacidad resolutive de los mismos estimada:** existe un avance importante en el proceso de acreditación de centros (se han acreditado 74 centros a la fecha). De los 28 centros de referencia del programa han sido acreditados 20. La División de Inversiones del Minsal diseñó los instrumentos de acreditación y ha realizado el proceso de acreditación en el país. Este es un proceso voluntario dado que no existen mecanismos que obliguen a los centros para su acreditación. Persisten insuficiencias para estimar la capacidad resolutive global del país (que considere también el análisis de los prestadores privados)
3. **Mecanismos de Pago a prestadores diseñado y precio para cada prestación compleja incluido en el programa definido:** el producto generado es una canasta integral de prestaciones y un precio asociado a diagnóstico específico. El proceso de generación de la canasta se realiza a partir de lo concordado con las comisiones técnicas, el cual es ajustado mediante la revisión de fichas para estimar las frecuencias promedios y los precios unitarios de cada prestación, utilizando el arancel Fonasa como referencia. El precio final (PAD o pago asociado a diagnóstico) es la sumatoria del producto de las frecuencias promedio y los precios unitarios para cada prestación que se acuerda incluir en la resolución del diagnóstico.
4. **Compromisos establecidos y recursos financieros asignados:** el producto generado son los contratos de gestión entre Fonasa y los Servicios de Salud, con definición clara de actividades y de flujos financieros, lo que permite una mejor organización de la gestión de los prestadores. El desarrollo de este instrumento se realizó en conjunto con la Unidad de Gestión de Servicios dependiente de la Subsecretaría de Salud y posteriormente se ha ido perfeccionando en conjunto con Fonasa y los aportes de los Servicios de Salud, basados en la experiencia acumulada.
5. **Prestaciones complejas realizadas por los ejecutores:** constituye el componente fundamental del programa. El producto es la entrega de estas prestaciones a los beneficiarios de Fonasa en todo el país. La evolución de la entrega de prestaciones complejas, en los tres años de ejecución del programa indica que se han incrementado en 11.505 (175%) las prestaciones que se otorgan a los beneficiarios en el área de alta complejidad, en un programa que representa aproximadamente el 2% del gasto total en salud de Fonasa. La realización de las prestaciones está a cargo de los centros acreditados, la selección de pacientes se hace en función de la derivación hacia los centros acreditados y el volumen total de prestaciones se ajusta al contrato de gestión anual.
6. **Control, monitoreo, evaluación y reliquidación de los recursos realizados:** fundamentalmente se realiza un seguimiento y evaluación del cumplimiento de las actividades y control financiero del mismo, garantizando que los recursos lleguen a los beneficiarios de Fonasa y se reasignen los recursos financieros en caso de que los centros de atención no puedan cumplir con las metas comprometidas (se usa en este caso el mecanismo de reliquidación).

A partir de la puesta en marcha del programa, se ha producido un crecimiento de beneficiarios efectivos de un 210,7% entre 1994-1999 y si se cumple la programación del 2000 el incremento total de beneficiarios efectivos crecerá en un 247,9%, que significa en términos absolutos un total de 11.154 personas más que en 1999 han podido acceder a estas prestaciones respecto de 1994.

A pesar del importante crecimiento del programa, se observa un crecimiento de las brechas de demanda insatisfecha en algunas prestaciones (cardiociugía, neurocirugía, trasplante renal, cuidados paliativos del cáncer terminal). Al respecto, debe considerarse que la disponibilidad de estas prestaciones para el sector de salud público ha hecho que se exprese una demanda que antes permanecía oculta así como se ha generado nueva demanda debido a la disponibilidad de nuevas tecnologías que permiten tratar patologías que previamente no tenían solución, razón por la cual es esperable el efecto observado. A lo anterior también debe agregarse el crecimiento sostenido en el total de beneficiarios en los últimos años.

## 2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

### 2.1. A nivel de Diseño del Programa

El diseño del programa es adecuado en función del problema que quiere enfrentar (**“problemas de salud derivados del perfil epidemiológico actual, que presentan demanda insatisfecha para intervenciones de alta complejidad necesarias en su resolución”**). El diseño es coherente con las prioridades sanitarias del país y es adecuado en función de los problemas que espera solucionar, ya que se incorporan intervenciones fundamentadas en su efectividad técnica, de acuerdo a la evaluación realizada por los expertos nacionales.

El panel evaluador reconoce que la adecuación del modelo de atención y de la producción de servicios de salud para responder a los cambios del perfil epidemiológico, desde una perspectiva integral que incluya prevención y promoción del cuidado de la salud (“desde abajo”), debe ser gradual y asimétrico. El programa se aboca a ir resolviendo progresivamente “desde arriba”, el problema generado por los pacientes que no fueron diagnosticados oportunamente en sus enfermedades crónicas, y que forman parte de una demanda por estas prestaciones que el sistema de salud público debiera satisfacer, basado en la gravedad de las enfermedades que justifican estas intervenciones. Adicionalmente el programa va incorporando prestaciones que buscan dar una respuesta más integral a las áreas de intervención seleccionadas (por ejemplo, drogas inmunosupresoras para los pacientes trasplantados, angioplastias, valvuloplastias y cineangiografias en cardiociugía), e incorporando en los PAD todas las acciones vinculadas a un diagnóstico específico que digan relación con su resolución quirúrgica de alta complejidad.

La elección del mecanismo de pago utilizado, así como el establecimiento de contratos de gestión que aseguran que los recursos lleguen efectivamente al prestador (centro acreditado), nos parece un adecuado diseño ya que permite que los recursos sean realmente asignados a la realización de las prestaciones de salud comprometidas por los Servicios de Salud para el Programa Complejas y no sean utilizados en otras necesidades financieras que surjan de la operación habitual de los servicios de salud públicos. Esta opinión ha sido también reforzada por los comentarios muy favorables de los responsables clínicos directos de la ejecución de prestaciones complejas que fueron entrevistados en los centros acreditados por el programa.

La existencia de este programa con cobertura total para los beneficiarios de Fonasa, permite que se disponga de intervenciones de alta complejidad para ofrecérselas a la población más pobre del país lo cual ciertamente contribuye a la equidad en salud.

En opinión del panel de expertos, no existen razones para una reformulación del diseño del programa, - proponiéndose sólo su perfeccionamiento en términos de agregar componentes que apuntan a un mayor desarrollo de algunas áreas más deficitarias que por su importancia pueden impactar en la obtención de los resultados esperados. Estas adiciones están relacionadas especialmente con la identificación de población potencialmente beneficiaria y medición de resultados en los aspectos clínicos, sanitarios, así como el hecho de considerar como una variable del programa los cambios en el desarrollo tecnológico que operan en el ámbito de acción de este programa.

El Programa de Complejas dio origen posteriormente al **Seguro Catastrófico** (1998), lo cual significó un importante cambio al pasar desde una óptica basada en la oferta (el programa consideraba la capacidad instalada de la red para comprometer una oferta anual de prestaciones) hacia una mirada desde la demanda.

En este cambio el Seguro Catastrófico, como una entidad integral, se compromete con los beneficiarios en cuanto a las garantías de derecho respecto de protección, cobertura y oportunidad de la atención en un conjunto de patologías de alto costo, que actualmente son todas las prestaciones que entrega el Programa de Complejas.

### 2.3. A nivel de Organización y Gestión

La organización general del programa de prestaciones complejas se adecua al propósito y fin enunciados por la Institución responsable. La estructura organizativa requerida para poder cumplir con los objetivos planteado requirió de la articulación con el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y otras instituciones, exigiendo adecuados niveles de coordinación para lograr una gestión exitosa.

Así, Fonasa juega un rol protagónico en el análisis de antecedentes que justificaron la apertura del programa, en lo referente a los estudios de costo, elaboración de canastas, mecanismos de transferencia de recursos y control de gestión. Se involucran en el programa la mayor parte de los departamentos y Subdepartamentos de esta repartición, los cuales se aprecian identificados y comprometidos con él.

En forma novedosa, un programa que aparece a primera vista como "programa de salud", se concentra en sus aspectos financieros, transformándolo finalmente en un programa financiero. Lo novedoso desde el punto de vista de gestión es que la responsabilidad recae en Fonasa y no en el Ministerio de Salud.

Las responsabilidades de corte sanitario puro, relacionada con procesos de acreditación, inserción de nuevos subprogramas, coordinación técnica con los servicios de salud, desarrollo de estudios específicos de redes de atención, evaluación clínica de resultados han recaído en el Ministerio de Salud a través de sus departamentos y unidades técnicas, con importante participación de los prestadores clínicos involucrados en el programa. Esta circunstancia, lejos de incomodar a los prestadores a sido destacada por ellos en cuanto imprime a la gestión un estímulo, obligando a gestionar responsablemente los recursos dados los compromisos adquiridos.<sup>2</sup> Es importante destacar que la existencia de presupuestos "protegidos" para la realización de estas prestaciones ha sido un incentivo para los centros de alta complejidad, ya que reduce fuertemente el conflicto organizacional hospitalario respecto de las decisiones de asignación de recursos (siempre escasos) entre resolver pocas actividades de alto costo y la posibilidad de resolver muchos problemas de menor costo, lo cual ha permitido que en definitiva los beneficiarios (muchas veces en riesgo de muerte) que requieren de estas atenciones complejas puedan finalmente acceder a ellas.

### 2.3. Conclusiones sobre Eficacia

Del análisis realizado se concluye que el programa es altamente eficaz en el cumplimiento del logro de su propósito es decir la realización de prestaciones complejas de salud, que son acordes con las prioridades sanitarias en beneficiarios de Fonasa. Esto se debe a un adecuado diseño de sus componentes en términos de su efectiva contribución al logro del propósito, así como por que todos sus componentes se realizan adecuadamente.

- La mayoría de las prestaciones incluidas en el programa responden a las prioridades sanitarias del país (excepto trasplante hepático y atención a fisurados).

<sup>2</sup> Entrevistas realizadas a profesionales responsables del Hospital Dr. Roberto del Río y San Juan de Dios

- Acreditación creciente de los centros de atención (es importante agregar que el 65% de ellos mejoró sus condiciones en una segunda evaluación).
- El mecanismo de pago elegido permite que el financiamiento se destine efectivamente a las prestaciones complejas (98% del presupuesto se utiliza en este componente).
- Los compromisos de gestión entre Fonasa y los prestadores se cumplen en un 99% durante 1999, lo cual es una constante durante todos los años de ejecución del programa (97% de cumplimiento el primer año).
- Entrega de prestaciones complejas, en los tres años de ejecución del programa se han incrementado en 30.192 (346,5%) las prestaciones que se otorgan a los beneficiarios en el área de alta complejidad y en forma estimada se calcula un crecimiento neto de más de 9.638 (143,6%) pacientes que gracias al programa lograron ser atendidos, en un programa que representa solo el 2% del gasto total en salud de Fonasa.
- Monitoreo y evaluación del cumplimiento del programa se llevan a cabo adecuadamente, garantizando que las prestaciones sean otorgadas solo a beneficiarios de Fonasa y se financian solamente las prestaciones realizadas reasignándose recursos mediante el sistema de reliquidación.

Adicionalmente es necesario destacar que existe una alta valoración de parte de los usuarios por el programa, existe un sistema de recepción y respuesta a reclamos de los pacientes y se ha realizado una importante campaña de difusión de los derechos de los pacientes respecto de lo que incluye el programa.

No existe discriminación para el acceso al programa por ingresos (gratuidad total de las prestaciones) y de la información analizada (comportamiento de las listas de espera en cardiocirugía) tampoco hay diferencias geográficas en términos de que los pacientes que residen en las zonas donde existen los centros de atención tengan menores listas de espera que otras regiones.

#### **2.4. Conclusiones sobre la Eficiencia**

- El programa se visualiza como eficiente en la medida en que los mayores recursos se orientan al aumento de la cobertura de beneficiarios y de prestaciones, que son superiores al mayor valor promedio de ellas.
- El mayor incremento en el monto asignado(161%) ha sido eficientemente administrado, debido a que se ha incrementado en forma importante, la cobertura en prestaciones (133%) y el número de beneficiarios atendidos(103%) y su costo promedio ha sido inferior en 22%.
- La introducción del pago asociado a diagnóstico (PAD) como mecanismo de pago del programa, a partir de prestaciones de alta complejidad seleccionadas en función de las prioridades de salud, es un instrumento que mejora la eficiencia productiva, mediante el establecimiento de un precio para una canasta de atenciones de salud vinculadas con la resolución de un problema de salud específico, compartiendo el riesgo entre el financiador y el proveedor (ya que se calcula en función de los costos medios de las prestaciones, basados en una frecuencia de uso promedio esperada para cada atención incluida en la canasta).
- El contrato de gestión con los Servicios de Salud en términos del volumen total de recursos que se transfieren y los momentos en que las instituciones tendrán estos, permite ahorros por una mejor programación de la compra de insumos
- Asimismo, el porcentaje de costos administrativos, respecto del gasto efectivo total del programa, representa un porcentaje inferior al 2%, lo que denota eficiencia administrativa. Si se compara con indicadores normales para el sector público y privado de alrededor de 10% y más, se avala la calificación de eficiente.
- La reliquidación semestral de las transferencias en función del porcentaje de ejecución por parte de los centros de salud, garantiza que integralmente se utilicen todos los recursos disponibles para el programa
- La capacidad de ejecución del programa muestra un cumplimiento de casi el 100% en los tres últimos años, situación que se debe principalmente a la existencia de contratos de gestión con los ejecutores del programa, que permite la existencia de "recursos financieros protegidos" para la ejecución de estas prestaciones, lo que asegura la eficiencia en la asignación de los recursos.

- Existen algunos desequilibrios geográficos en el otorgamiento de las prestaciones, existiendo mayor carencia de estas en la Región Norte, en temas como Transplante Renal, Cardiocirugía y Neurocirugía, lo que afecta la equidad en el acceso. Es importante destacar que el programa, procura salvaguardar esta equidad, generando la apertura de cupos de los centros acreditados a los Servicios de salud donde no existe la resolución de la prestación. Es conveniente destacar que dada la complejidad de las prestaciones, debe existir un número de pacientes crítico que asegure la calidad del servicio, para que se justifique establecer un centro de prestaciones complejo, de modo de contar con el personal calificado debidamente entrenado para atender estos casos.
- Para definir en mejor forma las prestaciones priorizadas, es necesario el desarrollo de protocolos clínicos y la realización de estimaciones de demanda esperada a escala nacional.
- Se requiere la incorporación de protocolos clínicos que permitan una mayor transparencia en el acceso a las prestaciones. Aunque es importante destacar que el programa, procura salvaguardar la equidad en el acceso generando la apertura de cupos de los centros acreditados a los Servicios de salud donde no existe la resolución de la prestación.
- Se requiere avanzar en el logro de una actualización permanente de los centros acreditados y el cumplimiento de los estándares de calidad en plazos prefijados.

## 2.5. Análisis sobre el logro del Fin

El programa contribuye claramente al logro del fin enunciado. *El conjunto de acciones desplegadas contribuye a lograr una mejoría importante en la calidad de vida de los beneficiarios, la que en casos extremos significa salvar vidas.*

Las actividades de los diferentes subprogramas de prestaciones complejas han llenado un vacío de cobertura cualitativo y cuantitativo. En lo cualitativo, la oferta de servicios clínicos se amplía substantivamente incorporando y respetando el concepto de ubicación geográfica de la población beneficiaria. Cuantitativamente, el programa logra sostener un régimen de actividad muy por sobre el nivel histórico observado previo a su puesta en marcha.

El instrumento utilizado, mecanismo de pago asociado a diagnóstico y presupuestos protegidos mediante compromisos de gestión entre Fonasa y los Servicios de Salud, para llevar a cabo las atenciones de salud programadas, es altamente eficaz porque permiten relacionar las acciones financiadas con resultados en salud referente a la resolución de un diagnóstico específico (prueba de ello es que más del 95% de los recursos del programa se destinan a la realización de las prestaciones complejas).

## 2.6. Continuidad de la justificación

En virtud del perfil epidemiológico del país y su transición hacia un mayor envejecimiento, los problemas de salud que dieron origen al programa se mantienen y posiblemente irán en incremento la demanda por prestaciones del programa. Además la necesidad de estimular el desarrollo de una oferta de alta calidad en el área de prestaciones complejas, es y seguirá siendo un tema relevante para garantizar respuesta a este tipo de problemas. Dado lo expresado previamente, a juicio del panel evaluador, se justifica la continuidad del programa, con el fin de continuar generando los éxitos observados en este programa.

## 2.7. Sostenibilidad del Programa

El programa de seguro es sostenible en la medida que existe evidencia respecto del desarrollo y fortalecimiento de la capacidad institucional de la red asistencial para satisfacer las necesidades de cubrir enfermedades catastróficas de los beneficiarios de FONASA y que desde el punto de vista financiero, a pesar de ser

prestaciones costosas, en suma representan un porcentaje muy bajo del presupuesto total del sector.

El desarrollo de un catastro actualizado de oferta pública y privada disponible en el país para este tipo de prestaciones, así como el desarrollo de acciones tendientes a orientar la inversión futura de salud de la red asistencial pública, son actividades que el programa debe llevar a cabo para garantizar el crecimiento dirigido de una oferta de alta complejidad que responda gradualmente a las prioridades sanitarias del país.

Adicionalmente es necesario revisar con los centros académicos formadores de especialistas, el crecimiento en la masa de recursos técnicos altamente capacitados en las áreas críticas, de manera que el esfuerzo de inversión física y tecnológica se acompañe en forma armónica de un crecimiento equivalente de recursos humanos especializados.

Un cambio en el escenario que podría repercutir en el programa, es la reciente aparición del Seguro Catastrófico de las Isapres. Debido a la baja disponibilidad de oferta privada para cubrir estas atenciones a costos razonables, las Isapres buscarán establecer convenios con la oferta pública calificada disponible en el país (especialmente en regiones), esto es los centros acreditados que participan del programa. Esto puede repercutir seriamente en la oferta de algunos recursos muy limitados (por ejemplo, camas UCI) con las que actualmente Fonasa cuenta para brindar estas prestaciones a sus afiliados, al tener que competir con la compra privada (la cual también puede incluir formas alternativas de pago de honorarios privados a los médicos que trabajan en los centros públicos). Dado este nuevo escenario, se hace indispensable que se aborde el problema con mirada de país, tomando los resguardos necesarios para que los más pobres no sean una vez más postergados y la prioridad en el acceso sea basada en criterios clínicos de urgencia.

## **2.8. Principales aprendizajes**

El programa ofrece innovaciones significativas respecto a como funcionan otros programas de salud en la red asistencial pública, cuyas definiciones y formas de gestión son bien recibidas en el ámbito local por los ejecutores directos (especialistas de los centros acreditados).

La unidad ejecutora no ha limitado su responsabilidad a una mera transferencia de recursos, sino que se ha involucrado en la gestión misma del programa. Lo anterior ha constituido un positivo feed - back que permite afinar detalles que han emergido de la puesta en marcha del programa. Los ejecutores (establecimientos) han incorporado también el aprendizaje obtenido durante la aplicación del programa.

Concluimos que la elección del mecanismo de pago (Pago asociado a diagnóstico) en el programa, permite efectivamente, ligar el financiamiento a resultados, ya que los recursos financieros que dispone el prestador solamente están disponibles si éste realiza las prestaciones complejas comprometidas en el contrato de gestión (en caso de que las prestaciones no se realicen existe el mecanismo de reliquidación para reasignar estos recursos). Esto ha permitido mejorar la gestión financiera de los establecimientos prestadores (centros acreditados para el programa), permitiendo aumentar la eficiencia en el uso de los mismos. La definición de un financiamiento "protegido" dentro del presupuesto del sector asignado a los Servicios de Salud, mediante los contratos de gestión, para la ejecución específica de estas actividades es también un elemento del diseño del instrumento que redunda en su eficacia, ya que impide su utilización en otras necesidades de la operación de los establecimientos de salud.

Finalmente, consideramos que el diseño del programa es perfectamente posible hacerlo extensivo a otras áreas del sector salud, donde se garantice que en definitiva la expansión de recursos del sector público se traduzcan en la realización de prestaciones de salud para resolver los problemas de los beneficiarios de Fonasa, que es en definitiva el objetivo final del quehacer del sector salud.

## 2.9. Principales recomendaciones

### III. PRIORIZACION DE LAS RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES	INSTITUCION RESPONSABLE	REQUERIMIENTOS
<b>Recomendaciones que requieren recursos adicionales:</b>		
<p><b>1. Estimación y dimensionamiento de la demanda no satisfecha o beneficiarios potenciales del programa</b>            Con el fin de dimensionar en forma más adecuada el crecimiento del programa, se recomienda incorporar estrategias tendientes a mejorar el nivel de información respecto de la población potencialmente beneficiaria a través de un adecuado manejo de las listas de espera y un mejoramiento de los sistemas de derivación de pacientes, así como estudios de incidencia.</p>	MINSAL	Constitución de grupo de expertos  Definición de términos de referencia y realizar estudios de demanda  Establecimiento de procedimientos para manejo de listas de espera
<p><b>2. Mejorar la calidad y cantidad de oferta de prestaciones de alta complejidad</b> mediante la inversión en infraestructura y adquisición de tecnologías en la red pública. Para ello se recomienda que el programa participe en el proceso de decisión de la inversión pública en materia que le compete.</p>	MINSAL y FONASA	Profundización en estudios de red específicos para este programa. Proposición y desarrollo de nuevos proyectos de inversión pública cuando sea necesario. Contratación de personal calificado para la realización de las prestaciones.
<b>Recomendaciones que no requieren recursos adicionales:</b>		
<p><b>3. Incorporar en el diseño del Programa, el análisis de la gestión y resultados clínicos, diseño de protocolos de atención y de seguimiento de indicadores de resultados biomédicos.</b>            Con el objeto de evaluar en forma más integral el desempeño del programa, es importante incorporar estos indicadores.</p>	MINSAL-FONASA	Constitución de grupo de expertos Establecimiento de protocolos y definir indicadores de seguimiento del resultado clínico de las intervenciones Diseño y puesta en marcha de los procedimientos de registro y análisis de la información.

estudios de costo respectivos. Para la implementación del programa, todos los años se conviene con los Servicios de Salud que tienen en su red centros de alta complejidad los compromisos de gestión necesarios para la realización de las prestaciones definidas.

La estimación de la demanda y la oferta potencial de las prestaciones incluidas en el programa, es tarea asumida por los profesionales del FONASA en una relación directa con los centros de referencia acreditados (oferta) y expertos en epidemiología del MINSAL (demanda).

La asignación de recursos al sector salud ha estado ligada históricamente a su estructura organizacional, es decir a los gastos de las unidades productivas existentes (pago a factores productivos: recursos humanos, insumos, mantención, etc.), sin que ello tenga un correlato efectivo respecto a la realización efectiva de acciones de salud y su impacto en la población.

El programa ha diseñado mecanismos de pago que buscan relacionar el financiamiento con la ejecución efectiva de las prestaciones de salud, de manera tal de resguardar el buen uso de los recursos. La introducción del pago asociado a diagnóstico (PAD) como mecanismo de pago del programa (a partir de prestaciones de alta complejidad seleccionadas en función de las prioridades de salud), es un instrumento que mejora la eficiencia productiva, estableciendo un precio para una canasta de atenciones de salud vinculadas con la resolución de un problema de salud específico, compartiendo el riesgo entre el financiador y el proveedor (ya que se calcula sobre la base de costos medios basado en la frecuencia de uso promedio esperada para cada atención incluida en la canasta).

Por otra parte, el establecimiento de contratos de gestión entre Fonasa y los Servicios de Salud para la realización y monitoreo de las prestaciones programadas anualmente, en la práctica constituye la definición de un financiamiento "protegido" del presupuesto sectorial asignado a los Servicios de Salud. Esto asegura que dicho financiamiento se destine a la ejecución específica de estas actividades, lo que también es un elemento del diseño del instrumento que redundará en su eficacia, ya que impide su utilización en otras necesidades de la operación de los establecimientos de salud.

## **2. Justificación del Programa**

La justificación del programa descansa en supuestos derivados de estimación y progresión de la demanda. Las características epidemiológicas actuales del país, en pleno proceso de transición avanzada, permiten predecir con alto grado de certeza, que los problemas de salud que originan el programa se mantendrán y probablemente irán en incremento en el corto y mediano plazo. Por consiguiente es también esperable un incremento en la demanda de prestaciones en el tratamiento de las patologías que las condicionan.

Se utilizan instrumentos legales de amplio alcance para respaldar la necesidad de crear este Programa, los que permiten :<sup>1</sup>

- Establecer un conjunto de políticas y acciones que permiten satisfacer con calidad, equidad y eficiencia las necesidades, expectativas y exigencias sanitarias del ciudadano, en especial de los beneficiarios del sector público de salud.
- Perfeccionar el sistema de seguros y de proveedores de prestaciones de salud orientándolos hacia una mayor eficacia, equidad y transparencia, a objeto de garantizar a toda la población el acceso a prestaciones de calidad, cobertura, oportunidad y eficiencia, con especial énfasis en quienes disponen de menos recursos y se encuentren en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad.
- Desarrollar la participación de los usuarios y prestadores en la provisión de salud con énfasis en la satisfacción de las necesidades, expectativas y exigencias de los primeros. Esto se traducirá en un compromiso permanente entre los prestadores y usuarios tendiente tanto al logro de la misión como al control social del desempeño del sector

Los instrumentos legales que permiten dar vida al Programa son:

- El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud (Carta Fundamental de la Nación)
- La Ley N° 18469/85 que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud
- El Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud
- La Resolución que determina los porcentajes de contribución del Estado al financiamiento de las prestaciones de la Modalidad Institucional del Régimen de Prestaciones de Salud

Es importante señalar que más allá de la responsabilidad genérica de Fonasa de satisfacer las demandas de salud de sus beneficiarios, tal como lo establecen los cuerpos legales vigentes, los únicos instrumentos que entregan la responsabilidad específica sobre el programa a FONASA, son los compromisos de gestión entre esta institución y el MINSAL, lo cual le confiere a este instrumento un carácter de mandato de gestión que a juicio del panel evaluador se corresponde con la finalidad que tienen los compromisos de gestión.

---

<sup>1</sup> Ley 18.469

### **3. Objetivos del programa a nivel de Fin y Propósito**

#### **FIN:**

Contribuir a mejorar la salud de los beneficiarios de Fonasa

#### **PROPÓSITO:**

Prestaciones de alta complejidad, priorizadas por el Ministerio de Salud, aseguradas por el Fondo Nacional de Salud y destinadas a los beneficiarios del mismo

### **4. Política global y/o sectorial a la que pertenece el Programa**

En términos generales, el Programa busca garantizar a los beneficiarios del sistema el cumplimiento del mandato constitucional que garantiza el libre e igualitario acceso a las prestaciones de salud a quienes lo requieran y en particular, a aquellos beneficiarios que demanden prestaciones que por su elevado costo, adquieren el nivel de prestaciones catastróficas.

### **5. Programas complementarios o sustitutos que pertenecen a la misma u otra política global o sectorial**

En una visión programática hay otros programas asistenciales que se complementan con este: Programa de Oportunidad de la Atención (POA), Programa del Adulto Mayor, Programas de Salud específicos del niño, adolescente, mujer y adulto.

### **6. Instituciones relacionadas con la ejecución del Programa**

- El programa se estructura como un programa de carácter financiero bajo la responsabilidad de Fonasa.

Minsal desempeña un rol técnico de importancia, aún cuando la responsabilidad final dada la naturaleza del programa, radica en Fonasa como unidad ejecutora.

Un tercer nivel en su estructura le compete a los Servicios de Salud en los cuales se sitúan los establecimientos encargados de otorgar las prestaciones incluidas en el programa.

## 7. Período de ejecución del Programa

El programa, en términos de entrega a los beneficiarios de las prestaciones complejas definidas, se implementó a partir de 1994. Su periodo de ejecución es anual y el horizonte de actividad es indefinido, dadas las características epidemiológicas actuales del país que permiten predecir con alto grado de certeza, que los problemas de salud que originan el programa se mantendrán y probablemente irán en incremento en el corto y mediano plazo.

## 8. Ambito de acción territorial del Programa

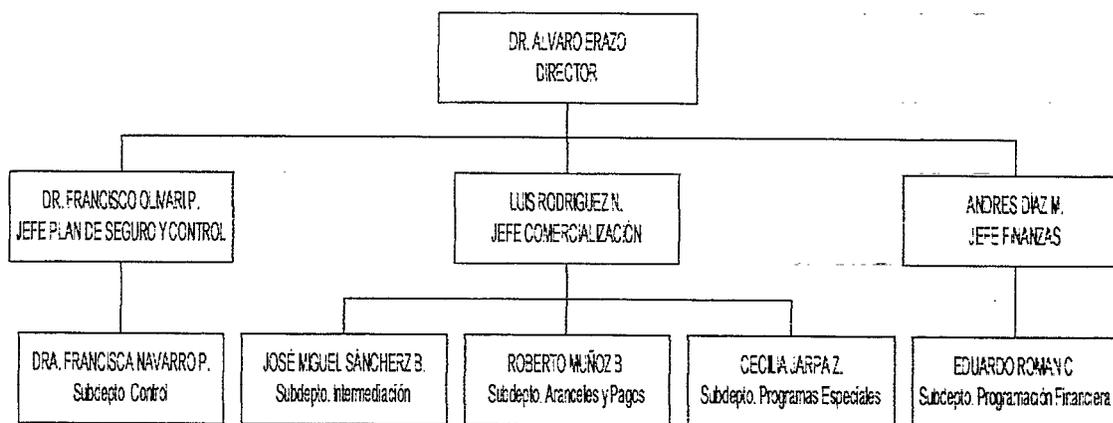
El programa está definido y actúa a escala nacional, por lo cual cubre la población beneficiaria de todos los servicios de salud del país.

## 9. Estructura Organizacional del Programa

- A continuación se presenta una parte del organigrama de FONASA con los Departamentos y Subdepartamentos directamente involucrados en el Programa de Prestaciones Complejas.

Cuadro 2.1.1.b

### FONDO NACIONAL DE SALUD



El programa se estructura como un programa de carácter financiero bajo la responsabilidad de Fonasa.

Minsal desempeña un rol técnico en términos de definir las prestaciones complejas que el programa debe incluir o sobre las cuales se debe aumentar la oferta nacional. Adicionalmente acredita los centros de referencia que participan en la ejecución del programa.

Otro nivel en su estructura le compete a los Servicios de Salud con quienes se establecen los contratos de gestión. Estos actúan como garantes del otorgamiento de las prestaciones incluidas en el programa a los beneficiarios de Fonasa.

### Características de la estructura Organizativa del programa

Participan en él las siguientes instituciones:

- Fonasa
- Minsal
- Servicios de salud<sup>2</sup>

A estos tres niveles les competen funciones comunes y específicas, articuladas adecuadamente por relaciones funcionales.

### Rol de las instituciones relacionadas con el programa

#### FONASA

Es el organismo que acoge el problema detectado y responde a las demandas de estudio y análisis de él. Los profesionales de esta repartición y del Minsal fueron responsables del estudio pre- programa que definió, identificó y jerarquizó un listado preliminar de prestaciones complejas, a la vez que emite un conjunto de información financiera, y clínica así como sugerencias normativas y de evaluación a futuro del programa.

Respecto a la fase de ejecución propiamente tal, Fonasa debe asignar los presupuestos anuales de acuerdo a la programación de cada establecimiento, cautelando el adecuado ejercicio presupuestario y efectuando las modificaciones correspondientes de acuerdo con el desarrollo de las actividades planificadas.

Si bien existen programas complementarios al Programa de Complejas que realizan prestaciones relacionadas con el programa, en la práctica las prestaciones de alta complejidad son gestionadas directamente por Fonasa en términos de la asignación de recursos y es esta la institución que vela por la no-duplicación de esfuerzos en este sentido.

Su Director, en conjunto con el Sr. Subsecretario de Salud y Directores de Servicios de salud involucrados en el programa celebran los compromisos de Gestión (contratos de desempeño), instrumento que formaliza el compromiso tripartito adquirido.

Los departamentos y subdepartamentos comprometidos en el programa son los siguientes:

<sup>2</sup> En estricto rigor, a este nivel le corresponde la ejecución de las actividades clínicas del programa y por ende debiera estar representado por los Establecimientos encargados de efectuar las prestaciones complejas priorizadas.

Departamento de Plan de Seguro y Control  
 Subdepartamento de Plan de Seguro  
 Subdepartamento de Control

Departamento de Comercialización  
 Subdepartamento de Programas Especiales<sup>3</sup>  
 Subdepartamento de Intermediación  
 Subdepartamento de Aranceles y pagos

Departamento de Finanzas  
 Subdepartamento de Programación Financiera.

Mecanismos de verificación del cumplimiento de las funciones asignadas:

Documentos utilizados  
 Ficha de antecedentes  
 Informe Comisión Fonasa- Minsal  
 Anexo 1 y 2: Decreto ley N° 2763 y sus modificaciones<sup>4</sup>  
 Anexo 3 : Ley 18.469<sup>5</sup>  
 Decreto Supremo N° 187<sup>6</sup>  
 Entrevistas

MINSAL

Involucrado en la fase de formulación según lo ya señalado. Sus cuadros técnicos colaboran en la fase de análisis y diseño del programa. Los Departamentos involucrados directamente con el programa sea en los elementos de su gestión o en la evaluación técnica (resultados clínicos) son los siguientes:

Subsecretaría de Salud  
 División de Inversiones y desarrollo de la red asistencial (DINRED)  
 Departamento de Tecnologías, Normas y regulación (Octubre 1998)  
 División de programación.  
 Departamento de Epidemiología  
 División de Salud de las Personas (DISAP)  
 División de apoyo a la gestión.  
 Unidad de Acreditación  
 Unidad de Evaluación de tecnologías de la salud (ETES).  
 Departamento de salud del niño y del adolescente.  
 Comisiones y Subcomisiones externas con participación del Minsal  
 Comisión Nacional del Cáncer.  
 Comisión Nacional de Fomento de Transplantes.  
 Comisión Nacional de Neurocirugía

<sup>3</sup> Subdepartamento responsable del Programa propiamente tal.

<sup>4</sup> Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de salud, el Fondo Nacional de salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

<sup>5</sup> Regula el ejercicio del derecho Constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.

<sup>6</sup> 1998, Aprueba reglamento Orgánico del Fondo Nacional de Salud

Programa Infantil Nacional de Drogas Antineoplásicas (Pinda)

Programa Adulto Nacional de Drogas Antineoplásicas (Panda)

A estas unidades se agrega la contribución efectuada por algunas Sociedades Médicas y Científicas.

El Ministerio constituye la interfase funcional entre la entidad financiadora y los Servicios de Salud participando en la firma de los contratos de gestión, instrumento que operacionaliza las responsabilidades y compromisos adquiridos entre FONASA y las Unidades ejecutoras clínicas, a saber, los establecimientos propiamente tal. Estos contratos abarcan periodos semestrales o anuales en los cuales se define cualitativa y cuantitativamente el tipo y cantidad de las prestaciones a realizar y los montos comprometidos en su ejecución.

### Servicios de Salud

Representan el nivel operativo en la estructura organizativa, teniendo como responsabilidad la ejecución de las actividades comprometidas de acuerdo a los estándares establecidos en el proceso de acreditación. Para el programa constituyen los garantes de la correcta utilización de los fondos presupuestarios y la adecuada ejecución clínica de las prestaciones. Les corresponde también desplegar las acciones necesarias a fin de dar cumplimiento al objetivo de preservar la equidad en las prestaciones, considerando los aspectos programáticos y la creación de espacios de participación necesarios para el ejercicio del control social enunciado en el programa.

## **10. Descripción y cuantificación de bienes y/o servicios que entrega el Programa**

Los componentes del programa son los siguientes:

### **1. Prestaciones de alta complejidad definidas y priorizadas**

El cambio en el perfil epidemiológico de la población chilena se refleja en un mayor requerimiento de prestaciones de alta tecnología, realizadas solo en centros especializados y que por su alto costo inciden fuertemente en el gasto total de los establecimientos que las realizan provocando con ello grandes listas de espera.

Las prestaciones de alta complejidad son todas aquellas que requieren para su resolución de tecnología altamente sofisticada y de recursos humanos altamente especializados, lo cual redundando en que las prestaciones son de alto costo. Todas las prestaciones que incluye el programa fueron definidas y priorizadas por Minsal-Fonasa, y contribuyen a:

- Mantener la vida en caso de situaciones clínicas de gravedad incompatibles con ella, (ej. cardiopatías congénitas graves, aneurismas cerebrales, atención de politraumatizados y grandes quemados),
- Recuperar el estado de salud *ad integrum* o mejorar la calidad de vida de los pacientes (tratamientos del cáncer de carácter curativo y no paliativo,

trasplantes renales, atención integral a pacientes fisurados, neurocirugía, cardiocirugía, trasplantes renal y hepático, escoliosis, peritoneodiálisis continua),

- Lograr que afectados por patologías terminales lleguen a una muerte digna, humanamente aceptable y liberados de la carga de dolor crónico (cuidados paliativos del cáncer).
- Complementar otras prestaciones para mejorar los resultados clínicos de las intervenciones complejas realizadas (droga inmunosupresora)

El crecimiento del programa en términos de nuevas prestaciones es un proceso gradual que depende en gran medida de los recursos financieros disponibles y de la factibilidad técnica y operativa existente. Se ha logrado incrementar gradualmente la cobertura y la diversidad de las prestaciones.

## 2. Centros de referencia acreditados y capacidad resolutive de los mismos estimada

En una primera etapa, se acreditaron utilizando el criterio de actividad histórica (encuesta a centros hospitalarios de alta complejidad) y fueron acreditados aquellos centros hospitalarios que tradicionalmente venían realizando este tipo de prestaciones.

Posteriormente se consideró necesario establecer normas de acreditación para establecimientos de alta complejidad, que incluyeran adicionalmente criterios de calidad y seguridad en la atención de usuarios, a fin de permitir una acreditación de potenciales prestadores, tanto públicos como privados. Las pautas fueron definidas en una comisión Minsal-Fonasa.

En estas acreditaciones se evalúan aspectos tales como, **Estándares de Atención Hospitalaria (EAH)**, donde se miden aspectos críticos, como Garantía de calidad, Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Pabellones, Farmacia, Esterilización. **Infecciones Intra Hospitalarias (IIH)**, indicador de carácter universal, y una **Pauta Específica** que atiende las particularidades de cada prestación compleja, que incorpora aspectos de estructura, procesos y resultados.

A la fecha, de un total de 28 centros que actualmente entregan las prestaciones complejas, han sido acreditados 18 centros (9 en prestaciones de cardiocirugía, neurocirugía y trasplante renal, todos los centros para tratamiento de quimioterapia en cáncer de mama, todos los centros que atienden politraumatizados y grandes quemados y el centro que realiza trasplante de médula ósea). Adicionalmente se han acreditado otras áreas ue útiles para decidir los centros de alta complejidad: 12 unidades de cuidados intensivos, 8 unidades de tratamiento intermedio, 5 servicios de urgencia, así como centros para tratamiento de cáncer de mamas, atención de politraumatizados y grandes quemados en forma adicional a los que actualmente participan en el programa. Respecto a centros acreditados, podemos señalar que de 22 hospitales evaluados, acreditaron trece (57,1%), permanecen condicionales ocho (36,4%) y

uno (4,5%) no acreditó. También es importante señalar que el 65% obtuvo en la segunda acreditación, un mayor cumplimiento de los estándares que en la primera y ninguno de ellos disminuyó el porcentaje de cumplimiento, de lo cual podría inferirse que procesos consecutivos de acreditación, tienen efectos positivos sobre la gestión en términos de promover mejoría de la calidad.

Es importante señalar, que la acreditación no contribuye a determinar la capacidad máxima de prestaciones del sector público (estimar la oferta potencial), sino que permite identificar centros que están en condiciones técnicas de ejecutar o no las prestaciones complejas del programa.

### **3. Mecanismos de Pago a prestadores diseñado y precio para cada prestación compleja incluido en el programa definido.**

FONASA como administrador del Seguro Público y comprador de prestaciones para los beneficiarios de la Ley N°18.469, realiza los estudios de costo de las prestaciones de alta complejidad definidas por la Comisión Minsal-Fonasa, estableciendo un mecanismo de pago que asocia un precio integral de una canasta de acciones a un diagnóstico de salud específico (PAD). Los mecanismos de pago diseñados y testeados mediante auditoría de fichas clínicas de los hospitales (para precisar la frecuencia promedio de uso de cada actividad) son actualizados periódicamente (anualmente se revisa con las comisiones técnicas contrapartes del programa la necesidad de modificar las canastas).

El instrumento de financiamiento utilizado por el programa relaciona las acciones financiadas con resultados en salud referidos a la resolución de un diagnóstico específico (más del 95% de los recursos del programa se destinan a la realización de las prestaciones complejas). Adicionalmente la definición de un precio global que recoge los costos medios reales observados en la red asistencial para la entrega de estas prestaciones permite lograr una mayor eficiencia productiva ya que entrega un parámetro de precios guía a los prestadores para controlar el uso de los recursos disponibles para realizar estas prestaciones de alto costo.

El mecanismo de asignación de recursos (PAD) asociado a la programación de prestaciones que es posible financiar anualmente, se operacionaliza a través de una licitación de los cupos nacionales (total de prestaciones por especialidad que se pueden otorgar anualmente a los beneficiarios de Fonasa), en la que participan los establecimientos acreditados que tienen ventajas comparativas en provisión de las prestaciones.

En una primera etapa, MINSAL-FONASA establecen una cuota máxima a financiar, paralelamente FONASA establece los precios máximos a los cuales se realizará la compra. Tanto la cuota como los precios de referencia deben ser conocidos por todos los proveedores antes de iniciar las ofertas.

Los centros prestadores acreditados ofrecen un determinado número de prestaciones a precios iguales o inferiores a los precios establecidos. En esta

instancia, los proveedores se comprometen a asegurar la equidad en las condiciones de acceso entre los beneficiarios residentes de una zona geográfica con centro hospitalario y los beneficiarios de otras zonas geográficas sin centro hospitalario.

Producto de esta oferta FONASA llena la cuota nacional, los cupos (número de prestaciones) se adjudican por tipo de prestación compleja de acuerdo al menor precio propuesto por cada proveedor. El mecanismo asegura completar el cupo total de prestaciones con las mejores ofertas, sin garantizar derechos históricos en los prestadores de una licitación a otra, hecho que pudiera resultar ineficiente para la asignación óptima. Finalmente el acuerdo establecido entre los centros acreditados y Fonasa para la ejecución de las prestaciones se formaliza mediante el contrato de gestión.

#### **4. Compromisos establecidos y recursos financieros asignados**

Se establecen los contratos de desempeño que FONASA firma con cada ente proveedor (representado por el Servicio de Salud correspondiente si el centro es un hospital público). Estos compromisos establecen la cantidad de prestaciones comprometidas por el centro de referencia correspondiente, el precio unitario de cada prestación, monto total a percibir y el flujo de transferencia de estos recursos. De igual modo, se establecen los mecanismos de registro, control y evaluación del programa. Los compromisos establecidos con los proveedores contemplan que las prestaciones no realizadas en el periodo para el cual fueron comprometidas, pueden ser reliquidadas semestralmente o en su defecto deberán ser realizadas durante el siguiente compromiso.

#### **5. Prestaciones complejas realizadas por los ejecutores**

Corresponde a las prestaciones efectivamente realizadas por los centros acreditados, en las siguientes áreas: Cardiología, Neurocirugía, Trasplante Renal, Trasplante Hepático, Peritoneo Diálisis Continua, Radioterapia, Quimioterapia Infantil, Droga Inmunosupresora, Escoliosis, Fisurados, Gran Quemado(\*), Politraumatizado(\*), Trasplante de Médula, Quimioterapia en Cáncer de Mamas.

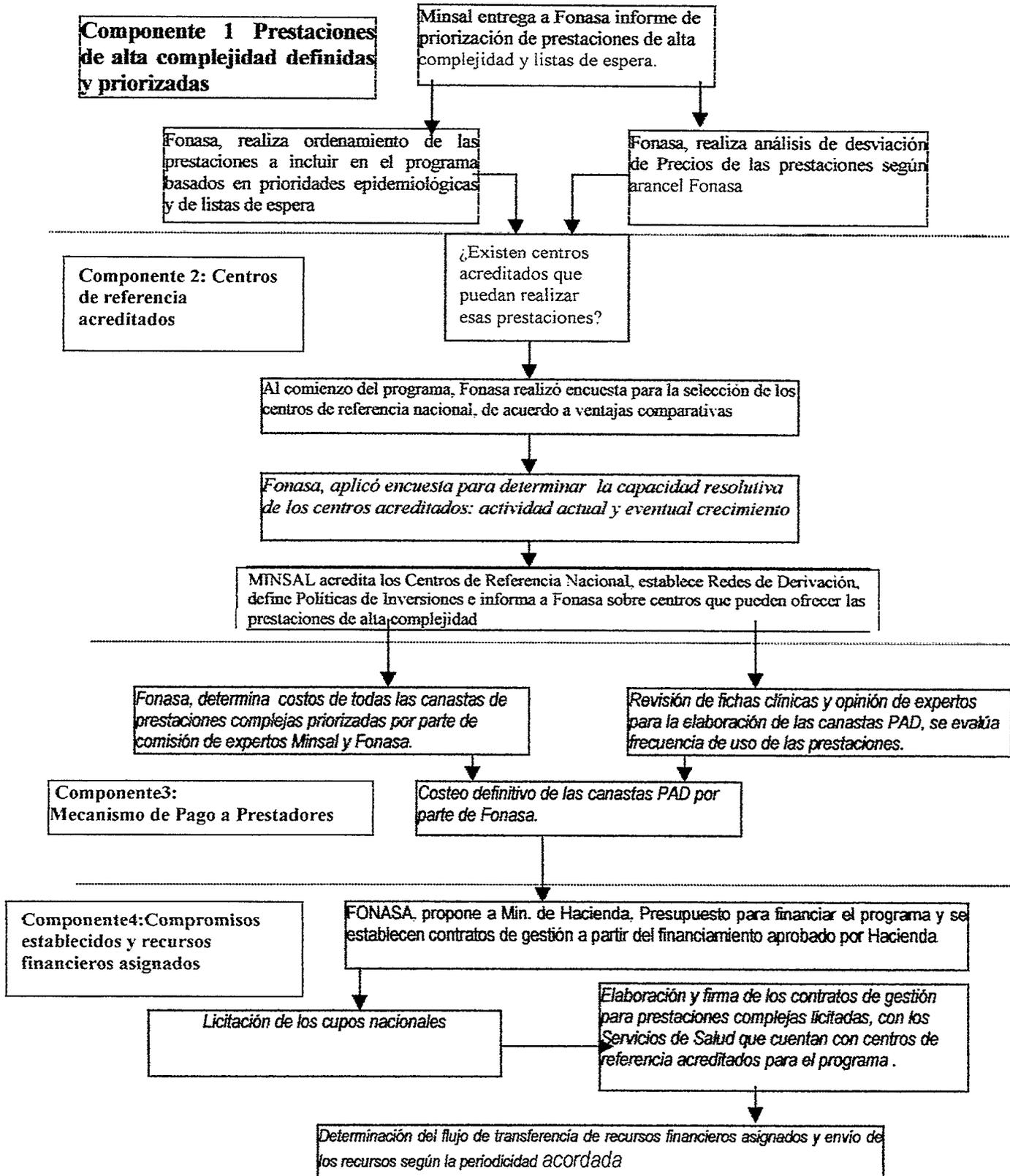
Es importante destacar que durante la evolución del programa existe un alto cumplimiento de las actividades programadas, llegando al 99% en 1999. El programa inicialmente realizaba un total de 2.956 prestaciones complejas (1995) y se ha incrementado a un total de 15.363 actividades en 1999.

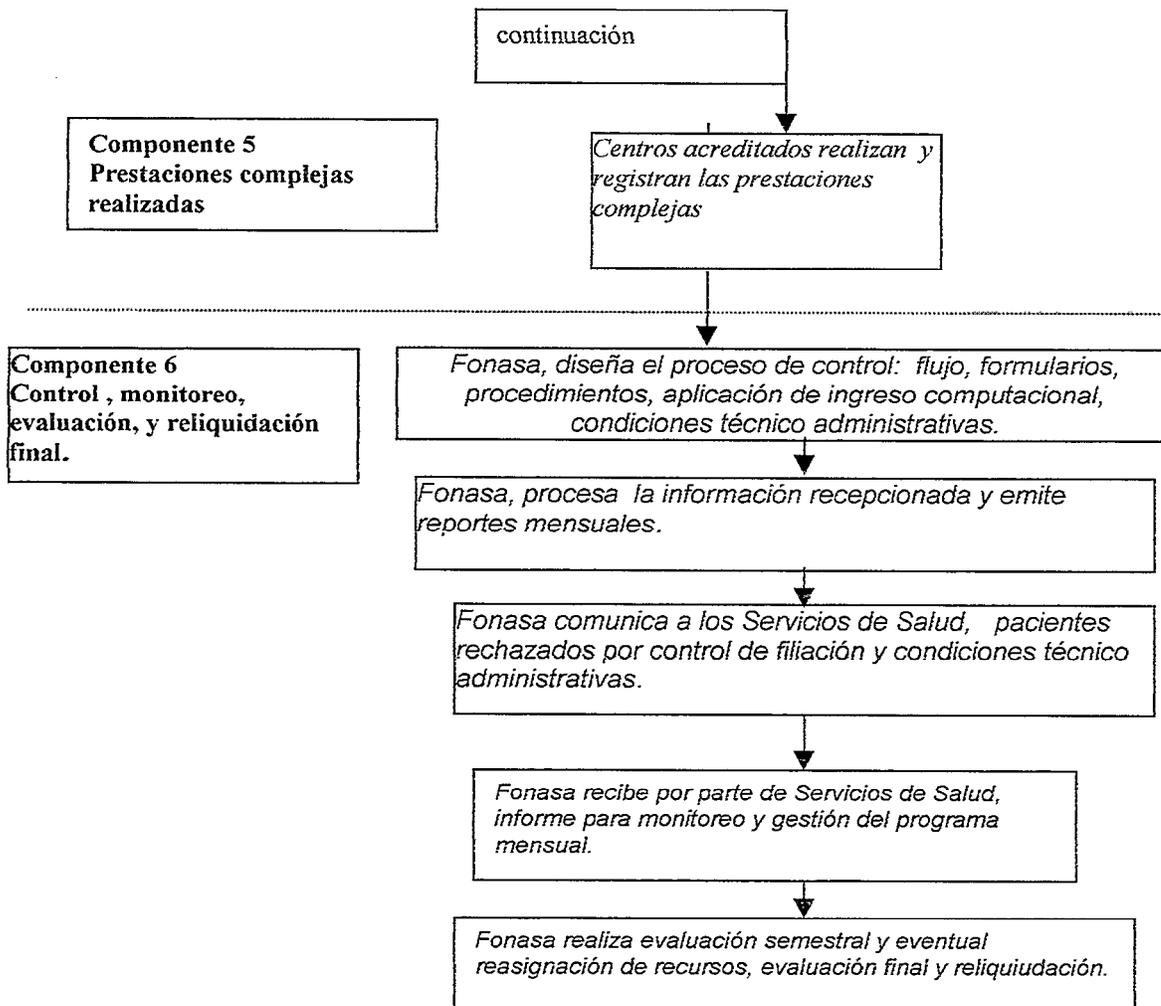
#### **6. Control, monitoreo, evaluación y reliquidación de los recursos realizados**

En los contratos de gestión se establecen los mecanismos de registro, control y evaluación del programa, definiendo las responsabilidades, actividades y periodicidad con que deben realizarse. El Subdepartamento de Control de Fonasa fiscaliza el adecuado cumplimiento del programa, en términos de que las atenciones sean otorgadas a beneficiarios de Fonasa, que se realicen las prestaciones

acordadas en los contratos de gestión y hayan sido correctamente registradas. Al final del primer semestre de cada año (30 de junio), se procede a realizar una evaluación del programa, lo que podría incluir una reasignación de parte de los recursos señalados, según el grado de cumplimiento de los compromisos contraídos. Los compromisos establecidos con los proveedores contemplan que las prestaciones no realizadas en el período para el cual fueron comprometidas, deberán ser realizadas durante el siguiente compromiso o bien, FONASA se reserva el derecho a descontar las transferencias por concepto de prestaciones financiadas y no realizadas.

## 11. Función de producción de los componentes del Programa





## 2. Caracterización y número de beneficiarios potenciales del Programa

Entendiendo por beneficiarios potenciales a todos los beneficiarios de Fonasa que dado su problema de salud, han sido diagnosticados como candidatos a recibir alguna de las prestaciones complejas definidas en el programa, se concluye que existe serias dificultades para su dimensionamiento. Lo complejo de llevar a cabo estudios de incidencia y prevalencia de ciertas enfermedades (cardiocirugía, neurocirugía, escoliosis), constituye una dificultad para que nuestro país cuente con información actualizada de los potenciales pacientes que serían candidatos a ser atendidos por el programa. Por la dificultad mencionada es posible estimar incidencias en forma indirecta, a través de análisis comparados con otros países similares a nuestra realidad epidemiológica o en su defecto estimar incidencia basándose en la mortalidad que se origina por estas enfermedades (cardiopatías, tumores y aneurismas cerebrales, etc.).

De acuerdo a la información disponible es posible estimar incidencia de nuevos casos al año o prevalencia acumulada de potenciales beneficiarios para las prestaciones que se indica en el cuadro siguiente. En el caso de cardiocirugía, radioterapia, cáncer de mamas, trasplante de médula ósea y quimioterapia infantil se utiliza la incidencia de casos estimada según lo informado por los expertos<sup>7</sup>. En el caso de trasplante renal se utiliza la población en diálisis que según los expertos podría ser candidata a esta intervención.

**Cuadro N°1.12.1: ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIALMENTE BENEFICIARIA DEL PROGRAMA**

Prestaciones	Incidencia esperada de nuevos casos por año o prevalencia acumulada
CEC total	4.500
Neurocirugía total	s/d
Trasplante renal	6,000
Drogas inmunosupresoras *	Todos cubiertos
Peritoneodiálisis *	209
Trasplante hígado	s/d
Escoliosis	s/d
Fisurados	375
Cuidados paliativos *	9,900
Radioterapia *	4,834
Cáncer mamas *	503
Gran quemado	s/d
Politraumatizado HUAP	s/d
Gran quemado infantil	s/d
Quimioterapia infantil *	177
Trasplante de médula ósea	45

Nota: (\*) se refiere a prestaciones que pueden ser otorgadas más de una vez a cada paciente.

<sup>7</sup> Información obtenida de la revisión de informes de las comisiones técnicas específicas ministeriales.

Un subconjunto de éstos beneficiarios potenciales corresponde a personas que se encuentran en las listas de espera. La evolución de las listas de espera de pacientes con diagnóstico para ser candidatos a las prestaciones definidas en el programa en los casos en que la información se encuentra disponible, se presenta en el cuadro siguiente.

**Cuadro N° 1.12.2: EVOLUCIÓN DE LISTAS DE ESPERA EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA**

Prestaciones	Lista de espera observada en año 0 del programa	Lista de espera 1999 o brecha según demanda potencial año 2000	Variación de las listas de espera (%)
CEC total	1,111	1,316	18.5%
Neurocirugía total	806	226	-72.0%
Trasplante renal	269	690	156.5%
Drogas inmunosupresoras *	768	0	-100.0%
Peritoneodiálisis *	209	s/d	?
Trasplante hígado	s/d	s/d	?
Escoliosis	125	s/d	?
Fisurados	375	126	-66.4%
Cuidados paliativos *	9,900	5,835	-41.1%
Radioterapia	s/d	s/d	?
Cáncer mamas *	503	272	-45.9%
Gran quemado	s/d	0	
Politraumatizado HUAP	s/d	0	
Gran quemado infantil	s/d	0	
Quimioterapia infantil *	177	0	-100.0%
Trasplante de médula ósea	45	41	-8.9%

Nota: (\*) se refiere a prestaciones que se otorgan más de una vez a cada paciente.

### 13. Evolución de los beneficiarios programados

De acuerdo a la información entregada por Fonasa el programa define el conjunto de prestaciones que se van a realizar anualmente. Según el tipo de prestaciones, para algunas acciones como intervenciones quirúrgicas, trasplantes, radioterapia, peritoneodiálisis y droga inmunosupresora, se cumple el supuesto de que cada prestación es otorgada a un paciente. En el caso de tratamientos las prestaciones pueden corresponder al mismo paciente dado que los protocolos incluyen el tratamiento durante todo el año. Entre ellas se cuenta la quimioterapia (en cáncer de mamas se definen 4 tratamientos por paciente-año y en quimioterapia infantil 12 tratamientos por paciente-año) y cuidados paliativos del cáncer (se definen un promedio de 4 tratamientos por paciente-año).

A continuación se presenta un cuadro que resume la evolución de los beneficiarios programados por el programa a partir del primer año en que se incluye cada prestación del programa. Para su análisis debe tenerse presente que durante todos los años de desarrollo del programa se ha ido incluyendo nuevas prestaciones.

Tal como se observa en el cuadro se ha producido un crecimiento de beneficiarios programados del programa desde su inicio hasta 1999 de un 26,7% y se estima un crecimiento para el 2000 del 43,2%.

**Cuadro N° 1.13: Estimación de beneficiarios programados**

Prestaciones	Programación de beneficiarios a atender en el primer año	Programación de beneficiarios a atender en 1999	Beneficiarios programados para el año 2000
CEC total	1,111	2,730	3,114
Neurocirugía total	1,928	1,787	1,973
Trasplante renal	204	233	234
Drogas inmunosupresoras	768	1,281	1,418
Peritoneodiálisis	209	535	637
Trasplante hígado	7	14	24
Escoliosis	135	251	262
Fisurados	386	428	723
Cuidados paliativos	2,500	4,065	3,991
Radioterapia	4,834	4,492	5,162
Cáncer mamas	503	231	528
Gran quemado	106	103	108
Politraumatizado HUAP	86	88	96
Gran quemado infantil	112	93	215
Quimioterapia infantil	85	104	86
Trasplante de médula ósea	4	4	16
<b>Beneficiarios programados</b>	<b>12,978</b>	<b>16,439</b>	<b>18,587</b>
<b>Tasa de crecimiento de beneficiarios programados</b>		<b>26.7%</b>	<b>43.2%</b>

Nota: Cec, neurocirugía y trasplante renal se iniciaron en 1994, radioterapia y trasplante hepático se iniciaron en 1996; drogas inmunosupresoras, escoliosis y quimioterapia infantil se inician en 1997; fisurados, gran quemado y politraumatizado se inician en 1998; quimioterapia en cáncer de mamas y trasplante de médula ósea se inician en 1999.

#### 14. Caracterización y número de beneficiarios efectivos

Se entenderá como beneficiario efectivo del programa a aquel que ha recibido directamente la prestación compleja que se incluye en el programa. De acuerdo al análisis de actividades realizadas y teniendo en consideración lo indicado previamente respecto a la concentración anual de actividades por paciente, el cuadro siguiente presenta la evolución de los beneficiarios efectivos atendidos por el programa desde su inicio. Los beneficiarios efectivos han aumentado en 210,7% entre 1996-1999 y si se cumple la programación del 2000 el incremento total de beneficiarios efectivos crecerá en un 247,9%.

**Cuadro N°1.14.1: Número de Beneficiarios efectivos**

	1996	1997	1998	1999
Componente 5	5.295	10.000	13.252	16.350
<b>Total</b>	<b>5.295</b>	<b>10.000</b>	<b>13.252</b>	<b>16.350</b>

Información obtenida de evaluación del programa 1994-1999, Serie de Documentos de trabajo, Fonasa.

El crecimiento neto de beneficiarios efectivos tratados por el programa se presenta en el cuadro siguiente, que indica que desde la situación sin programa hasta 1999, se ha producido un incremento importante en el volumen de pacientes a los cuales se les han entregado estas prestaciones de alta complejidad, que llevan a que en 1999 se hayan podido atender más de 9.000 personas nuevas por año.

**Cuadro N°1.14.2: Crecimiento de beneficiarios efectivos por prestación**

Prestaciones del programa	Pacientes tratados antes del programa	Pacientes tratados en 1999	Crecimiento neto anual del programa (1)
CARDIOLOGIA CEC	393	2,730	2,337
NEUROCIRUGIA	1,350	1,691	341
TRASPLANTE RENAL	141	230	89
TRASPLANTE HEPATICO	0	24	24
PERITONEO DIALISIS	0	535	535
RADIO TERAPIA	3,512	4,492	980
QUIMIOTERAPIA INFANTIL	0	104	104
DROGA INMUNOSUPRESORA	0	1,281	1,281
ESCOLIOSIS	164	251	87
FISURADOS	0	428	428
GRAN QUEMADO(*)	53	196	143
POLITRAUMATIZADO(*)	38	88	50
TRASPLANTE DE MEDULA	0	4	4
CANCER DE MAMAS	60	231	171
CUIDADOS PALIATIVOS	1,002	4,065	3,064
<b>TOTAL</b>	<b>6,713</b>	<b>16,350</b>	<b>9,638</b>

Nota: (1) Crecimiento neto se calcula comparando la situación sin programa con 1999.

El análisis sobre la base del año 1998, permite inferir que del total de beneficiarios efectivos, el 59% corresponde a mujeres y el 41% son varones. Esta relación es esperable si se considera que el programa está dirigido a población adulta y adulta mayor, donde la proporción de mujeres es mayor a la distribución general de los beneficiarios de Fonasa (53,1% mujeres y 46,9% hombres en población total de Fonasa y 56,2% mujeres y 43,8% hombres en los mayores de 65 años). Las diferencias observadas para las distintas patologías son coincidentes con la mayor o menor incidencia de los problemas de salud que originan la prestación según sexo ( por ejemplo los accidentes que originan atención de politraumatizado son más frecuente en hombres).

Respecto a la distribución de pacientes atendidos según tramo de ingreso del cotizante, el grupo A representa el 20%, el grupo B el 50%, el grupo C el 9% y el grupo D el 21%.

Este perfil difiere de la distribución global de los cotizantes de FONASA, revelando una concentración de pacientes pertenecientes al grupo B (50%) respecto a la

distribución de todos los cotizantes (32%). Entre pacientes atendidos se encuentran cotizantes y cargas.

Esta distribución es concordante con el perfil epidemiológico, dado que en este grupo se concentra un grueso de la población adulta y adulta mayor y es en este tramo etario donde la prevalencia de un importante número de patologías crónicas que requieren de prestaciones complejas de salud es mayor, coincidente con el análisis anterior.<sup>8</sup>

### **15. Funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la Unidad Ejecutora**

Hasta 1997 cada uno de los Servicios comprometidos debía reportar mensualmente solamente el avance de la actividad realizada con el objetivo de monitorear el avance en el cumplimiento de la actividad comprometida con el FONASA. A partir de 1998 se diseña un Sistema de Control orientado a controlar y monitorear este Programa, el que se plantea los siguientes objetivos:

- Cautelar que el pago de las atenciones incluidas en el Programa, sea sólo para beneficiarios de la Ley 18.469.
- Monitorear el cumplimiento de la actividad comprometida por los Servicios de Salud.
- Velar por la satisfacción de los usuarios, a través de un sistema de reclamos y consultas.

Para cumplir estos objetivos se debió diseñar los instrumentos que permitieran disponer de la información necesaria para cumplir con los objetivos de control, reportes denominados "Control de Actividad" y "Registro Prestaciones Realizadas".

El primer reporte se diseñó para evaluar el cumplimiento de la actividad comprometida por los Servicios de Salud y conocer el avance del Programa en forma más oportuna, para lo cual informaban mensualmente la cantidad de prestaciones realizadas para cada una de las patologías.

El segundo reporte permite verificar fundamentalmente la condición de beneficiarios de la Ley N° 18.469, y contiene la siguiente información: N° Folio certificador, RUT, Nombre del paciente, N° Ficha clínica, Código prestación, Servicio Salud Derivador y Observaciones

Adicionalmente, se diseñó un formulario y un procedimiento para la presentación de reclamos en las sucursales de FONASA.

---

<sup>8</sup> Ver Berríos et al. Prevalencia de factores de Riesgo de Enfermedades crónicas. Estudio en población general de la región Metropolitana. Rev Med Chile 1990; 118:597-604

Para procesar la información reportada por los Servicios, se solicitó el diseño de un sistema computacional, de acuerdo a los requerimientos definidos por el Subdepartamento de Control de Fonasa. Este sistema permitió apoyar la gestión de control sobre el Programa en particular, generando reportes con información relevante para realizar las evaluaciones correspondientes.

El Sistema computacional permite obtener los siguientes listados:

- Resumen de la actividad realizada por Servicio de Salud y porcentaje de cumplimiento respecto a la actividad comprometida.
- Nómina con pacientes que no son beneficiarios de la Ley N° 18.469.

A partir de esta información se realizan visitas de fiscalización a diferentes Servicios de Salud del Área Metropolitana y de otras regiones del país, se seleccionan algunas patologías y períodos en forma aleatoria y se verifican los datos en la documentación de respaldo de los Hospitales.

### **Monitoreo de actividad**

De acuerdo a la información proporcionada por los Servicios de Salud, se obtienen los porcentajes de cumplimiento global del Programa, por Servicio y por prestaciones comprometidas.

### **Control afiliación**

En este punto es preciso aclarar que uno de los principales problemas en el desarrollo de este sistema, fue inicialmente la falta de información confiable por parte de los prestadores, dado que en algunos casos no existía la capacidad para registrar toda la información que exigía este Sistema (por ej. RUT de los pacientes).

El control de la afiliación se realiza de la siguiente forma: la información enviada por los Servicios es ingresada mensualmente al sistema computacional, función desarrollada por la Sección de Diseño y Control de Proceso del Subdpto. de Informática. Esta información es posteriormente comparada con la base de beneficiarios de FONASA. Con los resultados de esta revisión, el Subdpto. Control solicita a los Servicios de Salud, mediante un ordinario firmado por el Director, la verificación de aquellos casos bloqueados por afiliación a ISAPRE, según lo obtenido de la base de datos de FONASA.

De este trabajo se debe destacar la favorable respuesta de los Servicios de Salud, aportando los antecedentes que permiten justificar la condición de beneficiarios de algunos pacientes que aparecen rechazados por el sistema, y en otros casos, reconociendo su responsabilidad por la errónea clasificación de algunos pacientes, aceptando que deben ser eliminados de las nóminas del programa.

El trabajo realizado durante 1998 ha permitido adquirir mayor experiencia en la relación con los prestadores públicos e incorporar mejoras al Sistema de Control de los Programas Especiales. Ello ha permitido rediseñar los instrumentos de control, homogeneizando sus formatos y simplificando la información solicitada, y los procedimientos para recepción y procesamiento de ésta, con el fin de disminuir los tiempos de desfase entre la ejecución de los Programas y sus evaluaciones. Por otro lado, la experiencia adquirida ha permitido optimizar los sistemas computacionales que apoyan las funciones de control, incorporando validaciones en cuanto a las condiciones técnicas y administrativas de las prestaciones incluidas en el Programa.

A partir de 1999 el FONASA pone a disposición de los Servicios de Salud una herramienta computacional que permite el ingreso de la información de los Programas Especiales en los Hospitales y Servicios, lo que a su vez permite disponer de información más confiable y oportuna. Con ello además se elimina el reporte de Control de Actividad y las nóminas manuales.

### **Evaluación**

Con la información generada por el Subdepartamento de Control, la unidad responsable de la gestión del programa realiza el monitoreo periódico y la evaluación semestral que permite una reprogramación de los compromisos y la reasignación de los recursos y evaluación final con la correspondiente reliquidación financiera. Esto significa que en caso que el prestador no realice el total de las actividades financiadas, FONASA se reserva el derecho de descontar el equivalente a dicha actividad de las transferencias futuras o bien el prestador se compromete a realizar en el próximo período la actividad financiada y no realizada.

### **Seguimiento de la respuesta a reclamos**

A partir de 1999 se ha puesto en marcha un sistema de recepción y respuesta a reclamos de los usuarios respecto del Seguro Catastrófico. La información proporcionada por este sistema que da cuenta del tipo de reclamo, tiempo de respuesta y capacidad de resolución de los reclamos, es evaluada periódicamente por el Programa y retroalimenta a los niveles regionales para mejorar el programa en esta área.

## II. ANALISIS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 1. DISEÑO DEL PROGRAMA

#### 1.1. Análisis de aspectos relacionados con el diseño del Programa

##### 1.1.1. Diagnóstico de la situación inicial

A juicio del panel, la justificación que dio origen de este programa responde acertadamente a resolver los problemas que se derivan del cambio del perfil demográfico y epidemiológico del país. La transición del perfil salud-enfermedad y los avances tecnológicos que aporta el conocimiento científico para hacerse cargo de problemas cada vez más complejos, no ha ido aparejada de un proceso de adaptación de los servicios de salud públicos del país para su resolución adecuada. Lo anterior ha llevado a la existencia de brechas de demanda insatisfecha y a un déficit en la oferta de servicios para la resolución de enfermedades y eventos catastróficos que condicionan la utilización de prestaciones complejas de alto costo, originando finalmente la existencia de las listas de espera observadas en la resolución de estas patologías.

Las condiciones señaladas pueden afectar a personas en cualquier momento de la vida, pero tienden a concentrarse en sujetos adultos y de edad avanzada, circunstancia que impone nuevos desafíos a los sistemas de salud respecto del tratamiento y modelos de atención para enfrentarlas.

Las principales enfermedades crónicas que están afectando a la población Chilena corresponden a las que afectan el aparato cardiovascular, los tumores malignos, la cirrosis hepática, la diabetes, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y lesiones derivadas de accidentes. En conjunto, las enfermedades crónicas dan cuenta del 66% de la mortalidad observada en el país<sup>1</sup>.

En el futuro cercano se espera un incremento absoluto y relativo de estas causas de muerte de no mediar la adopción de medidas que permitan interceptar la evolución de estas enfermedades, razón por la cual la puesta en marcha de este programa está correctamente fundamentada.

El panel evaluador reconoce que la adecuación del modelo de atención y la producción de servicios de salud que respondan a los cambios del perfil epidemiológico desde una perspectiva integral que incluya prevención y promoción

<sup>1</sup> Fonasa; Documento "Minuta Seguro Catastrófico"

del cuidado de la salud (“desde abajo”), es un proceso gradual y asimétrico. El programa se aboca a resolver progresivamente “desde arriba”, el problema generado por los pacientes que no fueron diagnosticados oportunamente en sus enfermedades crónicas, y que forman parte de la demanda por estas prestaciones que el sistema de salud público debiera satisfacer, basado en la gravedad de las enfermedades que justifican estas intervenciones. Adicionalmente el programa va incorporando prestaciones que buscan dar una respuesta más integral a las áreas de intervención seleccionadas (p.ejemplo: drogas inmunosupresoras para los pacientes trasplantados, angioplastías, valvuloplastías y cineangiografías en cardiocirugía), incorporando en los PAD todas las acciones vinculadas a un diagnóstico específico que digan relación con su resolución de alta complejidad.

La evidencia científica nacional e internacional disponible señala que para varios de los problemas de salud que terminan requiriendo de prestaciones complejas, existen posibilidades de intervención precoz. La implementación de acciones preventivas poblacionales, de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento de los pacientes permite interceptar el desarrollo de estas enfermedades.

Sin embargo, la misma evidencia también indica que el abordaje integral de los problemas de salud actuales de Chile, requiere de un esfuerzo coherente y mancomunado de un conjunto importante de actores que no solo pertenecen al sector salud (especialmente en lo referente a las acciones de promoción y prevención, estilos de vida saludables, autocuidado de la salud, etc.).

Siendo de gran envergadura y complejidad el diseño de un abordaje integral, motivo por el cual no es fácil encontrar experiencias internacionales totalmente exitosas, una alternativa, también usada en el ámbito internacional, es el abordaje parcial de áreas de resolución de estos problemas de salud, teniendo en consideración su coherencia con el modelo integral de solución, tal como lo ha hecho el Programa de Prestaciones Complejas.

El programa delimita adecuadamente la situación inicial pre- programa, la que descansa en los problemas de atención de salud relacionados con:

- Las características de la población Chilena, en situación de transición demográfica y epidemiológica avanzada, en la cual el perfil de problemas de salud es propicio para el desarrollo de enfermedades crónicas, traumatismos accidentes y violencias. Estas condiciones generan una creciente demanda por intervenciones de alta complejidad que no son adecuadamente satisfechas por los servicios de salud del país, y
- El inadecuado financiamiento de las prestaciones de alta complejidad, las que no se pagan de acuerdo a sus costos reales y que cuando se llevan a cabo tienen un gran impacto financiero en los establecimientos.

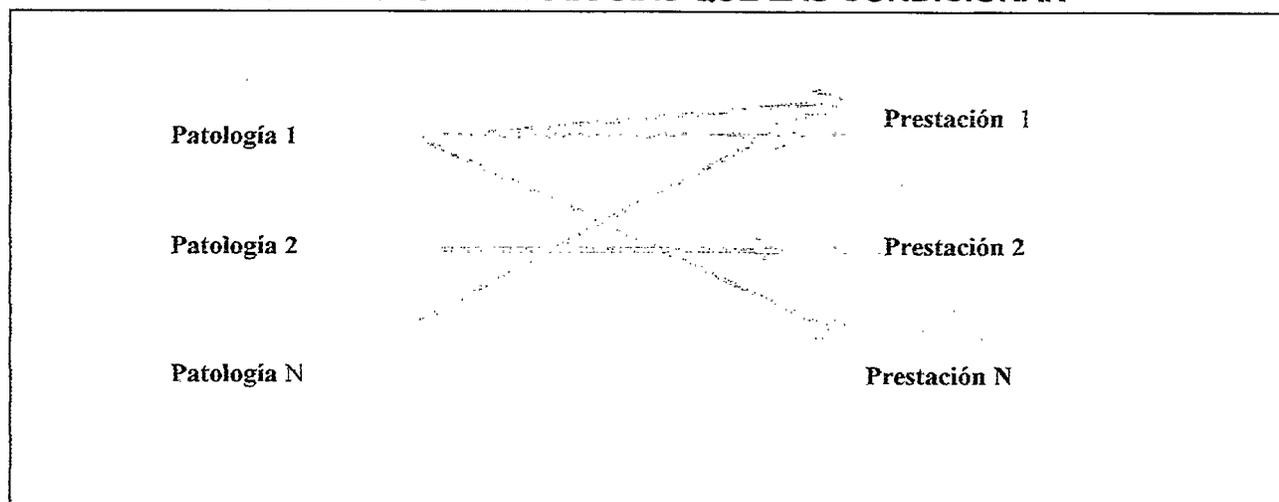
Consecuencia directa de esta situación era el limitado desarrollo de acciones médicas complejas en los hospitales del sistema público de salud, con una baja oferta de prestaciones complejas de alto costo. Esto daba origen a listas de espera para la resolución de estas patologías.

### **Identificación y priorización de patologías que concentran mayor frecuencia de uso de prestaciones complejas**

No hay necesariamente una relación lineal entre la prestación compleja y una patología que la origina, como se expresa en la figura 1.1

Se observa que la identificación de prestaciones y patologías que las originan es un fenómeno altamente dinámico y de difícil estimación poblacional. El dimensionamiento de este problema puede corresponder al total estimado de personas que las requieren o bien al número total de prestaciones requeridas para acortar la brecha existente, cifras que no necesariamente deben ser coincidentes.

**Cuadro 1.1.1. RELACIONES CAUSA - EFECTO ENTRE PRESTACIONES COMPLEJAS Y PATOLOGÍAS QUE LAS CONDICIONAN**



Para inicialmente identificar las prestaciones a incluir en el programa, fue utilizada información relacionada con patologías que determinaban mayores listas de espera en estas prestaciones las que fueron priorizadas técnicamente por una Comisión creada para estos efectos, integrada por profesionales del Ministerio de Salud, FONASA y especialistas de los Servicios de Salud. El informe de dicha Comisión, señala un primer listado en el que se incluyen:

- cirugía cardíaca con circulación extracorpórea (**CEC**) de menor, mediana y mayor complejidad,

- endoprótesis total y parcial de cadera,
- trasplante renal,
- cirugía neurológica para el tratamiento de aneurisma cerebral, tumores y quistes del Sistema Nervioso Central, estenorraquis, disrrafia,
- gastrectomía total,
- pancreatoduodenectomía,
- escoliosis y
- tratamiento del conducto arterioso persistente, las que representan las primeras prestaciones complejas priorizadas para el diseño del programa.

Posteriormente se agregan prestaciones adicionales, entre las que se encuentran hemodiálisis, terapia inmunosupresora, entre otras.

No todas las prestaciones incluidas en el programa corresponden a prioridades sanitarias definidas por el MINSAL. Ellas, sin embargo, son concordantes con los desafíos que demanda nuestra situación epidemiológica actual.

Excepciones particulares constituyen el trasplante hepático y la atención integral a niños con fisura palatina, en cuyo caso operaron criterios de trascendencia social y probablemente de imagen del sistema público de salud. Sin embargo la evidencia internacional muestra que incluso en países desarrollados no existe cobertura para trasplante hepático aún.

Las prestaciones de alta complejidad en atención de urgencia, si bien no fueron definidas en las prioridades iniciales del panel de expertos, son coincidentes con las prioridades sanitarias del país definidas por el MINSAL.

La posterior incorporación de nuevas prestaciones al programa se ha dado sobre la base de los mismos criterios utilizados al comienzo, respecto de la identificación de problemas prioritarios y de las restricciones en la oferta de prestaciones de alta complejidad, lo cual da cuenta de una buena consistencia en el desarrollo del programa.

### **1.1.2. Lógica vertical de la Matriz del Marco Lógico**

El vector vertical de análisis de la matriz concensuada con la Institución responsable es coherente y responde a un adecuado análisis de causa-efecto. El carácter financiero del programa no desconoce su escenario final, que es clínico, puesto que lo que se entrega finalmente son prestaciones. En la matriz del programa fueron considerados los elementos técnicos (clínicos) necesarios para la puesta en marcha de él.

Los detalles específicos de cada prestación están convenientemente resguardados al interior de la matriz, explicitándose en sus componentes o en sus

actividades. Así, la posibilidad de que un establecimiento ejecute prestaciones por debajo de un umbral técnicamente aceptable es nula, en la medida que se cumpla con la acreditación correspondiente.

La delimitación de los beneficiarios potenciales del programa (que bien podría corresponder también al número estimado de prestaciones requeridas, como se desprende de la figura 1.1), corresponde a una actividad esencial del primer componente.

A juicio del panel, la tarea de estimación de la población que potencialmente podría demandar prestaciones complejas excede el marco de acción de la entidad ejecutora del programa. A pesar de esto, esta tarea ha sido abordada progresivamente por FONASA y MINSAL. El panel puntualiza que la información nacional necesaria para efectuar estas determinaciones es insuficiente y en algunos casos, inexistente. No siempre resulta recomendable utilizar antecedentes extranjeros puesto que la realidad nacional puede diferir de las poblaciones que originan estos antecedentes.

Por estas razones, la estimación de potenciales beneficiarios constituye una necesidad que le da estatura de componente deseable al programa.

La articulación entre los componentes de la matriz es adecuada, percibiéndose que el cumplimiento de un componente facilita la puesta en marcha del que le sigue. En la práctica el panel constató que la institución ejecutora identificó la secuencia mas adecuada de los componentes para el cumplimiento del fin.

### **1.1.3. Lógica horizontal de la matriz de Marco Lógico**

En términos generales la lógica horizontal de la matriz está adecuadamente construida y es válida. En este eje el panel sugiere agregar como medios de verificación el documento de Prioridades en Salud del MINSAL, así como los informes resultantes de las comisiones técnicas que diseñaron las prestaciones complejas que se han ido adicionando y que no están incluidas en el anexo N°1, tales como: Prestaciones de urgencia de alta complejidad, prestaciones complejas para el tratamiento del cáncer, tratamiento integral de los pacientes con fisura palatina y trasplante hepático. Los supuestos son correctos y están bien definidos.

Respecto de los indicadores definidos para cada componente establecidos en el marco lógico, estos son claros, medibles y adecuados para evaluar el logro de los objetivos planteados por el programa.

En su cálculo se han incorporado en los denominadores, variables que permiten evaluar el grado de cumplimiento actual con relación a un nivel teórico de funcionamiento, lo que permite efectuar proyecciones del programa (crecimiento del programa, reorientaciones, etc.).

Los indicadores propuestos permiten y facilitan el proceso de control y monitorización de las actividades desarrolladas. Al incorporar en ellos la actividad comprometida por los establecimientos en los compromisos de gestión, la evaluación alcanza una dimensión global (Programa) e individual (Establecimientos, Servicios).

Respecto de los medios de verificación, es necesario incluir informes que den cuenta de la capacidad total disponible por el sistema de salud global en términos del otorgamiento de prestaciones complejas (subsector privado y sus constituyentes), así como la información referente a aranceles del sistema de Isapres.

Si bien, éstos supuestos son correctos, es necesario considerar la velocidad con que opera el cambio tecnológico en salud, en especial para este tipo de prestaciones, por lo cual es necesario reevaluar periódicamente este supuesto, cuyos cambios pueden impactar en forma importante en el programa.

Un supuesto relevante en materia epidemiológica es que el país efectivamente siga los patrones propios de una sociedad en etapas avanzadas de transición epidemiológica, con cargas de morbilidad y mortalidad progresivas para las enfermedades crónicas. A este respecto hay consenso en la comunidad médica nacional que esto efectivamente ocurrirá a no mediar la implementación masiva de estrategias preventivas poblacionales o individuales<sup>2</sup>. La factibilidad de que esto ocurra es baja, al menos en el corto plazo.

#### **1.1.4. Identificación de otros indicadores para medir el logro de los objetivos del programa.**

A juicio del panel evaluador se dispone de un adecuado conjunto de indicadores que pueden facilitar la medición del logro del fin del programa.

Este programa ofrece también una alternativa novedosa de gestión sanitaria susceptible de ser replicada, por lo que interesa, en términos de proyección, ampliar el marco de indicadores posibles.

Respecto de la identificación de nuevos indicadores para medir el logro de los objetivos del programa

#### **Brechas de Equidad en el acceso**

<sup>2</sup> Ver Berríos et al. Prevalencia de factores de Riesgo de Enfermedades crónicas. Estudio en población general de la región Metropolitana. Rev Med Chile 1990; 118:597-604

- ◆ Ranking respecto de la cobertura de pacientes tratados<sup>3</sup> por región o comuna según población potencialmente beneficiaria por región o comuna, comparado con un ranking de las regiones o comunas clasificadas según pobreza. Los requerimientos de información son: información desagregada por región o comuna de los pacientes tratados por subprograma y la información desagregada por región o comuna de pobreza. Dada la heterogeneidad del nivel de pobreza a nivel comunal, se sugiere que el indicador se construya en base a esta unidad territorial.
- ◆ Porcentaje de resolución de las listas de espera por región o comuna, comparado con nivel de pobreza. Los requerimientos de información son: información desagregada por región o comuna de las listas de espera de los pacientes que refieren todos los centros de especialidades a los centros de referencia acreditados para el programa (que una vez construidos los criterios clínicos de priorización se cumplen con ellos) y la información desagregada por región o comuna de pobreza.
- ◆ Tiempos de espera de atención por región o comuna para la obtención de la prestación incluida en el programa. La información requerida puede ser resultado de auditorías aleatorias de los tiempos de espera a pacientes tratados en los diferentes subprogramas o mediante la construcción de un registro en los centros de referencia que incorpore la fecha incorporación en la lista de espera que indica la intervención y su posterior análisis por el departamento de control de FONASA.

La propuesta es que a través de este ranking se pueda construir una matriz respecto de la reducción de brechas de equidad, que contenga un indicador compuesto por las tres variables: cobertura, lista de espera y tiempo de espera, identificando brechas entre el resultado obtenido por región o comuna respecto del mejor evaluado o un estándar a definir de "alta accesibilidad". Las expectativas del programa debieran orientarse a que, gracias a la gestión del programa, todas las comunas estuvieran dentro de un rango similar, es decir no existan brechas de equidad en el acceso a la atención en ningún punto del país y todos tiendan hacia el mejor acceso observado en el país:

#### **Cuadro 1.1.4.1. MATRIZ DE ACCESIBILIDAD DEL PROGRAMA A NIVEL DE POBREZA**

<b>Pobreza territorial</b>	<b>Alta</b>	<b>Media</b>	<b>Baja</b>
<b>Accesibilidad</b>			
<b>Alta</b>			
<b>Media</b>			
<b>Baja</b>			

Nota: todas las comunas debieran tender a concentrarse en la línea de alta accesibilidad independiente de su condición de pobreza territorial.

<sup>3</sup> Tasa por habitantes de la localidad indicada ajustada por edad

En caso de analizar las mismas variables: cobertura, listas de espera y tiempos de espera en función de algún criterio indicador de daño en salud (por ejemplo, mortalidad general ajustada por edad u otros indicadores de daño más específicos vinculados a las acciones del programa), el criterio de equidad debiera conducir a que las comunas con "mayor riesgo en salud" debieran lograr un nivel de accesibilidad mayor y viceversa.

**Cuadro 1.1.4.2. MATRIZ DE ACCESIBILIDAD DEL PROGRAMA A NIVEL DE DAÑO EN SALUD**

Daño en salud	Alto	Medio	Bajo
Accesibilidad			
Alta			
Media			
Baja			

Nota: todas las comunas debieran tender a concentrarse en los casilleros sombreados.

En caso de existir brechas de equidad, debieran ser de mayor preocupación por parte del programa los lugares de alta pobreza y/o riesgo en salud alto y baja accesibilidad, es decir con brechas de equidad mayores.

Finalmente otra opción, es utilizar como indicador de equidad, la consistencia entre accesibilidad al programa, medido en cobertura, listas de espera y tiempos de espera, por Servicio de Salud, comparado con el indicador de equidad utilizado en FONASA para la asignación de recursos. En este caso se debiera esperar que no exista una discriminación negativa hacia los Servicios de Salud que tienen brechas de equidad.

Utilizando las únicas listas de espera disponibles por servicio de salud, (cardiocirugía 1999<sup>4</sup>), y, en ausencia de criterios explícitos de priorización al programa, podrían esperarse mayores porcentajes de resolución en Servicios de Salud que poseen centros acreditado.

Sin embargo de acuerdo al siguiente cuadro, las tasas de pacientes en espera por Servicio de Salud (en relación a población y atenciones médicas disponibles) señalan que esto no se cumple. Los hallazgos, al menos en cardiocirugía, indican que no existe concentración geográfica de pacientes en listas de espera en Servicios de Salud que no cuentan con centros especializados.

<sup>4</sup> Unicas listas de espera disponibles por servicio de salud, más actualizadas.

**Cuadro 1.1.4.3. Análisis de listas de espera de cardiocirugía por Servicios de Salud, tasas según oferta de consultas médicas y población beneficiaria total.**

	Lista de espera	Tasa por 10.000 at. .médicas	Tasa por 10.000 hab
SERVICIO DE SALUD <sup>5</sup>			
TOTAL PAIS	1315	1,48	1,46
<b>MET.ORIENTE</b>	387	7,24	9,10
<b>MET. NORTE</b>	157	3,41	4,20
OSORNO	45	2,07	2,61
MAGALLANES	18	2,03	2,06
CONCEPCION	77	1,82	2,03
<b>MET. OCCIDENTE</b>	136	1,96	2,02
ANTOFAGASTA	37	1,93	1,72
VIÑA-QUILLOTA	87	2,09	1,60
MET. SUR ORIENTE	85	1,71	1,57
ATACAMA	20	1,35	1,24
DEL MAULE	78	1,35	1,20
COQUIMBO	38	1,10	0,97
<b>ARAUCANIA SUR</b>	44	0,90	0,95
ARICA	10	1,07	0,87
AYSEN	4	0,52	0,64
LLANCHIPAL	14	0,47	0,51
METROPOLITANO SUR	31	0,50	0,49
LIB. O'HIGGINS	25	0,54	0,48
VALDIVIA	8	0,29	0,32
ÑUBLE	7	0,21	0,24
IQUIQUE	2	0,22	0,20
BIOBIO	5	0,18	0,18
<b>METROPOLITANO CENTRAL</b>	0	0,00	0,00
VALPO. SAN ANTONIO	0	0,00	0,00
TALCAHUANO	0	0,00	0,00
S. FELIPE LOS ANDES	0	0,00	0,00
ARAUCANIA NORTE	0	0,00	0,00
ARAUCO	0	0,00	0,00

**Resultados biomédicos:** para su medición se propone agregar los siguientes indicadores:

- Tasa de sobrevida de los pacientes intervenidos en los diferentes centros acreditados / tasa de sobrevida esperada<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Los Servicios de Salud en rojo corresponden a aquellos donde existen centros acreditados para cardiocirugía.

<sup>6</sup> Utilizar algún estándar nacional o internacional aceptable para el país. Válido para gran parte de las prestaciones en las que su aplicación es determinante en el pronóstico vital de los pacientes.

- Tasa de complicaciones post quirúrgicas de cada centro acreditado / menor tasa de complicación observada en los centros acreditados el año anterior. Se debiera elaborar para cada intervención quirúrgica incluida en el programa.
- Tasa de infecciones intrahospitalarias en pacientes tratados de cada centro acreditado / menor tasa de infecciones intrahospitalarias observada en los centros acreditados el año anterior. Se debiera construir para cada intervención que requiere hospitalización incluida en el programa.
- Evolución de la tasa de mortalidad específica de los problemas de salud abordados en el programa. (por ejemplo, cardiopatías congénitas, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica).

### **Satisfacción usuaria**

- Se sugiere, además de incluir algún indicador de seguimiento de los reclamos (información ya disponible en FONASA), establecer un mecanismo de verificación de la satisfacción usuaria en cada una de las intervenciones definidas en el programa (encuesta u otro) y posteriormente hacer una evaluación comparada en función de variables significativas (tipo de prestación, Establecimiento que resuelve, edad, sexo, Servicio de salud, entre otras variables).

### **1.1.5 Examen de los supuestos**

Se presenta a continuación un detalle y análisis de los supuestos incluidos en la matriz del marco lógico del programa consensuado con la institución responsable.

- 1. Se mantienen los mecanismos de transferencia de recursos y mecanismos de pago.**
  - Estos mecanismos de financiamiento en el Sistema Público de Salud están plenamente operantes y determinan la forma en que la totalidad de los establecimientos reciben sus recursos. Modificaciones en este sentido debieran obedecer a reordenaciones en las políticas sectoriales las que hasta la fecha, no se vislumbran. Sin embargo, el mensaje presidencial del 21 de mayo del presente año anunció la creación de una comisión abocada al estudio de una Reforma en la gestión del sector salud. Dicha comisión, ya constituida, probablemente aborde el aspecto de financiamiento de los Servicios.
- 2. Se mantiene la prioridad de salud dentro de las prioridades sociales del gobierno.**
  - Dicha prioridad es establecida explícitamente en la Constitución Política del país, en las Orientaciones Políticas Gubernamentales, y en la mayoría de las encuestas de opinión pública (CERC, CEP).

### **3. Se mantiene la disponibilidad técnica y sanitaria.**

- El nivel técnico alcanzado por los funcionarios del sistema público de salud puede dar cuenta de las actividades comprometidas en las prestaciones complejas. Con la cobertura actual disponible de estos recursos, mas la infraestructura requerida, el programa es capaz de responder a los niveles de actividad comprometida. Es improbable una migración colectiva del recurso humano calificado al subsector privado de atención.

### **4. Se mantienen las tecnologías utilizadas en la resolución de las patologías.**

- La resolución de las patologías crónicas que producen mas demanda de prestaciones complejas está en constante renovación. El aporte científico de sociedades desarrolladas se ha orientado hacia el diseño de procedimientos terapéuticos menos invasivos y que contribuyen a la contención de costos en salud, de alto nivel en estas sociedades. En algunos casos este factor determina cambios relevantes en los tipos de prestaciones, factor que este programa debe tener en cuenta.

### **5. Se mantienen los compromisos de gestión.**

- Estos compromisos constituyen una herramienta imprescindible en la gestión del programa simbolizando el concepto de financiamiento protegido asociado a la prestación comprometida. Además provee un mecanismo de negociación con los servicios de salud. No es posible concebir el programa de prestaciones complejas en ausencia de estos compromisos.

### **6. Se mantienen los mecanismos de control y financieros.**

- Estos mecanismos son imprescindibles para el funcionamiento y evaluación del programa, siendo determinantes para los efectos de su continuidad. Es posible que la Comisión abocada al análisis de Reforma de Gestión considere estos aspectos dentro de su análisis y recomendaciones.

Solamente se recomienda incluir como parte del programa la evaluación periódica del supuesto respecto de que "se mantienen las tecnologías disponibles para la resolución de los problemas que incluye el programa", tal como se indicó previamente.

#### **1.1.6 Entorno del programa y ajustes en el diseño**

Los cambios más importantes producidos en el entorno del programa dicen relación con las reformas legales que modifican el Decreto Ley N°2.763. Estas reformas se refieren con la reorganización del Ministerio de Salud y la creación de nuevas instituciones, entre ellas el Fondo Nacional de Salud y la Ley N°18.469 que regula la protección en salud y el régimen de entrega de prestaciones a beneficiarios del sistema público de salud.

De acuerdo con la revisión de los documentos, éstas modificaciones legales otorgan y facilitan a FONASA la facultad de ejecutar el programa y no restringen sus atribuciones, por lo cual no se justifica una reformulación en el diseño del programa.

De acuerdo con las nuevas funciones definidas para FONASA, se indica que debe *“velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el MINSAL sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen...”*, lo cual refuerza lo planteado por el panel evaluador tendiente a estimular un mayor desarrollo de estos atributos de las prestaciones que considera el programa, como parte de las acciones del MINSAL, así como el establecimiento de los mecanismos de seguimiento y evaluación de las mismas por parte de FONASA.

Estas reformas legales también establecen mecanismos para que FONASA, a petición de los beneficiarios, intervenga en caso de que las prestaciones otorgadas no cumplan con las normas establecidas, lo cual ratifica las atribuciones del Fondo tendientes a incorporar estas acciones como parte del mejoramiento del programa.

De acuerdo con nuestra revisión de los cambios en el marco legal, se refuerzan las observaciones realizadas en los puntos anteriores respecto de la reformulación del diseño del programa (ver anexo N°1).

### **1.1.7 Dimensionamiento del programa**

En la identificación del listado de prestaciones se utilizó como marco de referencia la definición de prioridades sanitarias del MINSAL<sup>7</sup> y las decisiones tomadas por el grupo de expertos que trabajó en el diseño inicial del programa<sup>8</sup>. Adicionalmente a través de métodos epidemiológicos se ha intentado dimensionar la demanda estimada, con el objetivo de evaluar si la selección de prioridades efectivamente responde a problemas de demanda insatisfecha. El detalle que fundamenta la estimación de demanda se encuentra en Anexo N° 4. Análisis de Dimensionamiento por Prestación.

A continuación se presenta un cuadro resumen del dimensionamiento del Programa de Complejas, del cual se desprende de que aún persisten importantes brechas en cardiocirugía (especialmente en el adulto), trasplante renal y de médula ósea y cuidados paliativos del cáncer. A pesar de que se desconocen datos de incidencia en neurocirugía, los datos aportados por el estudio de la red

<sup>7</sup> Diseño e implementación de Prioridades de Salud. División de salud de las personas, MINSAL 1997.

<sup>8</sup> Anexo N° 1 Informe comisión Fonasa-Minsal.

de atención de neurocirugía revisado indica que persiste demanda insatisfecha especialmente para el tratamiento de tumores, como se detalla en el anexo N°4.

Si se tiene en consideración el crecimiento esperado de la población y el programa crece acorde a la incidencia esperada de nuevos casos, el programa puede cubrir adecuadamente la demanda diagnosticada en drogas inmunosupresoras, radioterapia, peritoneodiálisis, quimioterapia infantil, quimioterapia en cáncer de mamas, politraumatizado y gran quemado (estos dos últimos solamente para atender pacientes en los centros acreditados localizados en la Región Metropolitana).

### CUADRO N° 1.1.7.2.

#### Evaluación del dimensionamiento del Programa de Complejas

Prestaciones	Incidencia esperada de nuevos casos por año	Lista de espera 1999 o brecha según demanda potencial para el 2000	Actividades del programa proyectadas para el año 2000	Déficit o superávit para el año 2000
CEC total	3.800	1.316	3.114	-2.002
Neurocirugía total	s/d	226	1.973	?
Trasplante renal	6.000	690	234	-456
Drogas inmunosupresoras	768	0	1.418	
Peritoneodiálisis	209	s/d	637	?
Trasplante hígado	s/d		24	
Escoliosis	s/d	s/d	262	?
Fisurados	375	-126	723	-206
Cuidados paliativos	9.900	-5.835	3.991	-5.909
Radioterapia	4.834	s/d	5.162	?
Cáncer mamas	503	-272	528	-247
Gran quemado	s/d		108	
Politraumatizado HUAP	s/d		96	
Gran quemado infantil	s/d		215	
Quimioterapia infantil	177	0	86	0
Trasplante de médula ósea	45	-41	16	-29

Nota: para la estimación de pacientes tratados, se ha dividido por 12 los tratamientos en quimioterapia infantil, por 4 los

Tratamientos de cáncer de mama y cuidados paliativos de cáncer.

## 1.2. Conclusiones sobre el diseño

En términos generales el diseño del programa responde a la resolución del problema que se ha definido (demanda insatisfecha en prestaciones de alta complejidad). La definición de problema de salud es coherente con las prioridades sanitarias del país y las prestaciones que el programa incluye son técnicamente efectivas para resolver los daños en salud de los pacientes.

El abordaje del tema de costos reales insuficientemente financiados, se resuelve mediante un mecanismo de pago asociado a diagnóstico (PAD), lo cual contribuye a garantizar eficiencia en la asignación de estos recursos, ya que se establece previamente según criterios clínicos las prestaciones que se financiarán y los precios ajustados a los costos medios de la canasta de prestaciones son conocidos por el prestador. Adicionalmente el acuerdo de gestión con los Servicios de Salud en términos del volumen total de recursos que se transfieren y los momentos en que las instituciones tendrán los recursos financieros, permite también ahorros por una mejor programación de la compra de insumos involucrados en estas prestaciones para las intervenciones que se llevarán a cabo durante todo el año, lo cual se ha observado en la gestión de los centros acreditados<sup>9</sup>. Finalmente la reliquidación semestral de las transferencias en función del porcentaje de ejecución por parte de los centros de salud, garantiza que integralmente se utilicen todos los recursos disponibles para el programa.

Desde la perspectiva del panel evaluador, la elección del mecanismo de pago utilizado, así como el establecimiento de contratos de gestión que aseguran que los recursos disponibles para la realización de estas actividades efectivamente llegan al prestador (centro acreditado), nos parece un adecuado diseño ya que permite que los recursos sean asignados realmente a la realización de las prestaciones de salud comprometidas por los Servicios de Salud para el Programa Complejas y no sean utilizados en otras necesidades financieras que surjan de la operación habitual de los servicios de salud públicos. Esta opinión ha sido también reforzada por los comentarios muy favorables de los responsables clínicos directos de la ejecución de prestaciones complejas en los centros acreditados por el programa que fueron entrevistados.

Adicionalmente el acuerdo de gestión con los Servicios de Salud en términos del volumen total de recursos que se transfieren y los momentos en que las instituciones tendrán los recursos financieros, permite también ahorros por una mejor programación de la compra de insumos involucrados en estas prestaciones para las intervenciones que se llevarán a cabo durante todo el año.

<sup>9</sup> Información proporcionada por la Dra. Susana Peper, que hasta este año fue la responsable de las acciones de acreditación de los centros acreditados y previamente fue la Directora de uno de los centros que realizan estas prestaciones (H. Arriarán)

Finalmente la reliquidación semestral de las transferencias en función del porcentaje de ejecución por parte de los centros de salud, garantiza que integralmente se utilicen todos los recursos disponibles para el programa.

Las observaciones que se realizan por parte del panel evaluador al diseño tal como se explicita previamente corresponden a que en opinión de este panel es conveniente incorporar componentes vinculados a la gestión clínica del programa, tanto en la definición de los beneficiarios potenciales, como en el análisis de impacto en los resultados de salud que se logran a través de la implementación del programa.

De acuerdo con el análisis realizado, se concluye que todas las prestaciones incluidas en el programa están correctamente calificadas como "prestaciones de alta complejidad", y responden a problemas de salud donde existe "demanda insatisfecha" al momento de iniciarse el programa, todo lo cual responde a un problema de alta trascendencia social.

Respecto de su coincidencia con las prioridades sanitarias del país (1997), se constata que la definición de prioridades del MINSAL es posterior al diseño del programa. Sin perjuicio de lo anterior, las prestaciones definidas se correlacionan con las prioridades sanitarias (cardiología, tratamiento de cáncer y tumores, atención de politraumatismos y quemaduras graves). A pesar de no siempre ser parte de las 16 prioridades sanitarias definidas por el MINSAL, todas las prestaciones seleccionadas, con excepción del trasplante hepático y la atención integral a fisurados, responden a los nuevos desafíos que demanda el perfil epidemiológico nacional.

La posterior incorporación de nuevas prestaciones al programa se ha dado sobre la base de los mismos criterios utilizados al comienzo, respecto de la identificación de problemas prioritarios y de las restricciones en la oferta de prestaciones de alta complejidad, lo cual da cuenta de una buena consistencia en el desarrollo del programa y su capacidad de adaptación a escenarios cambiantes.

De acuerdo con las definiciones realizadas en el diseño del programa, éste se aboca a ir resolviendo gradualmente el problema que se origina producto de una oferta insuficiente de prestaciones complejas en el sistema de salud público, lo cual es correcto.

Por otra parte, el desarrollo tecnológico en salud, permite que se disponga de intervenciones de alta complejidad para resolver problemas de salud que en otro tiempo no tenían ninguna opción de resolverse. En este sentido, el programa también incorpora en su diseño la inclusión de estas prestaciones para ofrecérselas a la población beneficiaria del sector público.

En opinión del panel de expertos no existen actualmente razones para una reformulación en el diseño del programa. Las recomendaciones entregadas buscan su perfeccionamiento y el desarrollo de áreas de menor representación actual y que por su importancia pueden impactar en la obtención de los resultados esperados.

Estas adiciones están relacionadas especialmente con los aspectos clínicos, sanitarios y de cambios en el desarrollo tecnológico que operan en el ámbito de acción de este programa. La mayor disponibilidad de oferta de prestaciones de alta complejidad para los beneficiarios del sector público, también reduce las brechas de equidad respecto del acceso a la tecnología de alta complejidad para la población más pobre del país.

Teniendo en consideración todo lo anterior, es posible concluir que el diseño del programa, definido como el aumento de cobertura de prestaciones de mayor complejidad en el sistema de salud público para sus beneficiarios, coherente con las prioridades sanitarias del país, es adecuado en función de los problemas que espera solucionar, ya que se trata de intervenciones fundamentadas en su efectividad técnica, de acuerdo a la evaluación realizada por los expertos nacionales. Estas acciones contribuyen y se orientan a mejorar el estado de salud de la población, fin último del programa.

Sin embargo, en virtud del análisis previamente descrito, existen áreas en donde el programa aún es insuficiente en términos de cantidad de prestaciones ofrecidas: cardiovascular, neurocirugía especialmente en tratamiento de tumores, trasplantes renales, trasplantes de médula ósea, tratamiento del cáncer especialmente en adultos y particularmente la quimioterapia del cáncer de mamas que no cubre los estadios menos avanzados y tratamientos paliativos del cáncer terminal. Desde la perspectiva de la calidad de las prestaciones, estas son adecuadas, sin embargo existen áreas que requieren expansión de acuerdo a las prioridades sanitarias y a la evidencia científica de tratamientos costo-efectivos disponible, tales como el crecimiento en cirugía cardíaca de urgencia, tratamiento del infarto de miocardio, tratamientos para otras áreas del cáncer del adulto, así como ya se mencionó es necesario periódicamente revisar los avances tecnológicos para incluir nuevos procedimientos efectivos en el programa.

### 1.3. Recomendaciones

A continuación el panel detalla un conjunto de recomendaciones generales y específicas al programa.

#### Respecto del diagnóstico de la situación inicial

1. Necesidad de incorporar un enfoque integral de las patologías que determinan la aplicación de prestaciones complejas

De acuerdo a la evidencia científica disponible, se sabe que para varias de las patologías incluidas en el listado de prestaciones, un abordaje preventivo actuaría en etapas precoces de su historia natural<sup>10</sup>. La implementación de acciones preventivas poblacionales, de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento de los pacientes permiten interceptar la evolución natural de estas enfermedades y mejoran su pronóstico vital y calidad de vida de los afectados. Este abordaje integral de los problemas de salud actuales de Chile requieren de un esfuerzo coherente y mancomunado de un conjunto importante de actores que no solo pertenecen al sector salud (especialmente en lo referente a las acciones de promoción y prevención, estilos de vida saludables y autocuidado de la salud). Dada la envergadura del enfoque preventivo y promocional, una alternativa también utilizada nivel internacional, es el abordaje parcial de áreas de resolución de estos problemas de salud, teniendo en consideración su coherencia con el modelo integral de solución. En este sentido, el programa presentado aborda una parte del problema y en particular la parte visible de las soluciones más complejas frente a los problemas generados por estas enfermedades.

2. Estimación y dimensionamiento de la demanda no satisfecha

A juicio del panel evaluador, aún está insuficientemente desarrollada la forma en que se dimensiona la demanda insatisfecha y los criterios clínicos objetivos mediante los cuales se asigna prioridad para acceder a estas prestaciones. Estas áreas son de gran importancia para asegurar un manejo adecuado de estos recursos, utilizando criterios técnicos conocidos por toda la red asistencial de tal manera que los pacientes con prioridad clínica logren estas intervenciones independientemente de su lugar de residencia. (Cumplimiento de criterio de equidad). En la medida que puedan implementarse algunas de las actividades sugeridas en función de componentes adicionales a programa, el país podría contar con información fidedigna y actualizada de un amplio número de patologías. El registro y análisis de esta información debieran ser responsabilidad del MINSAL,

<sup>10</sup> Experiencias exitosas se comunican en EEUU (Proyecto Universidad de Stanford y otras), España (Cataluña) y particularmente el Proyecto Finlandés de Karelia del Norte. Estas experiencias tienen en común diagnósticos de base lapidarios en materia de riesgos poblacionales elevados de enfermedad cardiovascular.

considerando además que esta información es de alto valor en las acciones de Planificación y programación nacionales. Importantes externalidades positivas se derivan de la existencia de esta información (generación de protocolos, guías, pautas de acreditación, estimación de marco presupuestario, identificación de brechas reales, evaluación de resultados, etc.). Ver recomendaciones respecto a componentes del programa.

### **Respecto a la lógica vertical del programa**

1. En relación con la constatación del cumplimiento del fin.

Se recomienda incluir el componente **Análisis de los resultados clínicos en los pacientes tratados**, que incluya como actividades:

- Definición de indicadores de salud para el seguimiento de resultados del programa y,
- Seguimiento y evaluación de indicadores de salud.

2. En relación con los componentes del programa

Para contribuir en el logro del propósito del programa es recomendable la inclusión de un nuevo componente referido a mejorar el conocimiento de la población potencialmente beneficiaria de este programa: **Población potencialmente beneficiaria del programa vigente y priorizada**. Este nuevo componente debiera tener como actividades:

- Diseño y actualización periódica de los criterios clínicos de priorización de pacientes para su acceso al programa” y
- Listas de espera de pacientes que cumplen con los criterios definidos por el programa.

Adicionalmente debiera incluirse en el componente de monitoreo y evaluación la actividad de **Monitoreo del cumplimiento de los criterios de priorización de pacientes en la entrega de prestaciones realizadas por el programa**.

3. En relación con las actividades del programa

Es recomendable agregar como actividad en el primer componente el **desarrollo de protocolos clínicos para las intervenciones priorizadas basados en la evidencia disponible**.

Para el segundo componente “Centros Acreditados y capacidad resolutiva estimada”, teniendo en consideración que la red asistencial es dinámica y puede ir modificándose en el tiempo, se recomienda incluir las actividades de **Actualización de los centros acreditados en términos del cumplimiento de los estándares de calidad definidos y Dimensionamiento periódico de la capacidad resolutiva disponible**.

Adicionalmente basándose en los resultados de la aplicación periódica de estándares de calidad exigibles a los centros de referencia, se **sugiere actualizar cada 3 o 5 años la red de centros de referencia** para cubrir adecuadamente la demanda de la población al programa, con los cuales FONASA debiera establecer convenios.

Considerando que el supuesto de que “las tecnologías utilizadas en las prestaciones se mantienen”, tiene validez en sólo en el corto plazo, es conveniente incluir como actividad la **revisión periódica (cada tres años al menos) de los cambios tecnológicos disponibles y posibles de incorporar a la resolución de estos problemas de salud.**

### **Respecto a la lógica horizontal de la matriz**

Es necesario agregar al conjunto de indicadores existentes, otros que reflejen mejor la capacidad resolutoria de la red asistencial disponible para el programa, detallando en particular la equidad en el acceso, los resultados biomédicos logrados y el grado de satisfacción de los usuarios con la prestación recibida.

Adicionalmente es importante incluir algún indicador relacionado con el grado de conocimiento que las personas candidatas a prestaciones tienen respecto a los derechos en salud que el programa ofrece, lo cual puede obtenerse de información ya disponible por la institución. Se propone un conjunto de indicadores adicionales enumerados y detallados en el punto 1.1.4.

De los indicadores propuestos para medir el propósito, aquel que relaciona prestaciones realizadas con prestaciones comprometidas está contenido en la medición del quinto componente “Prestaciones realizadas”, por lo cual no es necesario repetirlo.

### **Respecto al Dimensionamiento del programa**

Del análisis anterior, se puede concluir que, salvo que existan otros programas que están abordando la demanda por atención de cáncer en adultos, la inclusión de radioterapia y quimioterapia para cáncer de la mama, no parece suficiente para mejorar la efectividad de la resolución de estos problemas (pendiente resolución quirúrgica de cáncer cérvico uterino preinvasor y cáncer de testículo). Sin embargo es necesaria como parte del tratamiento integral de cáncer que se debe ofrecer a los pacientes.

Debiera estimularse una política activa de procuramiento de órganos para transplantes, la que, sin duda es la variable crítica principal para poder aumentar la oferta de trasplantes.

Sería importante disponer de información respecto de las listas de espera actuales para estas intervenciones, de modo de poder evaluar su contribución al cierre de brechas respecto de la demanda insatisfecha.

En relación con el crecimiento del programa, el panel concuerda con los planteamientos realizados por el MINSAL, respecto de los desafíos en cuanto a expansión del Seguro Catastrófico (Propuesta de actualización del Plan de Salud año 2000, MINSAL y FONASA, junio 1999), en lo planteado para mejorar la capacidad resolutive a los problemas cardiovasculares, cáncer, insuficiencia renal y neurocirugía, dado que coinciden con las prioridades sanitarias.

Dada la existencia del Seguro Catastrófico como una entidad integral que respalda las garantías de derechos de los beneficiarios de FONASA respecto de protección y cobertura para patologías de alto costo, se recomienda por parte del panel evaluador, integrar todas las prestaciones que se ofrecen para la resolución integral de estos problemas en un solo programa: esto debiera llevar a trasladar del Programa de Oportunidad de la Atención, la resolución quirúrgica de los cánceres cubiertos en forma complementaria por el Programa de Complejas (cáncer cervicouterino y cáncer de mamas), así como reconocer al menos la totalidad de las atenciones del PINDA (programa infantil nacional de drogas antineoplásicas) como parte del programa, de modo de poder realizar un seguimiento y evaluación integral de sus resultados sobre la población.

## 2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

### 2.1 Análisis de aspectos relacionados con la Organización y Gestión del Programa

#### 2.1.1. Estructura Organizacional y Gestión

A juicio del panel la estructura del programa es coherente con los componentes enunciados y contribuye al logro del propósito.

Es importante destacar que la existencia de presupuestos “protegidos” para la realización de estas prestaciones ha sido un incentivo para los centros de alta complejidad, ya que reduce fuertemente el conflicto organizacional hospitalario respecto de las decisiones de asignación de recursos (siempre escasos) entre resolver pocas actividades de alto costo y la posibilidad de resolver muchos problemas de menor costo, lo cual ha permitido que en definitiva los beneficiarios (muchas veces en riesgo de muerte) que requieren de estas atenciones complejas puedan finalmente acceder a ellas.

Se identifican adecuadamente a las Instituciones responsables de la ejecución de tareas realizadas en las diferentes fases de diseño del programa, sus funciones así como las comisiones de trabajo comprometidas con el Programa. (Comisión Fonasa-Minsal, DINRED, DISAP, Fonasa, Servicios de Salud (Establecimientos), Instituto de Salud Pública).

Dada la participación de todas las instancias anteriormente descritas, a juicio del panel es posible que a se pueda generar la información relativa a los aspectos técnicos (clínicos), así como su análisis. Al nivel de la Subsecretaría de Salud debieran propiciarse también las instancias que permitieran la articulación del programa con los otros programas de salud que pueden ser complementarios, especialmente en los ámbitos de la prevención y promoción.

Modelos de gestión o estructuras alternativas. No existen en el SNSS modelos de gestión alternativos en el área de prestaciones complejas con carácter de seguro en la red que puedan responder específicamente al fin del programa.

En el caso particular del subprograma de prestación compleja a niños fisurados, existen diversas instituciones que ofrecen prestaciones a servicios de salud (Interplast, Rotoplast, Fundación Gantz). A juicio del grupo de expertos del Minsal encargado de la propuesta de este subprograma, la atención ofrecida por estas instituciones carece de la integralidad necesaria para garantizar la resolución del problema.<sup>1</sup> A partir de la información proporcionada por Fonasa, el panel no cuenta con fundamentos técnicos que le permita respaldar o no tal aseveración.

---

<sup>1</sup> Programa Prestaciones Complejas, Evaluación 1994-1999. Depto. Comercialización. Fonasa.

Existió actividad histórica relacionada con estas prestaciones en los establecimientos dependientes del SNSS, la que se relacionaba con la programación habitual de los establecimientos hospitalarios. Sin embargo, la cobertura de estas prestaciones era insuficiente para satisfacer la magnitud de la demanda, originando las listas de espera. Por la modalidad de financiación a precios no reales, no existía incentivo para ejecutar estas prestaciones puesto que al realizarlas los establecimientos comprometían el presupuesto de otras actividades incrementando sus deudas. Con el advenimiento del programa, se ordena la actividad de las prestaciones complejas unificando su financiación sólo mediante el mecanismo provisto por Fonasa.

Estructuras organizativas diferentes a las del programa no aseguran el adecuado control de la gestión financiera ni el cumplimiento del propósito del programa. Históricamente el financiamiento no ligado a la ejecución de actividades específicas no es garantía de que las prestaciones se cumplan en cantidad, en calidad ni tampoco considerando los aspectos de equidad incorporados en el programa.

#### Asignación y cumplimiento de responsabilidades por parte de las instituciones involucradas.

La asignación de responsabilidades del programa es concordante con el ámbito de acción que le compete a las Instituciones involucradas, esto es:

- Fonasa : Rol financiero
- Minsal : Ambito de las políticas de salud y programas generales y específicos,
- Servicios de salud: Ejecución de actividades de acuerdo a lineamientos acordados.

Si este programa fuera considerado como un programa de salud, donde lo central fuera la entrega de prestaciones y actividades, su lugar natural en término de responsabilidades debiera situarse en el Minsal. El panel de evaluación estima que este programa corresponde en términos estrictos a un programa financiero, en el cual la responsabilidad de hacerse cargo del estudio de costos de las prestaciones y en último término, de la distribución de recursos debe encontrar como institución natural responsable de él al Fonasa.

Las responsabilidades explicitadas en la ficha de antecedentes por Fonasa se cumplen, esto es, en las etapas de: asignación de cupos, distribución de recursos comprometidos, verificación de la ejecución de las acciones comprometidas, control y evaluación de la gestión financiera, reliquidación de acuerdo a evaluaciones sistemáticas.

Los procesos involucrados en la función de producción están debidamente documentados, como pudo ser verificado por el panel. La información es de buena calidad y hay una adecuada capacidad de respuesta por parte de FONASA denotando la existencia de registros sistemáticos como parte del control de gestión.

El Minsal compromete importantes funciones en las mismas fases del desarrollo del programa. Esencialmente, éstas se concentran en acciones de carácter técnico, tales como acreditación de establecimientos y elaboración de protocolos y guías clínicas, materia en la cual existe avance pero que no cubre aún la totalidad de las prestaciones. Algunas de las prestaciones, tales como las relacionadas con tratamiento de tumores malignos, nefropatías crónicas y trasplantes involucran la participación de otras instituciones que han desarrollado sus propios protocolos y guías clínicas.

No es posible aún contar con información consolidada que de cuenta de los resultados técnicos (clínicos) derivados de las intervenciones, aún cuando los equipos profesionales en los establecimientos cuentan con registros propios para poder emitir esta información. Estos registros no están necesariamente unificados por criterios comunes.

En este último nivel (Servicios de Salud y establecimientos), ha habido un adecuado nivel de cumplimiento cuantitativo de los compromisos adquiridos. El régimen de actividad realizado en relación a lo comprometido ha sido variable pero con una clara tendencia hacia el cumplimiento.

Explican la variabilidad observada en el cumplimiento de actividad comprometida los siguientes elementos:

- Características propias de las patologías atendidas que dificultan su planificación (trasplantes, patologías de urgencia o agudas),
- Remodelación o cambios en la estructura física en función del programa, que detiene o reduce el ritmo de producción de servicios,
- Imprevistos en el uso de tecnología de apoyo
- Debilidad en la estimación del universo de beneficiarios potenciales

Aún es materia de desarrollo por parte de las unidades participantes del Minsal el estudio de los compromisos legales que se adquieren al poner a disposición de los beneficiarios estas prestaciones (responsabilidades legales individuales o colectivas, responsabilidad penal en situación de *mal praxis*, a modo de ejemplo).

No debe olvidarse que en el ámbito de prestadores o ejecutores pueden existir entes privados, los cuales obviamente no dependen de los Servicios de Salud.

Respecto a la delimitación de funciones y responsabilidades, cabe señalar que este proceso se ha ido consolidando de año en año. En este programa se observa una clara diferenciación de funciones: la autoridad sanitaria define prioridades de prestaciones complejas en función del perfil epidemiológico de la población; Fonasa diseña e implementa un instrumento para la asignación de recursos que da garantía de acceso a los beneficiarios a estas prestaciones y controla su adecuado cumplimiento; los centros acreditados reciben financiamiento y ejecutan las prestaciones de alta complejidad.

Para la inclusión de nuevas prestaciones se trabaja en conjunto con la DISAP, para la acreditación con la Unidad de Acreditación de la DINRED y para las propuestas de nuevas inversiones con la DINRED. Sin perjuicio de lo anterior, es importante destacar la relación permanente con las diferentes comisiones antes mencionadas, todas ellas dependientes de la DISAP. En ellas se analiza el programa en su globalidad y se plantean los requerimientos respecto a las diferentes unidades del MINSAL.

Lo anterior ha contribuido a la consolidación de este proceso de delimitación de funciones y responsabilidades. Sin embargo, a juicio de Fonasa, es necesario plasmar estas funciones y responsabilidades en un documento debidamente sancionado por las partes.

### **2.1.2. Relación entre los niveles central, regional y local y los mecanismos de coordinación**

En el ámbito central el programa distribuye los recursos sobre la base de una programación de actividades que se efectúa para cada centro prestador. La distribución de los recursos asignados en los correspondientes contratos de gestión depende del resultado de la gestión inmediatamente anterior.

Los mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles resultan efectivos para los fines de asignación y pago de prestaciones efectuadas. Estos se han basado esencialmente en el trabajo de Comisiones y grupos de trabajo específicos, que han tenido duración variable en el tiempo. Con todo, la coordinación entre Fonasa y Minsal ha sido un proceso de construcción sistemática, en el que se advierten dificultades surgidas por el ámbito de responsabilidad que le compete a una u otra institución. El panorama actual en cuanto a coordinación resulta más claro para el panel en la medida que se ha contado con documentos e información provista por ambas instituciones.

El programa brinda la oportunidad para efectuar reprogramación de actividades (ejemplo; prestaciones en casos de transplantes, en las cuales las prestaciones dependen de donación de órganos) y reliquidación.

No es posible evaluar a partir de la información disponible el grado de coordinación de este programa con otros programas de salud que pudieran estar directa o indirectamente relacionados.

Sin embargo, los contratos de gestión del año 2000 incorporan elementos novedosos al respecto al exigir, por ejemplo, que los establecimientos no modifiquen más allá de un 10% el régimen de actividades históricas de otros programas de salud<sup>2</sup>. Esta precisión cautela la existencia de posibles incentivos perversos por parte de los equipos profesionales.

---

<sup>2</sup> Protocolos de Compromisos de Gestión con Servicios de Salud.

A propósito de no crear incentivos que provoquen una disminución de la actividad histórica de prestaciones no incluidas en el programa, FONASA a nivel central está permanente evaluando este comportamiento, y para ello el indicador usado es el análisis de la facturación total del sector y la comparación por áreas de año en año.

Si bien es cierto esta es una señal macro del problema tiende a mostrar el comportamiento de la actividad global del sector y direccionar los ajustes del programa hacia los sectores involucrados.

Por ejemplo, en determinado momento la actividad cardioquirúrgica global del sistema experimentó un descenso. Esto motivó a FONASA a analizar los elementos que incidían en esta caída, considerando el aumento de la cirugía compleja brindada por el programa.

Para este caso en particular se concluyó que la disminución en la actividad quirúrgica señalada guardaba relación con modificaciones tecnológicas en las prestaciones. Esto es, algunas patologías dejaron de tener resolución quirúrgica por avances tecnológicos (plastías<sup>3</sup> con uso de catéteres, por ejemplo).

De igual forma se constató que el Arancel de FONASA incluía prestaciones que en la actualidad ya no se realizaban debido a los cambios tecnológicos.

El panel opina que debe existir necesariamente un grado variable de contacto entre este programa y los programas matrices de salud. Se espera al menos algún grado de competencia por el recurso humano (que puede ser el mismo), por demanda de la capacidad instalada de los establecimientos y demanda también por el uso de tecnologías diagnósticas, laboratorio y otros productos hospitalarios

Desde el punto de vista del desempeño del programa, la comparación entre el perfil global de los beneficiarios FONASA y los beneficiados con prestaciones (1998) presenta algunas diferencias.

Es así como los pacientes receptores de prestaciones complejas se concentran en el tramo B de ingresos en la clasificación de Fonasa, a diferencia del perfil de los beneficiarios totales.

---

<sup>3</sup> Procedimiento invasivo que consiste en la introducción de un elemento a través de un lumen (por ejemplo, una arteria) con la finalidad de corregir alteraciones morfológicas.

**Tabla 2.1.2. Programa Prestaciones complejas (1998). Beneficiarios FONASA y pacientes atendidos, según tramo de ingreso del cotizante(\*).<sup>4</sup>**

Beneficiarios	TRAMOS (distribución porcentual)			
	A	B	C	D
Totales #	33.1	31.6	10.5	24.7
Atendidos $\psi$	20.0	50.0	9.0	21.0

(\*) Información: Marzo 2000. Fuente: FONASA.

# Sólo cotizantes

$\psi$  Incluye cotizantes y beneficiarios.

La distribución de cotizantes, según sexo y grupo de edad, para marzo del año 2000 (3.347.852 cotizantes distribuidos en los grupos B, C y D) concentra en el tramo B el 48,5% y 61% de los cotizantes varones y mujeres respectivamente.

A su vez la población cotizante de 60 o más años corresponde al 29,4%, lo que excede la distribución nacional observada para este grupo de edad<sup>5</sup>. De este porcentaje (personas de 60 o más años), el 61,5% cotiza en el grupo B.

Puesto que el listado de prestaciones complejas involucra la atención de enfermedades de carácter crónico que afectan a sujetos mayores, la diferencia observada entre el perfil nacional de beneficiarios y el de beneficiados por prestaciones complejas es coherente desde el punto de vista epidemiológico.

Puesto que el listado de prestaciones complejas involucra la atención de enfermedades de carácter crónico que afectan a sujetos mayores, la diferencia observada entre el perfil nacional de beneficiarios y el de beneficiados por prestaciones complejas es coherente desde el punto de vista epidemiológico.

### **2.1.3. Estructura de toma de decisiones**

La contribución de la Comisión FONASA-Minsal en las primeras etapas del programa originó un listado priorizado de prestaciones y un conjunto de sugerencias y recomendaciones que constituyeron el fundamento del diseño final del Programa. En esta

<sup>4</sup> ORD. 2.1F / N° 1456 del 2 de junio del 2000. Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales y causantes del subsidio único familiar. Grupo B: Afiliados cuyo ingreso no exceda de \$100.000 y sus respectivas cargas. Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior a \$100.000 y no exceda de \$ 146.000 y sus respectivas cargas, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el que serán considerados en el Grupo B. Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior a \$146.000 y sus respectivas cargas, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el que serán considerados en el Grupo C.

<sup>5</sup> Boletín informativo N° 4, Instituto Nacional de Estadísticas, noviembre de 1999. Proyección de 11,6% de población de 60 o más años para el año 2005.

fase del programa se advierte una centralización en el proceso de toma de decisiones que descansa en la idoneidad técnica de los componentes de la comisión aludida.

Por tratarse de un programa financiero y considerando el rol de FONASA como institución, las decisiones en materia de cálculo de precios finales de las canastas de prestaciones también descansaron naturalmente en este nivel central.

La fijación de regímenes de actividad de las prestaciones para cada componente del listado de prestaciones complejas al nivel de Servicio de Salud se pactó individualmente con el nivel central y tiene el carácter de proceso dinámico, evaluado periódicamente y sujeto a modificaciones fruto de la evaluación, monitoreo y fiscalización desarrollado tanto en el ámbito local como central.

Al nivel de los establecimientos que efectúan directamente las prestaciones las instancias de participación en el proceso de toma de decisiones quedan representados a través de las respectivas Direcciones de Servicio de Salud.

Es importante destacar que previo a la determinación del presupuesto de hacienda hay una petición de expansión elaborada por FONASA en conjunto con la DISAP y que posteriormente esa misma priorización debe hacerse en el marco del presupuesto otorgado.

Una vez realizada la priorización, sujeta al marco, es responsabilidad de FONASA realizar la licitación correspondiente, fijar precios, cuota máxima a financiar y adjudicar los cupos de acuerdo a dichos elementos y tomando en consideración la evaluación del ejercicio anterior.

De igual modo, es FONASA quién elabora los compromisos de gestión que hoy día en el marco de la Ley 19.650, son firmados sólo por FONASA y los Servicios de Salud. La función de control de afiliación y de actividad comprometida, la evaluación y reliquidación final son tareas que le competen a FONASA.

Por otra parte, la acreditación, la definición de la red de referencia y contrarreferencia, la elaboración de protocolos de atención y de indicadores sanitarios que permitan la readecuación del programa son tareas exclusivas del ámbito sanitario.

#### **2.1.4. Funciones y Actividades de Monitoreo y Evaluación que realiza la Unidad Ejecutora**

Al respecto reiteramos lo señalado en el punto anterior: existen ámbitos claramente diferenciados relativos al monitoreo y evaluación de la actividad y de la gestión clínica. Esta última está siendo canalizada progresivamente por las diferentes comisiones de la DISAP e incorporada a las normas de acreditación correspondientes.

La Unidad ejecutora ha incorporado desde la fase inicial de la ejecución del programa actividades de control de gestión, monitoreo de actividades y fiscalización.

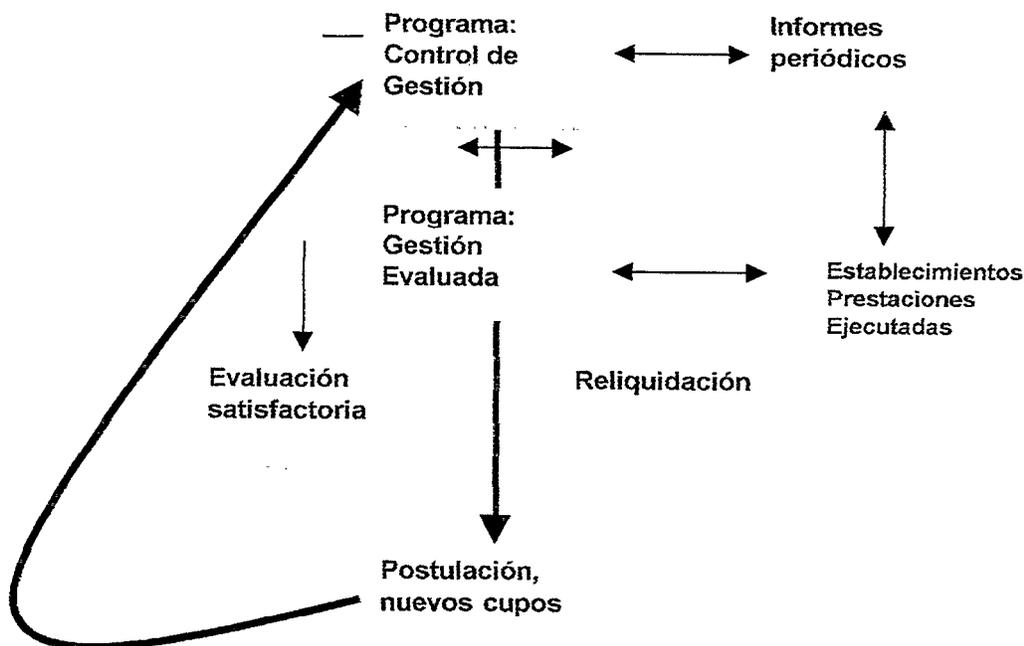
Ejemplos de actividades de control de gestión han sido aspectos de carácter financiero relacionados con montos asignados, con las prestaciones ejecutadas y prestaciones pagadas. Particular énfasis se ha puesto en la focalización de beneficios en pacientes adscritos al sistema con la finalidad de evitar la existencia de subsidios cruzados con el subsistema Isapre. Los servicios de salud deben periódicamente reportar acerca de la actividad financiada<sup>6</sup>, compromiso acordado en los contratos de gestión.

El programa cuenta con un software ad-hoc diseñado para recoger información acerca de la actividad realizada, grado de cumplimiento y pacientes incluidos en cuanto son o no éstos beneficiarios de la ley 18.469. La información requerida es generada oportunamente por las unidades operativas en los diversos centros hospitalarios.

El proceso de asignación de recursos para cada prestación y la distribución de ellos a cada centro considerando los criterios geográficos se efectúa periódicamente con ocasión de celebrar los contratos de gestión.

La evaluación retroalimenta adecuadamente al programa, permitiéndole ajustes en la programación, reliquidación y refinamiento de las directrices y lineamientos que lo regulan (ejemplo; modificaciones del marco de los contratos de gestión). La evaluación de las necesidades expresadas por los usuarios es incorporada en el proceso de toma de decisiones.<sup>7</sup>

**Figura 2.1.4. Diagrama del control de gestión programática**



<sup>6</sup> Instrumentos de verificación: Control de Actividad y Registro de Prestaciones efectuadas. Registro mensual.

<sup>7</sup> Propuesta de actualización del Plan de Salud 2000.

### Evaluación clínica de los resultados obtenidos por el programa:

La tutela clínica del programa escapa del ámbito de acción de Fonasa por las características del programa y la naturaleza de la institución. Sin embargo se establecen algunas directrices al respecto. Se señala que *“Respecto al monitoreo y evaluación, parte se realiza a través del proceso de acreditación, en lo que respecta a resultados y es una tarea que ha estado asumiendo gradualmente la DISAP, en cada una de las áreas incorporadas al programa”*.

Para el caso particular de las prestaciones cardioquirúrgicas, neuroquirúrgicas y trasplante renal existe una clara definición del un conjunto de criterios clínicos que competen a la evaluación clínica en este ámbito.

### Monitoreo y evaluación de resultados

Número de actividades: Cumplimiento de metas:

Se evaluará el porcentaje de cumplimiento con un rango de variabilidad del 10%.

### Calidad del proceso.

- Número mínimo de actividad que garantice la calidad requerida.
- Cumplimiento de protocolos locales, existencia de evaluaciones de sus resultados y el mejoramiento de éstos
- Tasa de infecciones intrahospitalarias de los pacientes intervenidos (medio de verificación: Utilización de Manual de evaluación de estándares de atención hospitalaria y sistema de puntaje (Minsal 1997).

### Calidad del resultado de las intervenciones (Utilización de algunas patologías trazadoras)<sup>8</sup>

- Indicadores de calidad, específicos para cada prestación, por ejemplo:
- Letalidad ajustada, tasa de secuelas.
- Incidencia
- Pérdida de órganos en caso de trasplantes

### Medios de verificación

Sistemas de Acreditación (Anexo 3): Informe final de la Comisión Ministerial (1997).

Corresponde a actividad quirúrgica: cardio, neuroquirúrgica y trasplante renal)

Manual de estándares de Atención de Hospitales (Acreditación: anexo 1 y 2).

Cardiociugía con CEC

Estenoraquis y disrafia

Aneurisma y Tumores

<sup>8</sup> Se documenta criterios para: Cardiopatía Coronaria, Neuroquirúrgicas (Disrafiaas, estenoraquis, tumores, aneurismas).

## Transplante renal

Para el caso de prestaciones cardioquirúrgicas en el Hospital Dr. Roberto del Río, los responsables del subprograma llevan un detalle pormenorizado de los antecedentes clínicos de los pacientes intervenidos, lo que permitiría elaborar los indicadores de actividad y calidad previamente mencionados y posiblemente otros.

### 2.2. Conclusiones sobre la Organización y Gestión del Programa

A juicio del panel de evaluación, la organización general del programa de prestaciones complejas se adecua al propósito y fin enunciados por la Institución responsable. La estructura organizativa requerida para poder cumplir con los objetivos planteado requirió de la articulación con el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y otras instituciones, exigiendo adecuados niveles de coordinación para lograr una gestión exitosa.

Por la naturaleza de las funciones inherentes a las instituciones participantes (ver punto 2.1) y las características del Programa (financiación y ejecución de actividades clínicas) la organización del programa tendió a concentrar responsabilidades específicas en cada una de ellas. El resultado de esta separación de responsabilidades ha sido efectivo durante el período de gestión del programa.

Así, Fonasa juega un rol protagónico en el análisis de antecedentes que justificaron la apertura del programa, en lo referente a los estudios de costo, elaboración de canastas, mecanismos de transferencia de recursos y control de gestión. Se involucran en el programa la mayor parte de los departamentos y Subdepartamentos de esta repartición, los cuales se aprecian bien articulados y comprometidos con él.

En forma novedosa, un programa que aparece a primera vista como “programa de salud”, se concentra en sus aspectos financieros, transformándolo finalmente en un programa financiero. Lo novedoso desde el punto de vista de gestión es que la responsabilidad recae en Fonasa y no en el Ministerio de Salud.

Las responsabilidades de corte sanitario puro, relacionada con procesos de acreditación, inserción de nuevos subprogramas, coordinación técnica con los servicios de salud, desarrollo de estudios específicos de redes de atención, evaluación clínica de resultados han recaído en el Ministerio de Salud a través de sus departamentos y Unidades técnicas. Esta circunstancia, lejos de incomodar a los prestadores a sido destacada por ellos en cuanto imprime a la gestión un estímulo, obligando a gestionar responsablemente los recursos dados los compromisos adquiridos.<sup>9</sup>

Se advierte que los ámbitos de responsabilidad y funciones específicas de Fonasa y Minsal no siempre fueron fáciles de definir en los inicios del programa. Esto explica por ejemplo,

<sup>9</sup> Entrevistas realizadas a profesionales responsables del Hospital Dr. Roberto del Río y San Juan de Dios

que algunas actividades del programa no tuvieran asignación explícita de funciones, como es el caso del proceso de acreditación, generación de normas técnicas e incorporación de nuevas prestaciones. El funcionamiento limitado en el tiempo de Comisiones de Trabajo y grupos de expertos dejó en cierta medida sin resolver algunos aspectos de la gestión que fueron abordados progresivamente por las Instituciones comprometidas.

El programa tiene una política comunicacional activa siendo reconocido por los usuarios y valorado por ellos. Al nivel de prestadores, sin embargo, se reciben quejas y demandas de beneficiarios que exigen derecho de atención en los establecimientos habiendo éstos ya comprometido las prestaciones. En este aspecto debe hacerse hincapié en la comunicación de mensajes claros, actualizados considerando las particularidades de cada centro hospitalario.

### **2.3. Recomendaciones sobre la Organización y Gestión del Programa**

La posibilidad de incorporar los nuevos componentes y actividades recomendadas por el panel permitirían fortalecer aún más el programa. El panel considera relevante formalizar el rol de las diferentes instancias que participan en el programa, especialmente el de las comisiones técnicas y de los equipos de especialistas que trabajan en los centros acreditados, con el fin de incorporar en forma operativa los nuevos componentes y actividades señaladas en el análisis del marco lógico.

Adicionalmente se recomienda incorporar una instancia formal que permita mantener un contacto permanente con los programas matrices emanados del MINSAL.

### **3.- EFICACIA DEL PROGRAMA**

#### **3.1. Desempeño del Programa en cuanto a la producción de componentes esperados**

De acuerdo a la evaluación realizada por el panel se concluye lo siguiente:

##### **Componente 1: Priorización de prestaciones**

Todas las prestaciones incorporadas al Programa han sido definidas de acuerdo a un proceso de priorización sanitaria conjunto entre el Ministerio de Salud y FONASA.

El crecimiento del programa en términos de nuevas prestaciones es un proceso gradual que depende en gran medida de los recursos financieros disponibles y de la factibilidad técnica y operativa existente. Se ha logrado incrementar gradualmente la cobertura y la diversidad de las prestaciones.

En la definición de las prestaciones priorizadas ha existido criterios basados en la existencia de listas de espera determinados en base a los antecedentes particulares de cada prestación, existiendo revisiones anuales de prioridades, a través de lo cual, se han incorporado nuevas prestaciones año a año. Esta gestión ha sido eficiente desde el punto de vista de determinar las prioridades básicas de acuerdo a los criterios epidemiológicos existentes.

Dentro de las actividades realizadas existe un análisis de incidencias y prevalencias en el caso de las prestaciones oncológicas, de aquellas relacionadas con la I.R.C., de la Atención Integral al Paciente Fisurado y análisis con datos estadísticos de la ocurrencia en los casos del politraumatizado y gran quemado. Por otra parte, para cardiocirugía, neurocirugía y escoliosis se trabaja con datos de listas de espera que se encuentran disponibles en los establecimientos acreditados para el programa.

##### **Componente 2: Centros de referencia acreditados**

Es destacable el proceso de acreditación de la calidad de la atención, al cual se han sometido voluntariamente los prestadores, lo que permite diagnosticar la situación actual de los prestadores e identificar las necesidades de inversión y mejoras tecnológicas. Asimismo, contribuye a determinar las potencialidades de crecimiento de la oferta de prestaciones del sector público (acreditación de centros públicos y privados que aún no están en el programa), permitiendo programar la compra de prestaciones de alta complejidad que son insuficientes para satisfacer la demanda de los beneficiarios.

Con respecto a la capacidad del Minsal para realizar la acreditación de centros de alta complejidad, durante 1999 la Dinred realizó la acreditación de un total de 74 centros o unidades de atención para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mamas (19), atención al paciente politraumatizado (5), gran quemado (5), prestaciones complejas: neurocirugía, cardiocirugía, trasplantes renales (9), Unidades de Cuidados Intensivos (12), Unidades de Cuidados Intermedios (8), Servicios de Urgencia (5), Atención Prehospitalaria (4) y Centros para el trasplante de médula ósea (7)<sup>9</sup>, lo cual permite inferir que existe capacidad instalada suficiente a nivel de la autoridad sanitaria para satisfacer los requerimientos de acreditación y actualización de éstas para el programa.

<sup>9</sup> Memorandum N° 3<sup>a</sup>-074 del 26 de enero del 2000 de la División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial (DINRED) al Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

En estas acreditaciones se evalúan aspectos tales como, **Estándares de Atención Hospitalaria (EAH)**, donde se miden aspectos críticos, como Garantía de calidad, Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Pabellones, Farmacia, Esterilización. **Infecciones Intra Hospitalarias (IHH)** indicador de carácter universal, y una **Pauta Específica** que atiende las particularidades de cada prestación compleja, que incorpora aspectos de estructura, procesos y resultados.

A pesar de que la acreditación no constituye una obligación legal de los establecimientos, se puede observar<sup>10</sup> que, de los 22 hospitales evaluados dos veces, el 65% obtuvo en la segunda acreditación un mayor cumplimiento de los estándares que en la primera (acreditaron trece (57,1%), permanecen condicionales ocho (36,4%) y uno (4,5%) no acreditó) y ninguno de ellos disminuyó el porcentaje de cumplimiento, de lo cual podría inferirse que procesos consecutivos de acreditación, tienen efectos positivos sobre la gestión en términos de promover mejoría de la calidad.

● Existe conciencia en la institución encargada de la necesidad e importancia de una actualización permanente de los centros acreditados y el cumplimiento de los estándares de calidad en plazos prefijados.

Existen algunos desequilibrios geográficos en el otorgamiento de las prestaciones, existiendo mayor carencia de estas en la Región Norte, en temas como Transplante Renal, Cardiocirugía y Neurocirugía, lo que afecta la equidad en el acceso. Es importante destacar que el programa, procura salvaguardar esta equidad en el acceso generando la apertura de cupos de los centros acreditados a los Servicios de salud donde no existe la resolución de la prestación.

Las actividades se realizan adecuadamente, existiendo un proceso de acreditaciones que permite determinar la mejor forma de adquirir las prestaciones y visualizar las soluciones a los problemas de red asistencial, de modo que no afecten la equidad en el acceso.

La oferta de prestaciones depende en gran medida de este componente por lo cual, es determinante para su existencia.

● Es importante señalar, que la acreditación no contribuye a determinar la capacidad máxima de prestaciones del sector público (estimar la oferta potencial), sino que permite identificar centros que están en eficientes condiciones técnicas de ejecutar o no las prestaciones complejas del programa.

### **Componente3: Mecanismo de Pago a prestadores**

Para llevar a cabo el programa se buscó una herramienta efectiva, que ligue actividad a financiamiento y de esa manera dar resolución al problema de salud de los beneficiarios. Los recursos adicionales involucrados en el programa, forman parte de la expansión del presupuesto del sector, pero esta vez dirigido a resolver un determinado número de actividades y con un financiamiento condicionado al cumplimiento de estas actividades bajo determinadas características de acceso.

A juicio del panel evaluador, los mecanismos de pago utilizados (PAD) y su actualización periódica, permiten relacionar las acciones financiadas con resultados en salud referente a la resolución de un

<sup>10</sup> Anexo del resumen ejecutivo de Acreditación de Establecimientos de Salud de agosto y octubre de 1998 de la División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial del Minsal.

diagnóstico específico (prueba de ello es que más del 95% de los recursos del programa se<sup>64</sup> destinan a la realización de las prestaciones complejas). Adicionalmente la definición de un precio global que recoge los costos medios reales observados en la red asistencial para la entrega de estas prestaciones permite lograr una mayor eficiencia productiva ya que entrega un parámetro de precios guía a los prestadores para controlar el uso de los recursos disponibles para realizar estas prestaciones de alto costo.

Por lo anterior, concluimos que la elección de este mecanismo de pago en el programa, permite efectivamente, ligar el financiamiento a resultados, ya que los recursos financieros que dispone el prestador solamente están disponibles si éste realiza las prestaciones complejas comprometidas en el contrato de gestión (en caso de que las prestaciones no se realicen existe el mecanismo de reliquidación para reasignar estos recursos). Esto ha permitido mejorar la gestión financiera de los establecimientos prestadores (centros acreditados para el programa), permitiendo aumentar la eficiencia en el uso de los mismos. La definición de un financiamiento “protegido” dentro del presupuesto del sector asignado a los Servicios de Salud, para la ejecución específica de estas actividades es también un elemento del diseño del instrumento que redundará en su eficacia, ya que impide su utilización en otras necesidades de la operación de los establecimientos de salud.

#### **Componente 4: Compromisos establecidos y recursos financieros asignados**

A juicio del panel evaluador, la implementación de contratos de gestión entre el asegurador público y el prestador, representado por el Servicio de Salud, es un instrumento adecuado para establecer metas claras y objetivables (prestaciones complejas realizadas) y recursos financieros predefinidos para la ejecución de las acciones comprometidas.

Esto permite a las instituciones prestadoras conocer el volumen total de recursos que se transfieren y los momentos en que ellas tendrán estos recursos (flujo de caja), lo cual posibilita también ahorros por una mejor programación de la compra de insumos involucrados en estas prestaciones para las intervenciones que se llevarán a cabo durante todo el año. Finalmente la reliquidación semestral de las transferencias en función del porcentaje de ejecución por parte de los centros de salud, garantiza que se utilicen todos los recursos disponibles para el programa, todo lo cual mejora la eficiencia del programa pero también la eficacia del mismo al estar los centros acreditados preparados para brindar las atenciones comprometidas cuando los beneficiarios lo demandan y por lo tanto aumenta la posibilidad de mejores resultados en las intervenciones de salud.

#### **Componente 5: Prestaciones Complejas realizadas**

El programa liga financiamiento a actividades específicas (prestaciones de alta complejidad). El indicador utilizado es el grado de cumplimiento respecto a la actividad comprometida. En 1999, se obtuvo un alto grado de cumplimiento del programa global de 99%. Destaca el porcentaje de cumplimiento cercano o superior al 100% de la meta en las prestaciones: Transplante Hepático, Droga Inmunosupresora, Quimioterapia Infantil, Politraumatizado, Transplante de médula y Peritoneodiálisis continua.

El menor cumplimiento lo presentó la prestación de Cáncer de Mama, con 46%, debido a una mala programación del mismo ya que se ejecutó solamente en el segundo semestre y se programó para todo el año.

En términos de la evolución de la oferta de prestaciones complejas, se da cuenta de un importante crecimiento, lo cual significa que en definitiva un número significativo de beneficiarios de Fonasa han podido recibir estas prestaciones en forma oportuna. La variación porcentual en el total de prestaciones entre 1996 y 1999 (período evaluado) es de un 346,5%, entregándose un total de 30.482 prestaciones complejas el último año, tal como se muestra en el cuadro siguiente:

**Cuadro N° 3.1: Descripción de evolución de prestaciones del Programa**

Prestaciones del programa	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Variación porcentual (1996-1999)
CARDIOLOGIA CEC	393	875	1,284	1,284	1,321	2,100	2,730	
NEUROCIRUGIA		1350	1500	1,564	1,661	1,736	1,787	
TRASPLANTE RENAL		141	85	186	202	204	233	
TRASPLANTE HEPATICO			0	7	11	21	24	
PERITONEO DIALISIS			?	274	480	535	535	
RADIO TERAPIA			?	3,512	3,526	4,101	4,492	
QUIMIOTERAPIA INFANTIL				0	875	1,026	1,249	
DROGA INMUNOSUPRESORA				0	768	1,074	1,281	
ESCOLIOSIS					164	226	251	
FISURADOS					0	179	428	
GRAN QUEMADO(*)						53	196	
POLITRAUMATIZADO(*)						38	88	
TRASPLANTE DE MEDULA						0	4	
CANCER DE MAMAS						240	924	
CUIDADOS PALIATIVOS					?	4,006	16,260	
<b>TOTAL PRESTACIONES</b>	<b>393</b>	<b>2,366</b>	<b>2,869</b>	<b>6,827</b>	<b>9,008</b>	<b>15,539</b>	<b>30,482</b>	<b>346.5%</b>

En radioterapia, tratamiento paliativo y escoliosis en que se desconoce oferta antes del programa se usa el primer año del programa como oferta inicial.

El crecimiento neto de prestaciones<sup>11</sup> que ha entregado el programa entre los años 1996 y 1999 ha significado un total de 30.192 prestaciones adicionales que se han podido ofrecer a los beneficiarios. El cuadro que se presenta a continuación da cuenta de este crecimiento neto anual del programa:

<sup>11</sup> Para el cálculo de crecimiento neto en aquellas prestaciones que se entregaban sin el programa, se estimó que la oferta anual se habría mantenido constante.

**Cuadro N° 3.2: Crecimiento neto de prestaciones del Programa (1996-1999)**

Prestaciones del programa	1996	1997	1998	1999	Crecimiento neto del programa (1)
CARDIOLOGIA CEC	891	928	1,707	2,337	5,863
NEUROCIRUGIA	214	311	386	437	1,348
TRASPLANTE RENAL	45	61	63	92	261
TRASPLANTE HEPATICO	7	11	21	24	63
PERITONEO DIALISIS		206	261	261	728
RADIO TERAPIA		14	589	980	1,583
QUIMIOTERAPIA INFANTIL		875	1,026	1,249	3,150
DROGA INMUNOSUPRESORA		768	1,074	1,281	3,123
ESCOLIOSIS			62	87	149
FISURADOS			179	428	607
GRAN QUEMADO(*)			53	196	249
POLITRAUMATIZADO(*)			38	88	126
TRASPLANTE DE MEDULA				4	4
CANCER DE MAMAS				684	684
CUIDADOS PALIATIVOS				12,254	12,254
<b>TOTAL PRESTACIONES</b>	<b>1,157</b>	<b>3,174</b>	<b>5,459</b>	<b>20,402</b>	<b>30,192</b>

Nota: (1) el crecimiento neto anual se calcula descontando la oferta antes del programa la cual se estima como constante durante todos los años.

En radioterapia, cuidados paliativos y escoliosis en que se desconoce oferta antes del programa se usa el primer año del programa como oferta inicial.

Respecto de la oportunidad en la atención, no es posible concluir globalmente cual es el impacto que ha tenido el programa ya que no se cuenta con información nacional, periódica y sistemática de los tiempos de espera de los pacientes para la resolución de las prestaciones incluidas en el programa.

En el caso de Cardiocirugía<sup>12</sup>, que cuenta con dos estimaciones de listas de espera a nivel nacional, se observa que no hay una reducción sino un leve incremento de la lista de espera entre 1995 (1.111 pacientes) y 1999 (1.316 pacientes), sin embargo en este caso en particular es necesario considerar que persiste a pesar del crecimiento en la oferta de prestaciones una brecha de demanda muy importante (especialmente en patología coronaria y valvular en adultos) que se acumula en el tiempo, lo cual puede indicar que de no haber existido el programa la brecha de demanda (pacientes en lista de espera) podría ser aún mayor. En términos del tiempo de espera de los pacientes adultos para la cirugía, en el análisis de 1999, solamente el 2% de ellos llevan más de un año esperando ser operados.

En el caso de neurocirugía, aún cuando existe información parcial de las listas de espera y tiempos de espera a nivel nacional, se observa que persiste problemas en términos de oportunidad de la atención especialmente para la resolución quirúrgica de tumores.

Con relación a trasplantes renales, también se observa un crecimiento de la lista de espera desde 1995 (269 pacientes) a 1999 (640 pacientes), a pesar del incremento en las prestaciones, debido principalmente a un crecimiento importante en la demanda de pacientes dializados por trasplante.

<sup>12</sup> Informe Comisión Minsal-Fonasa de 1995 y el Informe de listas de espera de cirugía cardiaca en 1999 realizado por la División de Salud de las Personas, Minsal.

En el resto de las prestaciones del programa donde existe información, se observa una reducción de las listas de espera y en otras (quimioterapia infantil y droga inmunosupresora) la resolución global de la demanda anual. En el caso de politraumatizados y gran quemados no es pertinente este análisis por cuanto se atienden todos los casos que llegan a los centros acreditados al igual que al comienzo del programa, solamente ha variado el reconocimiento del costo medio real de dichas prestaciones lo cual reduce el desfinanciamiento de estos establecimientos y también se transforma en un incentivo para aceptar estos pacientes y atenderlos correctamente.

**Cuadro N° 3.3: Análisis comparado de evolución de listas de espera del Programa de Complejas**

Prestaciones	Lista de espera observada en año 0 del programa	Lista de espera 1999 o brecha según demanda potencial para el 2000	Variación de las listas de espera (%)
CEC total	1,111	1,316	18.5%
Neurocirugía total	806	226	-72.0%
Trasplante renal	269	690	156.5%
Drogas inmunosupresoras	768	0	-100.0%
Peritoneodiálisis	209	s/d	
Trasplante hígado	s/d	s/d	
Escoliosis	125	s/d	
Fisurados	375	126	-66.4%
Cuidados paliativos	9,900	5,835	-41.1%
Radioterapia	s/d	s/d	
Cáncer mamas	503	272	-45.9%
Gran quemado	s/d	0	
Politraumatizado HUAP	s/d	0	
Gran quemado infantil	s/d	0	
Quimioterapia infantil	177	0	-100.0%
Trasplante de médula ósea	45	41	-8.9%

En lo que respecta a satisfacción usuaria, durante el año 1998 y 1999 se desarrolló una campaña destinada a dar a conocer los derechos del beneficiario de FONASA, a través de la firma de Compromiso con los Beneficiarios, donde se explicitaban los plazos y condiciones de entrega de las prestaciones programadas de acuerdo a criterios de oportunidad de la atención y disponibilidad de recursos. Los plazos de atención para prestaciones como, neurocirugía, hemodiálisis, radioterapia y quimioterapia infantil, son 30 días desde la prescripción médica, los cuales al menos en tratamiento quirúrgico de tumores del SNC no se cumplen aún. En cirugía cardíaca, escoliosis y estenorraquis, los plazos dependen de la gravedad del paciente y están determinados por el médico tratante, y en trasplantes renales y hepáticos, los plazos están sujetos a la disponibilidad de órganos donados, lo cual si es efectivo.

Adicionalmente, es importante destacar el esfuerzo institucional por llevar adelante un sistema de recepción y respuesta a reclamos de los pacientes respecto del Seguro Catastrófico, cuyo tiempo de

respuesta varía entre 11 y 50 días para los diferentes Servicios de Salud del país. Mediante este proceso se ha podido objetivar que la folletería elaborada para la difusión al usuario del Seguro Catastrófico no entrega información lo suficientemente clara respecto de las garantías que se cubren, generándose con la campaña de difusión un aumento de las expectativas de los beneficiarios y gran disonancia entre lo ofrecido por Fonasa y lo que esperan los usuarios. La mayor parte de los reclamos recibidos durante 1999 se refieren a solicitudes de prestaciones que no están aún cubiertas por el programa (cáncer pulmonar, quimioterapia adulto, hidrocefalia, cáncer uterino, trasplante hepático adulto, trasplante de corazón, etc.) y un pequeño porcentaje de reclamos es por cobros indebidos. Sin perjuicio de los inconvenientes, a juicio del panel evaluador, es muy destacable el esfuerzo que realiza Fonasa en este sentido, cuyos resultados permiten mejorar la gestión del programa.

Con respecto a la equidad en el acceso a estas prestaciones, entendida como la “garantía que tienen las personas que poseen un diagnóstico ya prescrito, a que se le resolverá el problema dentro de los plazos y/o protocolos estipulados en el programa, sin consideraciones demográficas, ni de ingreso o ubicación geográfica”, se puede observar que el programa ha respetado el derecho a la igualdad en cuanto a acceso a procedimientos técnicos y ha desarrollado mecanismos que eliminaron el copago, lo cual no segmenta desde el punto de vista económico. Sin embargo, faltan protocolos o guías clínicas que otorguen una mayor transparencia en la decisión de elegir las prioridades de atención según criterios clínicos de la enfermedad, especialmente en lo referido a las patologías cardiovasculares, neuroquirúrgicas, trasplantes renales y escoliosis, fundamentalmente porque la demanda supera a la oferta existente. En la actualidad son los proveedores quienes seleccionan de acuerdo a criterios clínicos.

En cuanto a igualdad de acceso geográfico para todos los beneficiarios del país, dado que por las características de la prestaciones complejas (baja frecuencia poblacional y necesidad de que los centros acreditados de atención realicen un mínimo de intervenciones al año para garantizar calidad), es razonable contemplar la existencia de pocos centros de referencia nacional altamente especializados, a los cuales si puedan acceder en igualdad de condiciones todos los pacientes que lo requieran independiente del lugar de residencia. Para ello es necesario que se incorporen las recomendaciones realizadas en el análisis de marco lógico (identificación población potencialmente beneficiaria, criterios de priorización de listas de espera y cumplimiento de estos criterios), además de avanzar en perfeccionar los sistemas de derivación entre el nivel primario y secundario. Al menos de la información disponible (ver cuadro de las listas de espera en cardiocirugía) no se observa una priorización intencionada de pacientes que viven en los servicios de salud donde existen centros de atención de estas prestaciones.

### **Componente 6: Control, monitoreo, evaluación y reliquidación final**

En los compromisos se establecen los mecanismos de registro, control y evaluación del programa, los cuales se cumplen adecuadamente.

FONASA a través de Adimark, realizó una encuesta de satisfacción de usuarios en 1999, en la cual el programa fue bien evaluado, en función del nivel de información que de él tienen los beneficiarios.

En opinión del panel, los mecanismos de control, monitoreo y evaluación desde el punto de vista

financiero y de aseguramiento son adecuados y responden a los requerimientos de Fonasa, sin<sup>69</sup> embargo tal como se indica en la propuesta de perfeccionamiento del diseño del programa, es necesario agregar una evaluación de resultados clínicos y de impacto en los indicadores de salud de la población que complemente esta evaluación.

### **3.1.2. Relación entre la generación de componentes y el logro del propósito**

Existe relación directa entre la generación de componentes y el logro del propósito. Sin embargo es necesario señalar que las prestaciones complejas que han sido priorizadas e incluidas en el programa, aún no cubren todo el perfil de acciones costo-efectivas dirigidas a resolver en la alta complejidad los problemas prioritarios de salud del país. La restricción de la oferta disponible así como de recursos financieros para la realización de las prestaciones complejas incluidas en el programa en el caso de cardiocirugía, neurocirugía (especialmente tumores) y cuidados paliativos del cáncer, aún no logran satisfacer toda la demanda de los beneficiarios de Fonasa. Adicionalmente la escasez de órganos en el caso de trasplante renal no permiten cubrir toda la demanda en este campo.

El componente 2 (Centros de referencia acreditados), si bien contribuye a conocer la capacidad existente en el sistema para la resolución de enfermedades complejas y mejorar la calidad de las prestaciones, no es utilizado como un mecanismo para modificar las decisiones de compra de servicios o resolver los problemas de infraestructura, equipamiento y recursos humanos que dan origen a la no acreditación de centros que actualmente son centros de referencia del programa (P.e: Instituto de Neurocirugía, Guillermo Grant Benavente, etc.)

Finalmente, de nuestro análisis se puede concluir que los ajustes que son necesarios realizar al programa en los componentes para un mejor cumplimiento del propósito, se detallan en el análisis del marco lógico propuesto.

### **3.1.3 Nivel de Logro Planificado y Real del Propósito del Programa**

Se estima que el propósito se cumple en la medida que las prestaciones complejas se están otorgando, de acuerdo a los compromisos de prestación establecidos. Los beneficiarios utilizan los componentes, y se benefician del producto final del mismo, que es la entrega de las prestaciones que permiten resolver sus patologías, mejorando así su calidad de vida.

Como se observa en el cuadro siguiente, el programa desde su inicio ha tenido un alto cumplimiento de las metas establecidas, en las distintas prestaciones realizadas, y continua mejorando (97% de cumplimiento en 1996 y 99% de cumplimiento en 1999).

La falta de cumplimiento de las metas anuales acordadas se debe a diversas razones entre las cuales se pudo identificar las siguientes:

- Quimioterapia infantil: menor número de pacientes que requirieron atención respecto de la incidencia de casos nuevos esperada, lo cual se va a corregir en las programaciones futuras.
- Radioterapia: el menor cumplimiento la actividad no realizada durante el año 1997 se refiere específicamente a un centro prestador que tuvo problemas derivados de la máquina de telecobalto

terapia (Concepción), situación que se superó en los años siguientes. Sin embargo, efectivamente el programa no cubre oportunamente las necesidades de los beneficiarios, existiendo hoy día listas de espera mayores a un mes (alrededor de 45 días), debido a que en el sector público no existe capacidad de oferta suficiente y el desarrollo de un nuevo polo pasa por un incremento sustancial de los recursos que no sería necesario si se explora la compra al sector privado que tiene capacidad instalada ociosa. Los pacientes más afectados son los de las regiones más alejadas de los centros de referencia nacional, cuyos beneficiarios deben trasladarse para resolver sus tratamientos encareciéndose innecesariamente los costos si es que pueden resolver su demanda a través de compra a privado.

- Fisurados: pacientes continúan siendo atendidos en otras alternativas de atención, lo cual se va corrigiendo mediante una adecuada información a los centros asistenciales que diagnostican el problema.
- Gran quemado y politraumatizados: se estiman más pacientes de los que efectivamente requirieron este tipo de atención, sin embargo se resolvieron todos los casos que accedieron a los centros acreditados.
- Quimioterapia en cáncer de mamas: por error de programación se estimó el total de casos anuales en consecuencia que el programa solamente se implementó durante el segundo semestre de 1999, situación que se corregirá el 2000.
- Escoliosis: se desconoce las razones del menor cumplimiento de las metas comprometidas.

**Cuadro N°3.4: Evolución del grado de cumplimiento de las metas planificadas por el programa**

Prestaciones del programa	1996	1997	1998	1999	Variación del cumplimiento de metas desde año 0 a 1999
CARDIOLOGIA CEC	88%	91%	83%	90%	2.3%
NEUROCIRUGIA	72%	87%	87%	94%	30.6%
TRASPLANTE RENAL	86%	75%	95%	93%	8.1%
TRASPLANTE HEPATICO	100%	79%	111%	100%	0.0%
PERITONEO DIALISIS	131%	99%	106%	99%	-24.4%
RADIO TERAPIA		73%	69%	83%	13.7%
QUIMIOTERAPIA INFANTIL		86%	101%	123%	43.0%
DROGA INMUNOSUPRESORA		100%	100%	100%	0.0%
ESCOLIOSIS			93%	84%	-9.7%
FISURADOS			46%	80%	73.9%
GRAN QUEMADO(*)			115%	93%	-19.1%
POLITRAUMATIZADO(*)			60%	79%	31.7%
TRASPLANTE DE MEDULA				100%	
CUIDADOS PALIATIVOS			77%	114%	48.1%
CANCER DE MAMAS				46%	
<b>CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA</b>	<b>97%</b>	<b>80,87%</b>	<b>78,68%</b>	<b>99%</b>	<b>2.1%</b>

Se reitera lo propuesto en el análisis del marco lógico del programa, en el sentido de agregar al análisis de cumplimiento de metas, la evaluación de resultados clínicos obtenidos en la salud de los pacientes atendidos, para enriquecer el análisis respecto del logro del propósito del programa.

### 3.1.4 Beneficiarios Efectivos del Programa

Dado que el componente "Prestaciones Realizadas" representa el 98,5% del valor del programa y constituye la razón de ser del programa, se incorpora para el análisis de beneficiarios sólo este componente.

Se entenderá como beneficiario efectivo del programa a aquellos que han recibido directamente la prestación comprometida.

De acuerdo al tipo de prestaciones incluidas en el programa, para algunas acciones tales como las intervenciones quirúrgicas, trasplantes, radioterapia, peritoneodiálisis y droga inmunosupresora, se cumple el supuesto de que cada prestación es otorgada a un paciente. En el caso de tratamientos tales como quimioterapia y cuidados paliativos del cáncer, las prestaciones pueden corresponder al mismo paciente dado que los protocolos incluyen el tratamiento durante todo el año<sup>13</sup>.

El análisis de la información disponible revela un incremento sostenido en el número de beneficiarios hasta el año 1999, donde se atendieron 16.350 personas. Esta tendencia se origina en el incremento de actividades, así como el aporte derivado de la incorporación de otras prestaciones priorizadas. El crecimiento en el número de beneficiarios se presenta a continuación:

**Cuadro N° 3.5: Evolución del total de beneficiarios por prestación del programa**

Prestaciones del programa	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
CARDIOLOGIA CEC	393	875	1,284	1,284	1,321	2,100	2,730
NEUROCIRUGIA		1350	1500	1,564	1,661	1,736	1,691
TRASPLANTE RENAL		141	85	170	163	204	230
TRASPLANTE HEPATICO			0	7	11	21	24
PERITONEO DIALISIS			?	274	480	535	535
RADIO TERAPIA			?	3,512	3,526	4,101	4,492
QUIMIOTERAPIA INFANTIL *				0	73	86	104
DROGA INMUNOSUPRESORA				0	768	1,074	1,281
ESCOLIOSIS					164	226	251
FISURADOS					0	179	428
GRAN QUEMADO(*)						53	196
POLITRAUMATIZADO(*)						38	88
TRASPLANTE DE MEDULA						0	4
CANCER DE MAMAS *						60	231
CUIDADOS PALIATIVOS *					?	1,002	4,065
TOTAL	393	2366	2,869	6,811	8,167	11,414	16,350

Nota: \* se ajusta el total de prestaciones al estándar de prestaciones-año por paciente entregado por Fonasa.

<sup>13</sup> En el caso de quimioterapia infantil se estiman 12 tratamientos por paciente-año, en quimioterapia de mama y en cuidados paliativos de cáncer 4 tratamientos por paciente-año, según lo indicado por Fonasa.

El incremento neto en el número de beneficiarios atendidos por prestaciones complejas<sup>72</sup> comparando las acciones realizadas por el sistema sin programa y 1999 es de 9.638 pacientes nuevos (143,6% de crecimiento). En los casos en que no fue posible conocer el número de pacientes atendidos antes del comienzo del programa (radioterapia, tratamientos paliativos de cáncer) se consideró el primer año de programa como la referencia de pacientes tratados antes del inicio del programa, lo cual indica que es probable que el crecimiento haya sido incluso mayor a lo indicado, tal como se muestra en el cuadro siguiente que considera el crecimiento neto total de beneficiarios desde la situación sin programa hasta 1999.

La progresión de actividad anual del programa obedece a una programación anual de actividades que se realiza considerando la capacidad de respuesta cuantitativa del sistema de salud, los beneficiarios potenciales de prestaciones estimados a través de las listas de espera o la actividad histórica y finalmente, por el marco presupuestario que determina los montos a ser licitados para cada prestación compleja.

**Cuadro N° 3.6 : Crecimiento efectivo del número de beneficiarios atendidos con el programa (situación sin programa – 1999)**

Prestaciones del	Pacientes tratados antes del	Pacientes tratados en 1999	Crecimiento neto anual del programa (1)	Variación porcentual del programa
CARDIOLOGIA	393	2,730	2,337	
NEUROCIURUGI	1,350	1,691	341	
TRASPLANTE	141	230	89	
TRASPLANTE	0	24	24	
PERITONEO	0	535	535	
RADIO	3,512	4,492	980	
QUIMIOTERAPIA	0	104	104	
DROGA	0	1,281	1,281	
ESCOLIOSIS	164	251	87	
FISURADOS	0	428	428	
GRAN	53	196	143	
POLITRAUMATIZADO(*)	38	88	50	
TRASPLANTE DE	0	4	4	
CANCER DE	60	231	171	
CUIDADOS	1,002	4,065	3,064	
<b>TOTAL</b>	<b>6,713</b>	<b>16,350</b>	<b>9,638</b>	<b>143.6%</b>

Nota: (1) Crecimiento neto se calcula comparando la situación sin programa con 1999.

Lo anterior lleva a que entre los años 1996 y 1999 el crecimiento anual de beneficiarios es de un 140,1% en global (9.539 pacientes más atendidos en 1999 comparado con 1996), tal como se muestra en el cuadro siguiente:

**Cuadro N° 3.7 : Crecimiento anual del número de beneficiarios atendidos con el programa (1996 – 1999)**

Prestaciones del programa	Pacientes tratados en 1996	Pacientes tratados en 1999	Crecimiento neto anual del programa (2)	Variación porcentual del programa
CARDIOLOGIA CEC	1,284	2,730	1,446	
NEUROCIRUGIA	1,564	1,691	127	
TRASPLANTE RENAL	170	230	60	
TRASPLANTE HEPATICO	7	24	17	
PERITONEO DIALISIS	274	535	261	
RADIO TERAPIA	3,512	4,492	980	
QUIMIOTERAPIA INFANTIL	0	104	104	
DROGA INMUNOSUPRESORA	0	1,281	1,281	
ESCOLIOSIS		251	251	
FISURADOS		428	428	
GRAN QUEMADO(*)		196	196	
POLITRAUMATIZADO(*)		88	88	
TRASPLANTE DE MEDULA		4	4	
CANCER DE MAMAS		231	231	
CUIDADOS PALIATIVOS		4,065	4,065	
<b>TOTAL</b>	<b>6,811</b>	<b>16,350</b>	<b>9,539</b>	<b>140.1%</b>

Nota: (1) Crecimiento neto se calcula comparando la situación sin programa con 1999.

(2) Crecimiento neto anual se calcula comparando situación 1996 y 1999.

El análisis en base al año 1998, permite inferir que del total de beneficiarios efectivos, el 59% corresponde a mujeres y el 41% son varones, esta relación es adecuada si se considera que preferentemente el programa está dirigido a población adulta y adulta mayor, donde la proporción de mujeres es mayor a la distribución general de los beneficiarios de Fonasa (53,1% mujeres y 46,9% hombres en población total de Fonasa y 56,2% mujeres y 43,8% hombres en los mayores de 65 años). Las diferencias observadas para las distintas patologías son coincidentes con la mayor o menor incidencia de los problemas de salud que originan la prestación según sexo, por ejemplo los accidentes que originan atención de politraumatizado en más frecuente en hombres. Llama la atención la falta de coincidencia del perfil según sexo entre trasplante renal y tratamiento con drogas inmunosupresoras, ya que debieran ser más coincidentes.

Cuadro N°3.8:

**Programas Prestaciones Complejas 1998**  
**Actividad Clasificada por sexo**

NOMBRE	Mujeres	Hombres
	%	%
TRASPLANTE RENAL	45%	55%
TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR	49%	51%
RADIOTERAPIA	68%	32%
GRAN QUEMADO	45%	55%
POLITRAUMATIZADO	33%	67%
NEUROCIRUGIA	53%	47%
CARDIOCIRUGIA	44%	56%
CUIDADOS PALIATIVOS	61%	39%
<b>TOTAL</b>	<b>59%</b>	<b>41%</b>

Respecto a la distribución por tramo de ingreso (Cuadro N° 6), el grupo A representa el 20%, el grupo B el 50%, el grupo C el 9% y el grupo D el 21% restante. El análisis comparativo de los beneficiarios del programa respecto a tramos e ingreso con relación a cotizantes totales de Fonasa, revela que en el tramo B se concentra un mayor número de actividades con relación al resto (representan el 31,6% en el total de cotizantes), lo cual es concordante con el perfil epidemiológico, dado que en este grupo se concentra un grueso de la población adulta y adulta mayor y es en este tramo etario donde la prevalencia de un importante número de patologías crónicas que requieren de prestaciones complejas de salud es mayor, coincidente con el análisis anterior.<sup>14</sup>

Cuadro N° 3.9:

**Programas Prestaciones Complejas 1998**  
**Actividad Clasificada por Tramo de Ingreso**

AREAS	A	B	C	D	TOTAL
CARDIOCIRUGIA	19%	46%	11%	24%	100%
NEUROCIRUGIA	17%	44%	12%	27%	100%
TRASPLANTE RENAL	13%	60%	7%	20%	100%
TRAT. INMUNOSUPRESOR	24%	46%	7%	23%	100%
RADIOTERAPIA	21%	51%	9%	19%	100%
CUIDADOS PALIATIVOS Y ALIVIO DOLOR PAC.TERMINAL	23%	55%	6%	16%	100%
POLITRAUMATIZADO COMPLEJO	26%	26%	17%	30%	100%
GRAN QUEMADO	33%	49%	9%	9%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>20%</b>	<b>50%</b>	<b>9%</b>	<b>21%</b>	<b>100%</b>
<b>POBLACION COTIZANTE TOTAL FONASA 1999</b>	<b>33.1%</b>	<b>31.6%</b>	<b>10.5%</b>	<b>24.7%</b>	

<sup>14</sup> Ver Berríos et al. Prevalencia de factores de Riesgo de Enfermedades crónicas. Estudio en población general de la región Metropolitana. Rev Med Chile 1990; 118:597-604

### **3.1.5 Efectos Directos en los Beneficiarios Efectivos del Programa**

El aumento de actividad de las prestaciones permite inferir que ha habido una mejoría en el acceso, disminuyendo los tiempos de espera.

Por otra parte, la eliminación del copago de las prestaciones incluidas en el programa, ha tenido un impacto significativo minimizando la catástrofe financiera del beneficiario por concepto del pago directo de la prestación.

Lamentablemente el efecto directo más importante del programa, que dice relación con los resultados clínicos en términos de mejoría del estado de salud, no son medidos aún por el programa y por lo tanto sobre ellos no es posible concluir.

### **3.1.6 Grado de focalización del Programa**

El programa está orientado a satisfacer a los beneficiarios de FONASA, que presenten un daño en salud que amerite su resolución a través de estas prestaciones complejas, independientemente de su condición social y económica y de su lugar de origen territorial, por tanto no existe una focalización del programa por pobreza ni territorialidad. Sin embargo si existe focalización según daño en salud, lo cual se correlaciona con el mayor número de beneficiarios netos en el grupo B de Fonasa que concentra a los adultos mayores (principalmente jubilados).

### **3.1.7 Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos del Programa**

De acuerdo a la evaluación del sistema de reclamos implementado por Fonasa para atender los problemas derivados del uso del Seguro Catastrófico, se concluye que el 48% de ellos fueron solucionados, un 47% no fue solucionado y solamente un 5% se encuentra pendiente. La mayor parte de los problemas no resueltos derivan de solicitudes de los usuarios por prestaciones que no están incluidas en el seguro catastrófico, como se señaló previamente. De los reclamos resueltos, el más frecuente es por cobro indebido (13%), siendo el más importante el de cardiocirugía por cobro de la prótesis (9%), lo cual fue resuelto cuando el paciente utilizó la modalidad institucional.

Es importante señalar, que la institución utiliza activamente la información proveniente del sistema de reclamos y retroalimenta a las direcciones zonales y hospitales para una mejor atención de los pacientes.

Si bien no se trata necesariamente de beneficiarios directos, la encuesta de satisfacción de usuarios, realizada en los meses Marzo-Abril de 1999, por ADIMARK, muestra un alto grado de satisfacción con el programa, alcanzado a un 87,1 % de alta valoración por parte de los usuarios, a pesar que solo el 1,6% de los encuestados reconoce que ha utilizado el servicio.

### 3.1.8 Resumen evaluativo de los logros del Programa

A continuación se presenta un cuadro detallado del cumplimiento de los indicadores que miden el logro del programa:

ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES (Cuantificación / Meta)	COMENTARIOS SOBRE EL NIVEL DE LOGRO DE LOS OBJETIVOS
<p><b>PROPÓSITO:</b>  <i>Prestaciones de alta complejidad, priorizadas por el Ministerio de Salud, aseguradas por el Fondo Nacional de Salud y destinadas a los beneficiarios del mismo.</i></p>	<p><i>Nº de prestaciones efectuadas/ Nº prestaciones comprometidas</i>                      Se obtuvo un cumplimiento global del programa de actividades de 99% en el año 1999.</p> <p><i>Nº de prestaciones nuevas/ Nº prestaciones inicialmente comprometidas</i>                      Aumento de 200 % en tipo de prestaciones(5 a 15)</p> <p><i>Nº pacientes atendidos por el programa / Nº pacientes atendidos antes de iniciarse el programa</i>                      Aumento de 143,6% entre 1996-1999                      Incremento estimado de 9.638 beneficiarios desde el inicio del programa</p>	<p>La capacidad de ejecución del programa muestra un cumplimiento de casi el 100% en los tres últimos años, con lo cual se observa que este mecanismo de financiamiento ha resultado ser eficaz.</p> <p>El incremento en la cobertura del programa ha permitido resolver en mejor forma la problemática existente.</p> <p>El aumento en los pacientes atendidos permite concluir que están disminuyendo las brechas de atención existentes en las diversas patologías priorizadas.</p>

<p><b>COMPONENTES:</b>  <b>COMPONENTES: 1.</b>  <i>Prestaciones de alta complejidad definidas y priorizadas</i></p>	<p><i>Recursos (\$) asignados al programa/ recursos (\$) gastados en MAI en prestaciones complejas o enfermedades catastróficas</i>  Aumento de 88.94% en 1996 a 99.75% en 1999.</p> <p><i>Nª de prestaciones complejas definidas y priorizadas / Nª total de prestaciones de alta complejidad relevantes para el perfil epidemiológico actual del país</i>  Aumento de 5 a 15 ( 200%)  No se han definido el universo total de prestaciones complejas por el Minsal</p>	<p>Se han incorporado más recursos al programa lo cual ha permitido ampliar las coberturas, disminuyendo brechas existentes y por tanto se ha ampliado el universo de enfermedades que se resuelven mediante este programa, esto se realiza eficazmente dado que el 98% de los recursos asignados están destinados a resolver estas patologías.</p>
<p><i>2. Centros de referencia acreditados y capacidad resolutive de los mismos estimada</i></p>	<p><i>Nª de centros acreditados / Nª centros existentes en el país con capacidad resolutive para realizar las prestaciones del programa (públicos y privados).</i>  Se han acreditado 19 centros para tratamiento de mamas, 5 para atención politraumatizados, 5 para Gran Quemados, 9 cardiocirugía, neurocirugía y trasplante renal, 7 en trasplante de médula ósea.</p> <p><i>Nª de centros acreditados/ Nª centros propuestos por la Comisión Minsal-Fonasa.</i>  En 1999 se acreditaron 9 de 20 centros que realizan prestaciones de cardiocirugía, neurocirugía y trasplante renal.</p> <p><i>Nª de prestaciones posibles de realizar por los centros adscritos al programa / capacidad total estimada en el sistema (públicos, privados, mutuales, etc.)</i>  Se desconoce capacidad total de la red asistencial en prestaciones complejas.</p>	<p>Se han acreditado gran parte de los centros , existiendo aún déficit de acreditaciones en el área de Neurocirugía.</p>

<p>3. Mecanismo de pago a prestadores diseñado y precio para cada prestación compleja incluida en el programa definido</p>	<p><i>Nº de canastas diseñadas y valorizadas / total de canastas necesarias para cubrir todas las prestaciones incluidas en el programa.</i> Existe un 100% de canastas diseñadas y valoradas, anualmente se actualizan los precios.</p>	<p>Los mecanismos de pago asociados a Diagnóstico (PAD) y su actualización periódica, permiten relacionar las acciones financiadas con resultados en salud. LOGRADO</p>
<p>4. Compromisos establecidos y recursos financieros asignados</p>	<p><i>Nº de contratos de desempeño firmados / total de contratos de desempeño que deben ser firmados para el año</i> Existe un 100% de contratos firmados.</p> <p><i>Total de recursos asignados a los centros de referencia / recursos asignados al programa.</i> En forma constante alrededor del 98% y más de los recursos asignados al programa se destinan a los centros de referencia para realizar las prestaciones complejas.</p>	<p>Este mecanismo ha permitido ser eficaz en el logro de los objetivos.</p>
<p>5. Prestaciones complejas realizadas por los ejecutores</p>	<p><i>Nº de prestaciones realizadas en el año / Nº total de prestaciones programadas y financiadas para el período.</i> Se obtuvo un cumplimiento global del programa de actividades de 99% en el año 1999.</p>	<p>Es destacable el grado de cumplimiento de las actividades programadas.</p>
<p>6. Control, monitoreo, evaluación y reliquidación final de recursos realizados</p>	<p><i>Nº de prestaciones comprometidas / total prestaciones financiadas.</i> Todas las prestaciones comprometidas en los contratos de gestión estaban financiadas en 1999.</p> <p><i>Nº de prestaciones auditadas o controladas / total de prestaciones planificadas para controlar</i> No se dispuso de información pero Fonasa lo puede construir.</p> <p><i>Total de recursos reliquidados / total de recursos disponibles para reliquidar</i> No se dispuso de información pero Fonasa lo puede construir</p>	<p>El adecuado control y seguimiento han permitido corregir las desviaciones y conseguir resultados muy eficaces.</p>

### 3.2 Conclusiones sobre la Eficacia del Programa

Del análisis realizado se concluye que el programa es altamente eficaz en el cumplimiento del logro de su propósito es decir la realización de prestaciones complejas de salud, que son acordes con las prioridades sanitarias en beneficiarios de Fonasa. Esto se debe a un adecuado diseño de sus componentes en términos de su efectiva contribución al logro del propósito, así como por que todos sus componentes se realizan adecuadamente.

- La mayoría de las prestaciones incluidas en el programa responden a las prioridades sanitarias del país (excepto trasplante hepático y atención a fisurados).
- Acreditación creciente de los centros de atención (es importante agregar que el 65% de ellos mejoró sus condiciones en una segunda evaluación).
- El mecanismo de pago elegido permite que el financiamiento se destine efectivamente a las prestaciones complejas (98% del presupuesto se utiliza en este componente).
- Los compromisos de gestión entre Fonasa y los prestadores se cumplen en un 99% durante 1999, lo cual es una constante durante todos los años de ejecución del programa (97% de cumplimiento el primer año).
- Entrega de prestaciones complejas, desde la puesta en marcha del programa se han incrementado en **31.659** las prestaciones que se otorgan a los beneficiarios en el área de alta complejidad y en forma estimada se calcula un crecimiento neto de más de **9.500** pacientes que gracias al programa lograron ser atendidos, en un programa que representa solo el 2% del gasto total en salud de Fonasa. A pesar del incremento observado, se mantiene una brecha de demanda potencial insatisfecha elevada en las áreas de cardiocirugía, neurocirugía, trasplante renal y cuidados paliativos del cáncer terminal, sin embargo es importante destacar que se está resolviendo la demanda total en los pacientes que requieren drogas inmunosupresoras y quimioterapia en cáncer infantil. Con relación al crecimiento de las brechas de demanda insatisfecha en algunas prestaciones, debe considerarse que la disponibilidad de estas prestaciones para el sector de salud público ha hecho que se exprese una demanda que antes permanecía oculta así como se ha generado nueva demanda debido a la disponibilidad de nuevas tecnologías que permiten tratar patologías que previamente no tenían solución, razón por la cual es esperable el efecto observado a pesar del incremento tan considerable en las prestaciones ofrecidas.
- Monitoreo y evaluación del cumplimiento del programa se llevan a cabo adecuadamente, garantizando que las prestaciones sean otorgadas solo a beneficiarios de Fonasa y se financian solamente las prestaciones realizadas reasignándose recursos mediante el sistema de reliquidación.

Adicionalmente es necesario destacar que existe una alta valoración de parte de los usuarios por el programa, existe un sistema de recepción y respuesta a reclamos de los pacientes y se ha realizado una importante campaña de difusión de los derechos de los pacientes respecto de lo que incluye el programa.

No existe discriminación para el acceso al programa por ingresos (gratuidad total de las prestaciones) y de la información analizada (comportamiento de las listas de espera en cardiocirugía) tampoco hay diferencias geográficas en términos de que los pacientes que residen en las zonas donde existen los centros de atención tengan menores listas de espera que otras regiones.

### 3.3 Recomendaciones sobre la Eficacia del Programa

Se recomienda incorporar estrategias tendientes a mejorar el nivel de información respecto de la población potencialmente beneficiaria a través de un adecuado manejo de las listas de espera y un mejoramiento de los sistemas de derivación de pacientes, con el fin de dimensionar en forma más adecuada el crecimiento del programa.

Es importante incorporar el análisis de la gestión y resultados clínicos del programa (diseño de protocolos de atención y de priorización de pacientes, seguimiento de indicadores de resultados biomédicos) de manera de evaluar en forma integral el desempeño del programa, teniendo claro que el propósito último de un programa de salud es mejorar la salud de la población y hacerlo mediante el uso de las prestaciones más costo-efectivas.

Finalmente se considera que un aspecto que podría mejorar la eficacia del programa especialmente vinculado a la calidad de las prestaciones y la consolidación de polos de desarrollo de la alta complejidad en el país de manera que todos los beneficiarios puedan tener acceso en función de criterios de prioridad clínica y no geográfica, es la participación del programa en las decisiones de inversión del sector, de manera de que la inversión y adquisición de nuevas tecnologías en la red pública incorpore también los requerimientos que surgen de la restricción de oferta de alta complejidad que se identifica a través del programa (por ejemplo: necesidades de inversión en el Instituto de Neurocirugía que es el centro que realiza la mayor cantidad de prestaciones neuroquirúrgicas complejas en el país y no ha podido ser acreditado por el deterioro de su infraestructura y equipamiento).

Si bien la eficacia del programa es muy alta, si se mira la eficacia desde la perspectiva de la resolución integral de problemas de alta complejidad para los beneficiarios, es recomendable que las prestaciones complementarias (PINDA, PANDA, prestaciones complejas del programa del adulto mayor y cirugía en cáncer del POA, al menos) que actualmente se entregan a través de otros programas se integre al Programa de Complejas de manera de facilitar el seguimiento y evaluación integral de resultados clínicos frente a estos problemas.

Para mejorar la estimación de la demanda no satisfecha del programa, es necesario generar mecanismos que permitan determinar más eficientemente la identificación de la población potencialmente beneficiaria del programa y/o efectuar estudios de incidencia, que contribuyan a la definición de estas prestaciones priorizadas.

Para definir en mejor forma las prestaciones priorizadas, es necesario el desarrollo de protocolos clínicos y la realización de estimaciones de demanda esperada a nivel nacional.

Se requiere la incorporación de protocolos clínicos que permitan una mayor transparencia en el acceso a las prestaciones. Aunque es importante destacar que el programa, procura salvaguardar la equidad en el acceso generando la apertura de cupos de los centros acreditados a los Servicios de salud donde no existe la resolución de la prestación.

Avanzar en el logro de una actualización permanente de los centros acreditados y el cumplimiento de los estándares de calidad en plazos prefijados.

Las inversiones se realizan en MINSAL, a través de DINRED, es importante la participación de este programa en estas decisiones de inversión, dado que ellas afectarán directamente la disponibilidad de centros acreditados del sector público.

## 4 EFICIENCIA DEL PROGRAMA

### 4.1 Análisis de Aspectos relacionados con la Eficiencia del Programa

#### 4.1.1. Organización de actividades e identificación de actividades que no se llevan a cabo en la actualidad y que podrían mejorar la eficiencia del programa.

Para el Componente 1: Prestaciones definidas y priorizadas

Con respecto a las prestaciones realizadas, se observa que el monto invertido en trasplantes hepáticos, ( no incluido en las prestaciones priorizadas, solo considerado por su impacto social), tiene una cobertura no muy significativa con respecto al número de pacientes atendidos y representa un alto costo por prestación( ver cuadro 1.1.4.10), recursos que podrían ser reorientados a prestaciones de menor valor con mayor cobertura y gran impacto, como enfermedades cardiológicas, neurocirugía u otros.

Componente3: Mecanismo de Pago a prestadores

La introducción del pago asociado a diagnóstico (PAD) como mecanismo de pago del programa, a partir de prestaciones de alta complejidad seleccionadas en función de las prioridades de salud, es un instrumento que mejora la eficiencia productiva, mediante el establecimiento de un precio para una canasta de atenciones de salud vinculadas con la resolución de un problema de salud específico, compartiendo el riesgo entre el financiador y el proveedor (ya que se calcula en base a costos medios del paquete basado en una frecuencia de uso promedio esperada para cada atención incluida en la canasta).

Adicionalmente la definición de un precio global que recoge los costos medios reales observados en la red asistencial para la entrega de estas prestaciones permite lograr una mayor eficiencia productiva ya que entrega un parámetro de precios guía a los prestadores para controlar el uso de los recursos disponibles para realizar estas prestaciones de alto costo.

El mecanismo asegura completar el cupo total de prestaciones con las mejores ofertas, dado que se realiza a través de licitaciones de cupos.

Este instrumento de financiamiento utilizado por el programa permite relacionar las acciones financiadas con resultados en salud referente a la resolución de un diagnóstico específico (prueba de ello es que más del 95% de los recursos del programa se destinan a la realización de las prestaciones complejas).

Componente 4: Compromisos establecidos y recursos financieros asignados

El contrato de gestión con los Servicios de Salud en términos del volumen total de recursos que se transfieren y los momentos en que las instituciones tendrán los recursos financieros, permite ahorros por una mejor programación de la compra de insumos involucrados en estas prestaciones para las intervenciones que se llevarán a cabo durante todo el año, lo cual se

ha observado en la gestión de los centros acreditados<sup>1</sup>. Finalmente la reliquidación semestral de las transferencias en función del porcentaje de ejecución por parte de los centros de salud, garantiza que integralmente se utilicen todos los recursos disponibles para el programa

Para el componente 5: Prestaciones complejas realizadas por los ejecutores

La capacidad de ejecución del programa muestra un cumplimiento de casi el 100% en los tres últimos años, situación que se debe principalmente a la existencia de contratos de gestión con los ejecutores del programa, que permite la existencia de "recursos financieros protegidos" para la ejecución de estas prestaciones, lo que asegura la eficiencia en la asignación de los recursos.

Con el objeto de mejorar la transparencia en la entrega de los servicios prestados se requiere desarrollar la definición de criterios para la derivación de pacientes al programa, así como de criterios de priorización, o protocolos clínicos de incorporación de dichos pacientes para acceder a las prestaciones complejas ofrecidas, que contribuyan a mejorar el acceso a nivel nacional, garantizando que la selección de pacientes que reciben las prestaciones complejas se base en evidencia científica y criterios clínicos compartidos entre los especialistas, que en algunas prestaciones están más desarrollados que en otras.

En el componente 6: Control , Monitoreo, Evaluación, reliquidación de recursos.

El control de la afiliación se realiza a través de la información enviada por los Servicios, que es ingresada mensualmente al sistema computacional. Esta información es posteriormente comparada con la base de beneficiarios de FONASA. De este trabajo se debe destacar la favorable respuesta de los Servicios de Salud, aportando los antecedentes que permiten justificar la condición de beneficiarios de algunos pacientes que aparecen rechazados por el sistema, y permite detectar casos de errónea clasificación de otros, permitiendo su eliminación de las nóminas del programa. Con lo cual se realiza un eficiente control de afiliaciones.

El monitoreo del programa permite obtener excelentes resultados de cumplimiento de los compromisos de gestión, debido a que se realizan resignaciones de recursos, en casos de detectar desviaciones.

Existen encuestas de medición de satisfacción de usuarios que se han aplicado, y deben mantenerse, incorporando algún test de percepción del servicio recibido y cumplimiento de plazos. Se ha recibido un mínimo porcentaje de reclamos, que han sido atendidos eficientemente.

#### **4.1.2. Alternativas más eficientes para alcanzar los mismos resultados**

Según opinión del Panel no se visualizan otras alternativas más eficientes.

<sup>1</sup> Información proporcionada por la Dra. Susana Peper, que hasta este año fue la responsable de las acciones de acreditación de los centros acreditados y previamente fue la Directora de uno de los centros que realizan estas prestaciones (H. Arriarán)

#### 4.1.3. Duplicación de funciones con programas que tienen el mismo grupo de beneficiarios objetivo y nivel de coordinación en los casos de intervenciones complementarias.

No existe duplicidad de funciones con otros programas, existe complementariedad con programas Pinda, Panda, Adulto Mayor y otros, existiendo adecuada coordinación. Los componentes están relacionados con la red de asistencia de servicios asistenciales, y dependen de su adecuado funcionamiento.

#### 4.1.4. Análisis de Costos

**Cuadro 1.1.4.1: Presupuesto Total del Programa 1996-1999** <sup>2</sup>  
(Miles de Pesos)

Año	Presupuesto Total Programa Prestaciones Complejas(b)	Variación Anual
1996	5,948,268	
1997	10,070,771	69,31%
1998	10,391,954	3,19%
1999	12,774,317	22,93%

El presupuesto programado para enfermedades Complejas ha presentado importantes incrementos anuales, explicados fundamentalmente por la incorporación de nuevas prestaciones al Programa.

Se puede observar un importante aumento durante el año 1997 (69,31%), explicado por un aumento en la cobertura de enfermedades coronarias, e incorporación de nuevas prestaciones, como transplantes hepáticos, peritoneo diálisis, tratamientos con drogas inmunosupresoras y quimioterapia infantil.

**Cuadro 1.1.4.2: Costo Directo y Total por Beneficiario Años 1996-1999**<sup>3</sup>(Miles de pesos)

Año	Costo Directo por Beneficiario <sup>4</sup>	Costo Total por Beneficiario <sup>5</sup>
1996	999	997
1997	1007	1005
1998	784	783
1999	775	773
Variación	(22,42%)	(22,47%)

<sup>2</sup> Esta información se obtiene del ítem III de la Ficha de Antecedentes Presupuestarios y de Costos proporcionada por la Institución encargada del programa.

<sup>3</sup> Si es necesario, diferenciar el costo por beneficiario entre los distintos componentes.

<sup>4</sup> El costo directo por beneficiario se obtiene dividiendo los costos directos del programa por el n° de beneficiarios efectivo. Los costos directos del programa están consignados en el ítem 2.3 de la Ficha de Antecedentes Presupuestarios y de Costos.

<sup>5</sup> El costo total por beneficiario se obtiene dividiendo los costos totales del programa por el n° de beneficiarios efectivo. Los costos totales del programa están consignados en el ítem III de la Ficha de Antecedentes Presupuestarios y de Costos.

De acuerdo a lo señalado en cuadro n°1.14: número de beneficiarios efectivos, los costos unitarios han experimentado una baja respecto al periodo inicial, fundamentalmente porque el mix de prestaciones entregados ha variado, incorporando prestaciones de menor costo unitario, lo cual incide en este menor valor. Es importante destacar que esto también es una muestra de eficiencia del programa debido a que al incorporar por ejemplo, tratamientos en prestaciones cardíacas como valvuloplastías, y otros, de menores costos, se previenen las CEC de mayor costo.

El costo unitario promedio disminuyó un 22% en el periodo comprendido entre 1996-1999 pasando de \$999.000 a \$775.000.

a) Porcentaje que representa el presupuesto del programa en el total del presupuesto del Ministerio o Servicio responsable del programa.

**Cuadro 1.1.4.3: Porcentaje del Presupuesto Total del Servicio**

	Gasto Efectivo FONASA	Gasto Efectivo del Programa	Porcentaje
1996	621.351.866	5.290.582	0,85%
1997	670.031.344	10.066.356	1,50%
1998	635.727.945	10.394.268	1,64%
1999	664.212.951	12.742.887	1,92%
% variación 96-99	6,90%	140,86%	1,48%

El presupuesto efectivo del Programa de Enfermedades Complejas representó en promedio durante el periodo 1996-1999, un 1,48% del presupuesto efectivo de Fonasa.

Fonasa incrementó sus gastos efectivos en un 6,9% entre 1996 y 1999 y el programa en igual periodo, alcanzó un crecimiento de 140,86%. El porcentaje que representa del presupuesto total de fondos a aumentado de un 0,85 %, a un 1,92% y en el año 2000, se proyecta que el programa represente un 2% del presupuesto Total de FONASA.

b) Desglose del presupuesto y gasto general del programa en Personal, Bienes y Servicios de Consumo, Inversión y otros. Evolución anual de cada ítem y porcentaje que del presupuesto y gasto del programa.

**Cuadro 1.1.4.4: Distribución del gasto Efectivo ( Miles de Pesos Reales)**

	1996	1997	1998	1999
Personal	0,60%	0,56%	0,59%	0,62%
Bienes y Servicios de Consumo	1,10%	1,26%	1,40%	1,30%
Inversión	0,03%	0,03%	0,12%	0,04%
Transferencias	98,27%	98,14%	97,90%	98,04%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Se observa que en general los porcentajes que representan los distintos rubros se han mantenido estables. El 98% de los gastos está en el ítem Transferencias FONASA directas a

los Servicios de Salud, por concepto de " Programa de prestaciones Complejas". En presupuesto 2000 se mantiene similar estructura a la existente entre 1996-1999.

c) Porcentaje de gasto efectivo en relación al presupuesto asignado y razones que fundamentan esta relación.

**Cuadro 1.1.4.5: PORCENTAJE DE GASTO EFECTIVO EN RELACIÓN AL PRESUPUESTO ASIGNADO**

AÑO	Presupuesto Asignado A	INCREMENTO A	Gasto efectivo B Monto	INCREMENTO B	Saldo presupuestario A-B	Incremento %
1996	5,948,268		5,290,582		657,686	88.94%
1997	10,070,771	69.31%	10,066,356	90.27%	4,414	99.96%
1998	10,391,954	3.19%	10,394,268	3.26%	-2,314	100.02%
1999	12,774,317	22.93%	12,742,887	22.60%	31,430	99.75%
2000	13,383,695	4.77%	///////		///////	
Variación 96-99	114,76%		140,86%			

La relación entre gasto efectivo y presupuesto asignado, ha mejorado en el periodo 1996-1999, aumentando el grado de cumplimiento de 88,94% a 99,75% en el periodo analizado. El alto cumplimiento presentado en el programa, se vio en algunas ocasiones afectado por razones de fallas de equipos, o falta de personal adecuado. Tema que el programa a resuelto satisfactoriamente, reasignando semestralmente cupos, previa evaluación de cumplimientos.

d) Evolución anual y por región de los costos de cada componente del programa. Según corresponda, hacer un análisis del costo unitario por componente y/o costo por beneficiario de cada componente.

**Cuadro 1.1.4.6: Costo por Componente Años 1996-1999<sup>6</sup>** (Cifras en Miles de Pesos)

AÑO	Componente 4 (A)	Variación	Total Gasto efectivo (B)	Variación	A/B
1996	5.212.736		5.281.554		98,70%
1997	9.907.445	90,06%	10.047.926	90,25%	98,60%
1998	10.208.746	3,04%	10.372.752	3,23%	98,42%
1999	12.530.950	22,75%	12.718.307	22,61%	98,53%
Promedio					98,56%

El componente 4, Compromisos establecidos y recursos financieros asignados, representa un costo promedio de 98,56% de los gastos efectivos realizados por el programa, lo cual representa una alta eficiencia en el uso de los recursos, destinándolos fundamentalmente al

<sup>6</sup> Esta información se obtiene del ítem 2.2 de la Ficha de Antecedentes Presupuestarios y de Costos proporcionada por la Institución encargada del programa.

cumplimiento de los compromisos contraídos, en directa relación con las acciones realizadas y pagadas al precio establecido.

#### Cuadro 1.1.4.7: EVALUACION ANUAL DE COMPONENTES POR REGION

##### Costo a Nivel Nacional por Componente del Programa

REGION	AÑO 1996		AÑO 1997		AÑO 1998		AÑO 1999	
	Componente 4	%	Componente 4	%	Componente 4	%	Componente 4	%
I	0	0,00%	2.970	0,03%	17.478	0,17%	30.915	0,25%
II	103.304	1,98%	106.051	1,07%	120.225	1,18%	112.560	0,90%
III	0	0,00%	1.865	0,02%	4.854	0,05%	20.453	0,16%
IV	0	0,00%	26.685	0,27%	21.106	0,21%	32.439	0,26%
V	<b>992.179</b>	<b>19,03%</b>	<b>1.468.488</b>	<b>14,82%</b>	<b>1.869.128</b>	<b>18,31%</b>	<b>2.094.978</b>	<b>16,72%</b>
VI	0	0,00%	49.798	0,50%	32.382	0,32%	49.181	0,39%
VII	20.695	0,40%	36.569	0,37%	34.557	0,34%	133.060	1,06%
VIII	<b>163.666</b>	<b>3,14%</b>	<b>725.014</b>	<b>7,32%</b>	<b>671.757</b>	<b>6,58%</b>	<b>919.203</b>	<b>7,34%</b>
IX	255.383	4,90%	457.441	4,62%	598.327	5,86%	512.175	4,09%
X	150.796	2,89%	534.763	5,40%	348.589	3,41%	684.246	5,46%
XI	2.125	0,04%	143.716	1,45%	9.968	0,10%	47.213	0,38%
XII	0	0,00%	10.919	0,11%	19.873	0,19%	26.987	0,22%
RM	<b>3.524.588</b>	<b>67,61%</b>	<b>6.343.165</b>	<b>64,02%</b>	<b>6.460.502</b>	<b>63,28%</b>	<b>7.867.542</b>	<b>62,78%</b>
<b>Total</b>	<b>5.212.736</b>	<b>100,00%</b>	<b>9.907.445</b>	<b>100,00%</b>	<b>10.208.746</b>	<b>100,00%</b>	<b>12.530.950</b>	<b>100,00%</b>

Con respecto al desglose del costo de los componentes por región, se adjunta cuadro con la distribución estimada usando como base las transferencias directas a los Servicios de Salud del país.

Dado que el componente 4 representa en promedio el 98, 56% del total del gasto efectivo, se realizó el análisis considerando solo este componente.

En cuadro anterior se observa que el costo total del programa se concentra en la Región Metropolitana pasando de un 67,61% a un 62,78% entre 1996-1999, demostrando una gran concentración. Le sigue la Quinta Región con una variación entre 1996-1999 de un 19% a un 16,7% y Octava Región de un 3% a un 7,3%., éstas tres regiones acumulan el 86,84% del total de los recursos.

A pesar de la gran concentración de las prestaciones, es importante considerar que dentro de los compromisos de gestión se establecen compromisos de derivación de pacientes con el objeto de resguardar la equidad en el acceso.

Por otra parte es conveniente destacar que dada la complejidad de las prestaciones, debe existir un numero de pacientes crítico que asegure la calidad del servicio, para que se justifique establecer un centro de prestaciones complejo, de modo de contar con el personal calificado debidamente entrenado para atender estos casos.

e) Porcentaje de costos administrativos en relación al total de gasto efectivo del programa.

**Cuadro 1.1.4.8:**

**PORCENTAJE DE COSTOS ADMINISTRATIVOS EN RELACIÓN AL TOTAL DE GASTO EFECTIVO**

AÑO	Costos Administrativos A	Costos Directos	Total Gasto Efectivo B	%
1996	91.609	5.198.973	5.290.582	1,73%
1997	187.008	9.879.348	10.066.356	1,86%
1998	218.323	10.175.945	10.394.268	2,10%
1999	249.408	12.493.479	12.742.887	1,96%

El porcentaje de costos administrativos, respecto al gasto efectivo, representa un porcentaje inferior a 2%, lo cual denota eficiencia administrativa. Si se compara con indicadores normales para el sector público y privado de alrededor de 10% del gasto efectivo.

f) Fuentes de Financiamiento.

**Cuadro 1.1.4.9: FINANCIAMIENTO**

Fuentes de Financiamiento	1996		1997		1998		1999		2000		Incrim. % 1996-2000
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Aporte Fiscal Directo	3,420,815	57.5	5,830,733	57.9	6,061,660	58.3	7,433,922	58.2	7,696,837	57.5	125%
2. Transferencias de otras instituciones públicas											
2.1 Cotizaciones	2,527,453	42.5	4,240,038	42.1	4,330,294	41.7	5,340,395	41.8	5,686,858	42.5	125%
Total	5,948,268	100	10,070,771	100	10,391,954	100	12,774,317	100	13,383,695	100	125%

Con respecto al financiamiento, se puede observar que el 42,5% corresponde a Cotizaciones y un 57,5% a Aporte Fiscal Directo. El incremento en el financiamiento 1996-2000, tanto en el Aporte Fiscal como en Cotizaciones es de un 125%

La distribución entre cotizaciones y aporte fiscal del programa, se determina en base a la distribución general del presupuesto del Fonasa que es de donde provienen los recursos.

g) Comparación de costos (por beneficiario y/o por componente) con los de otros programas similares del sector público o privado.

No se cuenta con información suficiente de beneficiarios de otros programas similares para realizar los análisis requeridos.

h) Identificación de gastos de operación y de Inversión, de carácter prescindible o posible de sustituir mediante mecanismos de menor costo.

No existen gastos de operación ni de Inversión de carácter prescindible o sustituible. Las inversiones se realizan en MINSAL, a través de DINRED, es importante la participación de este programa en estas decisiones de Inversión, dado que ellas afectarán directamente la disponibilidad de centros acreditados del sector público.

i) Costo directo del programa por beneficiario efectivo y costo total del programa por beneficiario efectivo

### Cuadro 1.1.4.13.-SEGURO CATASTROFICO ACTIVIDAD Y COSTO AÑOS 1994 - 1999

(en millones de pesos)

AREAS	1993		1994		1995		1996		1997		1998		1999		Crec. (**)	
	MMS	Nº	MMS	Nº	MMS	Nº	MMS	Nº	MMS	Nº	MMS	Nº	MMS	Nº	Act.	MMS
CARDIOLOGIA	393	798	875	1152	1708	1371	2519	1415	3174	1674	4222	2100	4589	2730	242%	1068%
NEUROCIRUGIA			365	1350	435	1500	549	1564	1469	1661	1552	1736	1509	1787	32%	313%
TRASP. RENAL			47	141	412	85	846	186	942	202	979	204	1028	233	65%	2087%
TRASP.HEPAT.							98	7	196	11	232	20	401	24	243%	309%
P. DIALISIS							128	274	237	480	276	535	308	535	95%	141%
RADIO TERAPIA							348	3512	683	3526	623	4101	660	4492	28%	90%
QUIMIOT.INF									320	875	230	1026	313	1249	43%	-2%
DROGA INMUN.									866	768	1472	1074	1932	1281	67%	123%
ESCOLIOSIS									164	164	288	226	266	251	53%	62%
FISURADOS											239	179	160	428	139%	-33%
GRAN QUEM.(*)											47	53	234	196	270%	398%
POLITRAUMAT.(*)											41	38	49	88	132%	20%
TRASP. MEDULA													66	4		
CANCER MAMAS													220	833		
TOTAL	393	798	1287	2643	2555	2956	4488	6958	8051	9361	10201	11292	11735	14131	1671%	2886%
Crecimiento 96-99															103%	161%

(\*) Considera sólo recursos adicionales por costo Día Cama

(\*\*) El crecimiento se calculó desde el inicio de cada prestación.

En el periodo 1996-1999, se observa el crecimiento de todas las prestaciones del programa tanto en cantidad, incrementando la cobertura en gran número de patologías (6-14), Monto Asignado (MM\$ 4.488 a MM\$ 11.735) producto de un aumento de beneficiarios ( 6.958 a 14.131)

El mayor incremento en el monto asignado(161%) ha sido eficientemente administrado, debido a que se ha incrementado en forma importante, la cobertura en prestaciones (133%) y el número de beneficiarios atendidos(103%) y su costo promedio ha sido inferior en 22%.

## B. ANALISIS DE COSTOS POR PRESTACION

### COSTOS UNITARIOS POR PRESTACION (Miles de Pesos)

AREAS	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Variación
CARDIOLOGIA	492	760	1246	1780	1896	2010	1681	241%
NEUROCIRUGIA		270	290	351	884	894	844	212%
TRASP. RENAL		333	4847	4548	4663	4799	4412	1224%
TRASP.HEPAT.				14000	17818	11600	16708	19%
P. DIALISIS				467	494	516	576	23%
RADIO TERAPIA				99	194	152	147	48%
QUIMIOT.INF					366	224	251	-31%
DROGA INMUN.					1128	1371	1508	34%
ESCOLIOSIS					1000	1274	1060	6%
FISURADOS						1335	374	-72%
GRAN QUEM.(*)						887	1194	35%
POLITRAUMAT(*)						1079	557	-48%
TRASP. MEDULA							16500	
CANCER MAMAS							264	

(\*) Considera sólo recursos adicionales por costo Día Cama  
Fuente: Serie Documentos de Trabajo FONASA, Evaluación 1994-1999

Cabe destacar el aumento considerable del costo unitario en las áreas cardioquirúrgica (241%), neuroquirúrgica (212%), y trasplante renal (1.224%), durante los primeros años del programa, que se justifican porque inicialmente consideran solamente el pago por la intervención quirúrgica para posteriormente incorporar el pago por canastas de prestaciones.

En cardiocirugía desde 1998 han disminuido sus costos por incorporación de prestaciones de menor valor(16%).

En el caso de los trasplantes Hepáticos, dada su complejidad y su alto costo, las intervenciones no se realizan actualmente en establecimientos del sector público, la operacionalización de este programa se efectúa a través del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y se realizan en Clínica Alemana o Las Condes. Para ello, se estableció una red de derivación expedita de los pacientes de lista de espera y se constituyó un comité técnico de especialistas del área y representantes de instancias técnicas de Minsal.

En el caso del Programa Nacional de Droga Inmunosupresora, se considera el financiamiento de un año de droga de los pacientes transplantados y su mantención en los años sucesivos y a contar de 1998 se incluyó a todos los pacientes en tratamiento, transplantados antes y después de 1995.

Con respecto a la variación de los precios de las prestaciones, si se analiza el incremento en el área de la cardiocirugía se ve claramente que el aumento de precios es por sobre el porcentaje del resto de las prestaciones inicialmente, ya que recoge la incorporación de nueva tecnología o el cambio en el porcentaje de uso de algún insumo: caso de las angioplastias. Posteriormente el mix de prestaciones entregados varió incorporando

prestaciones de menor costo unitario, lo cual incidió en el menor valor final, al incorporar por ejemplo, tratamientos como valvuloplastías, y otros.

En el caso de los tratamientos de quimioterapia infantil, se modificaron los precios de las prestaciones de acuerdo a nuevos estudios de costos que incorporaban nuevos medicamentos o cambió la proporción de uso de los mismos. Para el resto de las prestaciones, se aplicó el inflator dado por Hacienda.

Es importante destacar que si bien, no todas las prestaciones justifican un incremento anual de precios diferentes al inflator, es importante tener presente que en el largo plazo se deben reflejar las variaciones efectivas de precios de los componentes de cada canasta, en términos de mantener valores reales.

#### 4.1.5 Condiciones para una Eventual Recuperación de Costos.

Anteriormente existió un copago que fue eliminado por la nueva condición de Seguro Catastrófico.

## 4.2 Conclusiones sobre la Eficiencia del Programa

- El programa se visualiza como eficiente en la medida en que los mayores recursos se orientan al aumento de la cobertura de beneficiarios y de prestaciones, que son superiores al mayor valor promedio de ellas.
- El mayor incremento en el monto asignado(161%) ha sido eficientemente administrado, debido a que se ha incrementado en forma importante, la cobertura en prestaciones (133%) y el número de beneficiarios atendidos(103%) y su costo promedio ha sido inferior en 22%.
- La introducción del pago asociado a diagnóstico (PAD) como mecanismo de pago del programa, a partir de prestaciones de alta complejidad seleccionadas en función de las prioridades de salud, es un instrumento que mejora la eficiencia productiva, mediante el establecimiento de un precio para una canasta de atenciones de salud vinculadas con la resolución de un problema de salud específico, compartiendo el riesgo entre el financiador y el proveedor (ya que se calcula en base a costos medios del paquete basado en una frecuencia de uso promedio esperada para cada atención incluida en la canasta).
- El contrato de gestión con los Servicios de Salud en términos del volumen total de recursos que se transfieren y los momentos en que las instituciones tendrán los recursos financieros, permite ahorros por una mejor programación de la compra de insumos
- La reliquidación semestral de las transferencias en función del porcentaje de ejecución por parte de los centros de salud, garantiza que integralmente se utilicen todos los recursos disponibles para el programa

- La capacidad de ejecución del programa muestra un cumplimiento de casi el 100% en los tres últimos años, situación que se debe principalmente a la existencia de contratos de gestión con los ejecutores del programa, que permite la existencia de “recursos financieros protegidos” para la ejecución de estas prestaciones, lo que asegura la eficiencia en la asignación de los recursos.
- Existen algunos desequilibrios geográficos en el otorgamiento de las prestaciones, existiendo mayor carencia de estas en la Región Norte, en temas como Transplante Renal, Cardiocirugía y Neurocirugía, lo que afecta la equidad en el acceso. Es importante destacar que el programa, procura salvaguardar esta equidad, generando la apertura de cupos de los centros acreditados a los Servicios de salud donde no existe la resolución de la prestación. Es conveniente destacar que dada la complejidad de las prestaciones, debe existir un número de pacientes crítico que asegure la calidad del servicio, para que se justifique establecer un centro de prestaciones complejo, de modo de contar con el personal calificado debidamente entrenado para atender estos casos.
- Procesos consecutivos de acreditación, tienen efectos positivos sobre la gestión en términos de promover mejoría de la calidad.
- El presupuesto efectivo del Programa de Enfermedades Complejas representó en promedio durante el periodo 1996-1999, un 1,48% del presupuesto efectivo de Fonasa. y en el año 2000, se proyecta que el programa represente un 2% de su presupuesto Total.
- El porcentaje de costos administrativos, respecto al gasto efectivo, representa un porcentaje inferior a 2%, lo cual denota eficiencia administrativa.

#### **4.3 Recomendaciones sobre la Eficiencia**

No se visualizan recomendaciones.

## 5. NIVEL DE LOGRO DEL FIN DEL PROGRAMA

### 5.1 Análisis de aspectos relacionados con el nivel de logro del fin del programa.

Fin : *Contribuir a mejorar la salud de los beneficiarios de Fonasa*

El programa contribuye claramente al logro del fin enunciado.

Las actividades de los diferentes subprogramas de prestaciones complejas han llenado un vacío de cobertura cualitativo y cuantitativo. En lo cualitativo, la oferta de servicios clínicos se amplía substantivamente incorporando y respetando el concepto de ubicación geográfica de la población beneficiaria. Cuantitativamente, el programa logra sostener un régimen de actividad muy por sobre el nivel histórico observado previo a su puesta en marcha.

Si bien es cierto las listas de espera constituyen la expresión concreta de las brechas observadas en la resolución de las patologías demandantes de prestaciones complejas, el fin del programa busca algo más que neutralizar la existencia de estas listas.

*El conjunto de acciones desplegadas contribuye a lograr una mejoría importante en la calidad de vida de los beneficiarios, la que en casos extremos significa salvar vidas.* Algunos procedimientos incorporados en el listado priorizado significan hoy la entrega oportuna de prestaciones que resultan determinantes para mantener la vida de beneficiarios y recuperar su salud, como es el caso concreto de cirugía cardíaca compleja por cardiopatías congénitas incompatibles con la vida, insuficiencia renal crónica, patología tumoral del sistema nervioso central, entre otras.

Aún cuando resulta difícil precisar el impacto del programa según los anteriores términos en las listas de espera, se puede inferir por los antecedentes entregados que proporciones importantes de pacientes en espera de procedimientos complejos, fallecen o deterioran significativa e irreversiblemente su calidad de vida en espera de la prestación.

Prestaciones oportunas en cuanto a su ejecución son también determinantes en la calidad de vida de los pacientes. Debe considerarse que algunas patologías que requieren de prestaciones complejas se concentran en *población infantil o población joven, con elevada expectativa de vida potencial*, como es el caso de pacientes insuficientes renales crónicos, con enfermedades hematológicas o portadores de cardiopatías congénitas.

El programa se ha caracterizado por la universalidad de sus prestaciones entre los beneficiarios Fonasa, respetando el derecho de igualdad en cuanto a acceso a los procedimientos técnicos. También ha procurado desplegar mecanismos explícitos que garantizan el *acceso no segmentado de los pacientes por motivaciones económicas*, eliminando la barrera del copago.

Los indicadores de actividad disponibles señalan focalización de ésta en grupos humanos en mayor riesgo epidemiológico. Es así como la distribución de beneficiarios atendidos de acuerdo con grupos de ingreso revela concentración de prestaciones en el tramo B, el que también concentran beneficiarios adultos y adultos mayores de 60 años de edad.

La evaluación objetiva del cumplimiento del fin del programa podría efectuarse efectuando un estudio específico en la población beneficiaria que considerara como variables resultantes del programa el efecto de la intervención en términos de sobrevivencia y calidad de vida en cuanto los beneficiarios son capaces de desarrollar sus potencialidades y adaptarse a la vida diaria sin limitaciones extremas que los limiten. En opinión del panel, la calidad de la información disponible permite un análisis que estima adecuadamente el cumplimiento del fin del programa sin tener que recurrir a un estudio específico.

### **5.1.2. Cambios producidos en grupos no identificados inicialmente.**

El programa ha focalizado su actividad en beneficiarios muy bien definidos desde el punto de vista clínico y previsional, evitando de esta forma efectos regresivos.

La identificación de beneficiarios legales también ha sido objeto de una rigurosa calificación a fin de garantizar la focalización de estas prestaciones en este grupo, prácticamente excluyendo la posibilidad de subsidios cruzados.

Es posible que puedan darse efectos indirectos en otros programas ministeriales de salud, a modo de externalidades positivas, derivados de la adopción de modelos de atención clínica y gestión de este programa en los diferentes establecimientos.

En el área de la población no beneficiaria del Fonasa perteneciente al subsistema privado de salud, el programa ha ejercido un efecto indirecto en los beneficiarios del subsistema privado en la medida que los prestadores privados han comenzado a incorporar prestaciones complejas en sus planes y programas.

### **5.1.3. Efectos no planeados del programa en áreas como institucional, ambiental, tecnológico, entre otros.**

La puesta en marcha del programa ha significado la creación y el fortalecimiento de polos de desarrollo clínico y tecnológico. Se ha invertido en renovación tecnológica, lo que acorta la brecha existente entre los subsectores público y privado.

En lo institucional la imagen pública (tanto de parte de los pacientes como también de los otros profesionales médicos) de los Centros Hospitalarios que participan del programa (y del sistema público) se ha visto beneficiada por esta oferta de servicios. A modo de ejemplo, para el caso de la prestación "cirugía cardiovascular" fue posible constatar la positiva influencia del programa en el desarrollo del recurso humano y la creación de valiosos equipos de trabajo.

También se ha estimulado el ejercicio de una sana competencia entre establecimientos que ofrecen prestaciones complejas comunes, destacando la incorporación de indicadores de eficiencia técnica como herramienta de negociación interna y para el proceso de licitación con el nivel central (logros técnicos).

En la medida que los establecimientos aseguran el reembolso a precios reales de las prestaciones comprometidas, han mejorado su capacidad negociadora en materia de compra de insumos y materiales, incluidos en la gestión global de los establecimientos. Indirectamente la gestión económica de los establecimientos no carga con el lastre financiero que significaba la prestación de actividades a costos no reales.

Desde la perspectiva clínica la inclusión del programa ha reducido las tensiones tradicionales entre el elevado gasto en una prestación compleja para salvar la vida de un paciente versus la posibilidad de que esos recursos se destinen a un mayor número de acciones de menor complejidad que también satisfacen a un mayor número de beneficiarios. Esta tensión en general tiende a postergar la priorización por prestaciones de alta complejidad, lo cual ha sido resuelto con la existencia de recursos protegidos destinados a este fin.

En cuanto a posibles efectos negativos no planeados por el programa, la prestación financiada a precios reales podría constituirse en un incentivo perverso en la medida que los prestadores busquen beneficiarios de bajo riesgo relativo concentrando población mas grave o dañada en determinados establecimientos. Siendo esto así, indicadores de resultados (letalidad, sobrevida, complicaciones) podrían no ser comparables porque un centro resuelve patología más compleja que otro, ofreciendo la misma prestación compleja.

Otro incentivo negativo pudiera ser la invitación para pacientes de bajos ingresos y alto riesgo, que pertenecen al sector asegurador privado, para buscar fórmulas que la permitan la resolución de estos problemas en el sector público.

## **5.2 Conclusiones sobre el nivel de logro del fin del programa.**

El programa contribuye claramente al logro del fin enunciado. *El conjunto de acciones desplegadas contribuye a lograr una mejoría importante en la calidad de vida de los beneficiarios, la que en casos extremos significa salvar vidas.*

Las actividades de los diferentes subprogramas de prestaciones complejas han llenado un vacío de cobertura cualitativo y cuantitativo. En lo cualitativo, la oferta de servicios clínicos se amplía substantivamente incorporando y respetando el concepto de ubicación geográfica de la población beneficiaria. Cuantitativamente, el programa logra sostener un régimen de actividad muy por sobre el nivel histórico observado previo a su puesta en marcha.

El instrumento utilizado, mecanismo de pago asociado a diagnóstico y presupuestos protegidos mediante compromisos de gestión entre Fonasa y los Servicios de Salud, para llevar a cabo las atenciones de salud programadas, es altamente eficaz porque permiten relacionar las acciones financiadas con resultados en salud referente a la resolución de un diagnóstico específico (prueba de ello es que más del 95% de los recursos del programa se destinan a la realización de las prestaciones complejas).

### **5.3. Recomendaciones sobre el nivel de logro del fin del programa.**

La ejecución de las recomendaciones vinculadas al mejoramiento del diseño del programa y organización y gestión, así como las indicadas respecto del incremento de la eficacia del programa, y la sostenibilidad del mismo para aumentar la cobertura nacional de atención de estos problemas de salud, contribuyen a mejorar el nivel de logro del fin del programa.

En cuanto al fin del programa, si bien es cierto que el sólo contraste entre la situación previa a su puesta en marcha y la situación actual evidencia un notable logro, sería deseable contar con información objetiva que constatará esta presunción.

Es necesario además contar con información respecto a los logros técnicos (clínicos) de las prestaciones a fin de evaluar su calidad técnica y efectuar eventuales ajustes.

## **6. CONTINUIDAD DE LA JUSTIFICACIÓN**

### **6.1. Análisis de aspectos relacionados con la continuidad de la justificación del programa**

#### **6.1.1. Validez de la justificación original y pertinencia de los objetivos del programa**

Las características epidemiológicas actuales del país, en pleno proceso de transición avanzada, permiten predecir con alto grado de certeza, que los problemas de salud que originan el programa se mantendrán y probablemente irán en incremento en el corto y mediano plazo.<sup>1</sup>

Por consiguiente es también esperable un incremento en la demanda de prestaciones en el tratamiento de las patologías que las condicionan.

Chile actualmente presenta elevada prevalencia de factores de riesgo de enfermedad crónica, antesala de patologías crónicas clínicamente declaradas y condición propicia para que el país experimente una verdadera avalancha de demandas de salud de alta complejidad y costo.

Este ha sido el camino recorrido por sociedades industrializadas, los que han enfrentado este problema con mayor oferta de servicios y mayor gasto en salud.

Las estrategias preventivas y de promoción de la salud, en las que el Minsal se ha comprometido, requieren de una mancomunidad de esfuerzos y recursos que requiere de tiempo, negociación y recursos. Países desarrollados que han optado por la implementación de masivos programas de intervención han debido igualmente invertir recursos para dar satisfacción a la carga de morbilidad remanente originada en el periodo previo a su puesta en marcha. Ha intermediado en este cambio cualitativo una decisión política importante adoptada por los países pioneros en el desarrollo de estrategias promocionales en salud (Canadá, Finlandia, a modo de ejemplo).

<sup>1</sup> La teoría de la Transición epidemiológica así lo ha confirmado en el análisis del comportamiento del mundo desarrollado respecto al tercer mundo. El informe del Banco Mundial del año 1993 señala además que la velocidad con que opera el cambio en las distintas etapas de la transición, es mucho más acelerada en los países en desarrollo ahora que lo que fue en los países desarrollados.

En consecuencia, el escenario epidemiológico descrito y la experiencia de abordaje organizado de los servicios de salud propiciada por el mundo desarrollado permiten aseverar que el problema seguirá vigente por prolongado tiempo, requiriendo de la reorganización y reorientación de los servicios de salud para enfrentar esta carga. No se vislumbra la extinción del problema en un horizonte cercano ni de mediano plazo.

La necesidad de estimular en el sistema público el desarrollo de una oferta de prestaciones complejas de calidad, es y seguirá siendo, relevante para garantizar una adecuada respuesta a este tipo de problemas. Esto, de acuerdo a la experiencia del programa en el sector público, solo ha sido posible si éste descansa sobre la base de un programa de financiamiento protegido que permite programar actividades, promover la creación de polos de desarrollo de reconocida calidad y adquirir la tecnología de alta complejidad necesaria para poder a efectuar las prestaciones complejas.

Los cambios en innovaciones tecnológicas que puedan afectar el programa deben interpretarse, mas que como amenazas, como oportunidades de reducir la complejidad de algunas intervenciones más eficientes y efectivas que permitan reducir las brechas de atención existentes. Políticas de inversión serias y avaladas técnicamente deben ser consideradas especialmente para este programa.

Especial atención debe ponerse a esta área por la inminente posibilidad de incluir nuevas prestaciones de elevada complejidad.

Finalmente, las encuestas de opinión (Adimark) revelan que el programa es ya conocido por un grueso de la población potencialmente beneficiaria<sup>2</sup>, lo que hace poco viable la extinción de un programa exitoso, salvo que éste sea substituido por acciones a lo menos equivalentes. La demanda oculta, vale decir aquella no expresada por ausencia de oferta de servicios fue adecuadamente considerada en la planificación y programación.

Adicionalmente la eficiencia obtenida por el programa, en cuanto a que los recursos efectivamente se destinan a las prestaciones de salud que fueron comprometidas y no hacia otros objetivos, es otro argumento que refuerza la justificación de su diseño.

### **6.1.2. Reformulaciones realizadas del programa**

No se ha producido reformulación del programa durante el período de evaluación contemplado por este panel.

Se entiende que una eventual reformulación derivaría del análisis y constatación de resultados inadecuados o que no conduzcan necesariamente a la consecución del logro de él. Tal circunstancia no aplica a este programa por no verificarse lo anterior.

Alternativamente es factible plantear que los mecanismos de control de gestión y evaluación que el programa ofrece son inadecuados para evaluar el cumplimiento del fin. El panel evaluador, tras analizar el diseño del programa en su lógica vertical y horizontal evalúa positivamente los criterios evaluativos considerados en los componentes y actividades del programa, por lo que no se constata lo anterior.

## **6.2. Conclusiones sobre la continuidad de la justificación del programa**

En virtud del perfil epidemiológico del país y su transición hacia un mayor envejecimiento, los problemas de salud que dieron origen al programa se mantienen y posiblemente irán en incremento la demanda por prestaciones del programa. Además la necesidad de estimular el desarrollo de una oferta de alta calidad en el área de prestaciones complejas, es y seguirá siendo un tema relevante para garantizar respuesta a este tipo de problemas. Dado lo expresado previamente, a juicio del panel evaluador, se justifica la continuidad del programa, con el fin de continuar generando los éxitos observados en este programa en un horizonte de tiempo extendido.

## **6.3 Recomendaciones sobre la continuidad de la justificación del programa**

El panel no tiene mayores recomendaciones a este respecto, en respuesta específica este punto. A modo de comentario se sugiere explorar la posibilidad de extender el diseño y modelo de implementación de este programa de salud hacia otras áreas de la gestión clínica, con el fin de producir los éxitos observados en este programa.

# **7. SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA**

## **7.1 Análisis de Aspectos relacionados con la sostenibilidad del Programa**

### **7.1.1. Condiciones para la sostenibilidad del programa**

Un factor relevante en el horizonte de funcionamiento del programa dice relación con la capacidad de la oferta prestadora para resolver estos problemas. En este sentido de acuerdo a la revisión de prestadores acreditados, existe capacidad instalada para mantener el nivel de oferta que se ha logrado e incluso incrementarla parcialmente, si se considera como alternativa también la compra a prestadores privados. En este sentido un tema que debe tener avances concretos, dice relación con coordinar los esfuerzos de inversión en salud con las necesidades de mejoramiento que tienen los centros que están actualmente acreditados y que presentan insuficiencias en la materia.

Finalmente, aunque parezca obvio es necesario precisar que su permanencia en el tiempo está supeditada a las políticas de financiamiento del sector y a los recursos disponibles.

Teniendo en consideración el desarrollo y fortalecimiento que se ha generado en las capacidades institucionales para la resolución de los problemas que requieren intervenciones de alta complejidad incluidos en el programa (ver crecimiento en la producción de prestaciones de alta complejidad incluidos en el programa), a juicio del panel evaluador, la mantención de este programa y su crecimiento basado en la capacidad de infraestructura, equipamiento y expertis técnico-clínico de los recursos humanos permite sus sostenibilidad institucional en el tiempo.

Un tema que puede ser crítico para el crecimiento del programa, dice relación con la oferta disponible a nivel nacional para responder a las demandas del programa. En este sentido, creemos necesario que el

programa realice un catastro respecto de las instituciones públicas y privadas que podrían ser en el futuro incorporados como nuevos centros acreditados para la ejecución de estas prestaciones, de manera de poder tener un mejor dimensionamiento de la oferta disponible para el crecimiento futuro que se requiere en función de la demanda insatisfecha que aún se mantiene en el programa (especialmente en términos de accesibilidad geográfica) y la posible incorporación de nuevas prestaciones según las prioridades sanitarias definidas.

Adicionalmente es recomendable la participación activa del programa en los espacios de decisión respecto del desarrollo de la red asistencial pública del país, que permitan justificar el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento que apunten a elevar la oferta pública disponible para estas prestaciones de alta complejidad o la incorporación de nuevas prestaciones al programa.

Respecto de la disponibilidad de recursos humanos altamente calificados, que se requieren para el crecimiento del programa, se recomienda desarrollar acciones tendientes a concordar con los centros académicos responsables de esta formación, los requerimientos y las áreas críticas del desarrollo de especialistas, que permitan aumentar la oferta disponible en el país.

Especial relevancia en este aspecto dice relación con la disponibilidad de especialistas en regiones con el fin de asegurar accesibilidad a los pacientes que residen en lugares distantes de los actuales centros acreditados del programa, lo cual debiera formar parte de los compromisos de formación de especialistas en términos de cumplir un cierto período de trabajo como especialista en las zonas geográficas que requieren de más especialistas para cubrir las demandas de los beneficiarios.

Desde la perspectiva financiera, si bien el programa ha incrementado su gasto efectivo en un 7,35% entre 1996 y 1999, es importante señalar que el programa representa un 2% del gasto total de Fonasa para el año 2000. La baja participación de este programa en el total del presupuesto de salud de esta institución, asegura sus sostenibilidad en el tiempo, aún cuando sea necesario en el futuro incrementar su gasto total para resolver la demanda insatisfecha pendiente de los beneficiarios de Fonasa. La eficiencia en el uso de los recursos del programa en términos del cumplimiento de las metas de producción programadas y el uso efectivo de más del 95% de los recursos en la prestación de atenciones de alta complejidad definidas por el programa, adicionalmente, justifican su mantención como línea de acción del seguro público en el futuro, ya que el programa ha demostrado que en términos reales los recursos asignados para el propósito efectivamente se han destinado prioritariamente a la producción de las atenciones que en definitiva es lo que interesa desde la perspectiva del financiador y también de los usuarios del sistema de salud.

El programa ha generado un sistema de acreditación de los centros de salud, para lo cual se requieren inversiones en infraestructura, las que se realizan dentro el MINSAL, a través de DINRED y no se reflejan en el costo del programa., con lo cual ha incentivado la mejora en la cobertura de la red.

#### **7.1.2. Replicabilidad del Programa ( en caso que corresponda)**

A juicio del panel evaluador, dado los resultados del programa en términos de garantizar el uso efectivo de recursos públicos en las prestaciones de salud comprometidas, debiera ser considerado como un modelo altamente efectivo y eficiente para la asignación de recursos del sector salud público en otras áreas. La modalidad de presupuestos protegidos y conocidos por el prestador responsable (centro acreditado), que lo garantizan los contratos de gestión entre el Minsal, Fonasa y los Servicios de Salud, es un modelo absolutamente replicable para la implementación de otros compromisos de atención de

salud a los beneficiarios de Fonasa por parte de la red asistencial.

Adicionalmente, este programa permite estimular a los sistemas privados a desarrollar y ampliar sus planes de salud para enfermedades catastróficas y otras prestaciones, en donde exista interés de parte del asegurador privado de estimular la oferta de prestaciones y garantizar calidad de las mismas. La reciente experiencia de compromiso de las Isapres respecto de garantizar el seguro catastrófico a sus afiliados es prueba del impacto en el mercado de los seguros que tuvo la iniciativa desarrollada por Fonasa a partir de este programa.

## **7.2 Conclusiones sobre sostenibilidad del Programa.**

El programa de seguro es sostenible en la medida que existe evidencia respecto del desarrollo y fortalecimiento de la capacidad institucional de la red asistencial para satisfacer las necesidades de cubrir enfermedades catastróficas de los beneficiarios de FONASA y que desde el punto de vista financiero, a pesar de ser prestaciones costosas, en suma representan un porcentaje muy bajo del presupuesto total del sector.

El desarrollo de un catastro actualizado de oferta pública y privada disponible en el país para este tipo de prestaciones, así como el desarrollo de acciones tendientes a orientar la inversión futura de salud de la red asistencial pública, son actividades que el programa debe llevar a cabo para garantizar el crecimiento dirigido de una oferta de alta complejidad que responda gradualmente a las prioridades sanitarias del país.

Adicionalmente es necesario revisar con los centros académicos formadores de especialistas, el crecimiento en la masa de recursos técnicos altamente capacitados en las áreas críticas, de manera de que el esfuerzo de inversión física y tecnológica se acompañe en forma armónica de un crecimiento equivalente de recursos humanos especializados.

## **7.3 Recomendaciones sobre sostenibilidad del Programa.**

Las recomendaciones derivan especialmente de lo expuesto con más detalle en el análisis de las condiciones para la sostenibilidad del programa especialmente en el caso de su expansión, que de manera resumida son las siguientes:

- Catastro de oferta pública y privada de alta complejidad que potencialmente puede ser incorporada al programa.
- Participación activa en los procesos de decisión de nuevas inversiones del sector y desarrollo de la red asistencial.
- Desarrollo de estrategias para orientar la formación de especialistas en los centros académicos y dentro del sector salud, así como la expansión de los mecanismos que usa el Minsal para garantizar médicos especialistas en regiones (ciclo de destinación o el desarrollo de otros estímulos de reconocimiento técnico-académico) dirigido a aumentar la dotación de especialistas de alta complejidad en los centros que sean definidos como tal al nivel de regiones.

## **8 EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA**

### **8.1 Análisis de aspectos relacionados con la Experiencia Adquirida en la Ejecución del programa**

#### **8.11. Lecciones que deja el Programa para la Unidad Ejecutora y otras Instituciones involucradas**

En el área de salud este programa constituye claramente una experiencia innovadora por hacerse cargo de una necesidad sentida de prestadores y beneficiarios, ofreciendo una respuesta organizada del sistema público de salud diferente a las respuestas tradicionales.

Previo al programa, la oferta de servicios de los establecimientos de salud para estas prestaciones era errática y muchas veces discrecional considerando que los mecanismos de financiación no cubrían los costos mínimos de estas prestaciones.

Las experiencias generadas por el programa cubren al menos las siguientes áreas:

##### Interrelación entre Instituciones

Por la naturaleza financiera del programa, es Fonasa quien tiene la responsabilidad final de su ejecución. El Ministerio de salud complementa sus aspectos técnicos y la gestión con los Servicios de Salud. Esta experiencia de co-gestión del programa ha generado un estilo de trabajo en el cual confluyen dos instituciones que históricamente han tenido relaciones esencialmente funcionales y algo distantes.

A raíz del programa, el Ministerio de salud ha debido dar respuesta a necesidades técnicas que han aflorado como una consecuencia natural del funcionamiento de las prestaciones complejas. Esta interacción, más fluida hoy que en los comienzos del programa, ha resultado provechosa para el programa. Lo anterior pudo ser constatado por los miembros del panel a través de las reuniones de trabajo con los responsables del programa.

##### Políticas de salud

Desde la perspectiva institucional, el programa es la primera respuesta organizada del país frente al problema de prestaciones complejas. En materia de políticas sanitarias, esto constituye un hito puesto que permite un análisis más integral de los problemas crónicos mediante el abordaje de la parte más visible de ellos.

Era difícil concebir el desarrollo de políticas públicas en materia de promoción y prevención en salud sin que el estado se hubiera hecho cargo del problema actual de las demandas asistenciales de las enfermedades crónicas.

La sistematización del resultado técnico de las intervenciones, debiera proveer información de base para la formulación de Planes y políticas en promoción de salud con base real. A juicio del panel, el aprendizaje logrado y por lograr por el programa debiera ser un insumo importante de trabajo para ser utilizado por la Unidad de promoción de la Salud del Minsal.

### Compromisos de gestión.

Los compromisos de gestión constituyen un elemento de negociación relevante importante en la relación Minsal- Servicios de salud. Las modificaciones que este instrumento ha tenido producto de la experiencia adquirida, se han traducido en compromisos de gestión acotados, muy bien delineados y que facilitan la gestión y permiten un buen control de ella. Pueden ser ejemplos para su utilización por otros programas.

### Recursos humanos

En cuanto a política de recursos humanos, el programa ha producido aprendizajes y experiencias que el panel pudo apreciar en terreno en algunos establecimientos.

A partir del proceso de acreditación técnica de los establecimientos, el recurso humano comprometido con el programa ha debido organizar su trabajo y constituirse en equipos de trabajo para responder a las exigencias de las prestaciones. Los establecimientos han debido desarrollar estrategias para calificar técnicamente a sus equipos de trabajo y generar normas y protocolos clínicos para un adecuado manejo técnico de las prestaciones. La experiencia adquirida por los equipos de trabajo en el periodo constituye un valor enorme desde la perspectiva profesional.

### Comunicación, información a la comunidad

Ha existido una política comunicacional explícita por parte de Fonasa en relación con el programa. El compromiso de la Institución y de los establecimientos se ha traducido en información clara y de amplia difusión pública utilizando medios masivos de comunicación, superando algunos problemas detectados durante su puesta en marcha.

## **8.1.2 Aspectos innovadores en el diseño o ejecución del Programa.**

El programa posee claros elementos de innovación, a saber:

- Aborda simultáneamente diferentes problemas de salud, cuyo elemento común es la necesidad de una prestación compleja,
- Diseño del programa,
- Estructura organizativa con participación directa de dos Instituciones estatales a nivel central, Servicios de salud, Organismos autónomos del estado y Organizaciones no gubernamentales,
- Modelo de gestión novedosa,
- Mecanismo alternativo de asignación de recursos financieros (ligado a prestación, incorporando costos reales),
- Control de Gestión del programa,
- Compromiso explícito de equidad en las prestaciones y universalidad a los beneficiarios.

En el caso del programa evaluado, su apertura obedece a la necesidad de utilizar un conjunto de actividades de alta complejidad técnica, que requiere de personal entrenado y un centro adecuado para efectuarlo y que por lo anterior es de elevado costo individual.

Este atributo es específico para este programa y permite entender mejor su carácter esencialmente financiero. Esta característica facilita, como así ya ha ocurrido, la incorporación de nuevas categorías de prestaciones complejas según el marco de prioridades técnicas del país, admitiendo cierta flexibilidad que otros programas no tradicionales no siempre permiten.

Este modelo de gestión en salud resulta novedoso para los Servicios de salud y establecimientos, acostumbrados a la financiación vía PAD y PPP. Indirectamente, los recursos aportados por el programa a los establecimientos les permiten mejor capacidad de negociación con sus proveedores. El pago por cada prestación compleja efectuada constituye un financiamiento "marcado", en el sentido que está comprometido con una prestación determinada y no con otras. Esta modalidad de financiamiento inhibe el riesgo de desviar recursos a otras prestaciones y garantiza la adecuada utilización de los recursos transferidos.

## **8.2 Conclusiones sobre la experiencia adquirida en la ejecución del programa**

El programa ofrece innovaciones significativas respecto a otros programas de salud, las que son bien recibidas en el ámbito local por los ejecutores directos.

La unidad ejecutora no ha limitado su responsabilidad a una mera transferencia de recursos, sino que se ha involucrado en la gestión misma del programa.

Lo anterior ha constituido un positivo feed - back que ha permitido afinar detalles que han emergido de la puesta en marcha del programa. Los ejecutores (establecimientos) han incorporado también el aprendizaje obtenido durante la aplicación del programa.

La sistematización de la información técnica (clínica) resultante de la aplicación de las prestaciones es esencial para evaluar el posible impacto en materia de salud pública atribuible al programa, a la vez que generaría información nacional no disponible en la actualidad. Esta etapa, actualmente en discusión por parte de los responsables del programa, constituiría un aporte relevante del programa al conocimiento nacional sobre este tema. Al respecto, las recomendaciones específicas se efectúan en el punto 2 del presente informe.

El trabajo realizado durante 1998, ha permitido adquirir mayor experiencia en la relación con los prestadores públicos e incorporar mejoras al Sistema de Control de los Programas Especiales. Ello ha significado rediseñar los instrumentos de control, homogeneizando sus formatos y simplificando la información solicitada, y los procedimientos para recepción y procesamiento de ésta, con el fin de disminuir los tiempos de desfase entre la ejecución de los Programas y sus evaluaciones. Por otro lado, la experiencia adquirida ha permitido optimizar los sistemas computacionales que apoyan las funciones de control, incorporando validaciones en cuanto a las condiciones técnicas y administrativas de las prestaciones incluidas en el Programa.

### 8.3. Recomendaciones sobre la experiencia adquirida en la ejecución del programa

#### **Recomendaciones en materia de recursos humanos.**

A juicio del panel, sería deseable transmitir y compartir este aprendizaje con el departamento de Recursos Humanos del Minsal, considerando, además que en el futuro próximo, la necesidad de recurso médico calificado dependerá de la capacidad de formación y entrenamiento en los centros universitarios disponibles en el país, incidiendo en la Política de formación de Recursos Humanos del Ministerio. En el área de recursos humanos no tan sólo el estamento médico debe ser considerado, desatacando la importancia de incluir a otros profesionales y funcionarios de apoyo técnico.

Para la creación de futuros polos de desarrollo en otras regiones del país es imprescindible considerar los requerimientos del recurso humano calificado, en particular en aquellas áreas deficitarias en centros académicos en el área de salud.

#### **Recomendaciones en relación con las políticas de promoción y prevención de salud.**

La interacción con pacientes que representan el polo distal en la historia natural de la enfermedad constituye una oportunidad de aprendizaje sobre los factores de riesgo más prevalentes en el país y los determinantes de salud susceptibles de modificar con estrategias preventivas.

Un análisis de costo-efectividad afinado puede constituir un elemento de negociación relevante al momento de otorgar a la prevención la estatura necesaria dentro de las Políticas de salud del país. Lo anterior, por las consideraciones vertidas previamente, no atenta contra la continuidad del programa.

#### **Recomendaciones con relación a políticas de comunicación.**

Los resultados técnicos y de gestión del programa deben ser conocidos por la opinión pública y por los beneficiarios del sistema público de salud. La imagen pública del sistema de salud requiere de información actualizada, veraz y oportuna. Es esperable algún grado de reacción del subsistema privado producto de la comunicación de los resultados del programa.

#### **Recomendación en relación con el proceso de acreditación**

Sorprendió a los miembros del panel el conocer que el Minsal no cuenta con las herramientas legales para efectuar acreditación técnica de establecimientos en cuanto a su complejidad y competencia para el desarrollo de prestaciones complejas<sup>3</sup>. El proceso de acreditación experimentado por los centros obedece a la participación voluntaria de éstos estimulada por las externalidades del programa.

#### **Recomendación con relación a la sistematización de resultados clínicos del programa**

Es importante incorporar el análisis de la gestión y resultados clínicos del programa (diseño de protocolos de atención y de priorización de pacientes, seguimiento de indicadores de resultados biomédicos) de manera de evaluar en forma integral el desempeño del programa, teniendo claro que el propósito último de un programa de salud es mejorar la salud de la población y hacerlo mediante el uso de las prestaciones más costo-efectivas. Una adecuada sistematización de los resultados clínicos obtenidos en el programa permitirá consolidarlo y elevar su reconocimiento especialmente frente a actores que están fuera del sector.

### III. PRIORIZACION DE LAS RECOMENDACIONES

A continuación se presenta el conjunto de recomendaciones que a juicio del panel debieran ser consideradas para mejorar el programa:

RECOMENDACIONES	INSTITUCION RESPONSABLE	REQUERIMIENTOS
<b>Recomendaciones que requieren recursos adicionales:</b>		
1. Estimación y dimensionamiento de la demanda no satisfecha o beneficiarios potenciales del programa	MINSAL y FONASA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución de grupo de expertos.</li> <li>• Establecimiento de procedimientos para manejo de listas de espera</li> <li>• Términos de referencia de estudios de incidencia.</li> </ul>
2. Mejorar la calidad y cantidad de oferta de prestaciones de alta complejidad	MINSAL y FONASA	<p>Expansión prestaciones del programa.  Profundizar en estudios de red.  Nuevos proyectos de inversión pública  Contratación de personal calificado para la realización de las prestaciones.</p>
<b>Recomendaciones que no requieren recursos adicionales:</b>		
3. Incorporar al programa el diseño de protocolos de atención y seguimiento de indicadores de resultados biomédicos.	MINSAL (DISAP y ETESA) - FONASA	<p>Constitución de grupo de expertos  Diseño de protocolos y definición de indicadores biomédicos  Diseño y puesta en marcha los procedimientos de registro y análisis de la información.</p>
4. Acreditación actualizada de los centros de alta complejidad	MINSAL-DINRED	<p>Compromisos de acreditación  Dimensionamiento de oferta potencial  Modificación legal (si se quiere que el proceso de acreditación se obligatorio)</p>
5. Integrar todas las prestaciones complejas que se ofrecen en un solo programa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• PINDA y PANDA</li> <li>• Cirugía cáncer del POA</li> <li>• Prestaciones complejas Programa Adulto Mayor</li> </ul>	MINSAL-FONASA	Reasignación de recursos entre programas

A partir de las orientaciones recibidas, a continuación se presentan las recomendaciones de cargo de la Institución Responsable en conjunto con el Minsal, que han sido priorizadas por el

panel evaluador y que involucran recursos adicionales, fundamentándose brevemente respecto de su alcance y estrategias de implementación:

### **1. Mejorar la estimación de la demanda no satisfecha o beneficiarios potenciales del programa**

Se recomienda generar mecanismos para mejorar la identificación de población potencialmente beneficiaria del programa y/o efectuar estudios de incidencia.

El desarrollo de mecanismos que permitan un adecuado manejo de listas de esperas y de derivaciones de pacientes puede ser una medida a desarrollar en forma sustituta o complementaria a lo anterior. Este esfuerzo requiere de la definición de criterios para la derivación de pacientes al programa, así como de criterios de priorización de dichos pacientes para acceder a las prestaciones complejas ofrecidas. Esta medida contribuye a reducir las inequidades de acceso a nivel nacional, garantizando que la selección de pacientes que reciben las prestaciones complejas se base en evidencia científica y criterios clínicos compartidos entre los especialistas.

La realización de estudios de incidencia nacional para las patologías prioritarias según el perfil epidemiológico es una tarea pendiente de la autoridad sanitaria, que suele postergarse por sus elevados costos. Tomando como punto de partida el avance generado en el estudio nacional y regional de los años de vida perdidos por muerte o discapacidad (Departamento de Epidemiología), es posible avanzar en el estudio específico de patologías de alta relevancia nacional que requieren de una mejor estimación, utilizando la capacidad y expertise técnico del Minsal. Estos estudios permiten estimar la brecha entre la demanda expresada (a través de la derivación de pacientes a centros de alta complejidad) y la demanda real en la población chilena y por lo tanto poder definir cursos de acción respecto del desarrollo de la oferta especializada, la pesquisa oportuna de pacientes y su derivación, que permita ir cubriendo progresivamente dichas brechas.

Para la implementación de ambas recomendaciones se requiere de la constitución de grupos de expertos avalados por la autoridad sanitaria que podrían ser los referentes técnicos que ya han trabajado en el programa. Estos deberían definir las prioridades de estudio, los términos de referencia para su contratación externa o ejecución interna y monitorear sus avances. En relación con los procedimientos para el manejo de listas de espera y sistemas de derivación, la contribución de la unidad de ETESA del Minsal puede ser un aporte para la preparación de protocolos de derivación y selección de pacientes que obtengan atención en el programa. Los acuerdos respecto del mejor seguimiento de listas de espera y de los criterios de priorización de pacientes debieran formar parte de los compromisos de gestión futura.

En términos de recursos adicionales solamente se requerirían mayores recursos para los estudios que sean necesarios llevar a cabo, la implementación de los procedimientos para una mejor información de las listas de espera y priorización de pacientes ya diseñados no requiere recursos adicionales para su implementación.

### **2. Mejorar la calidad y cantidad de oferta de prestaciones de alta complejidad**

Es posible aumentar la oferta de prestaciones priorizadas que aún tienen brechas de demanda, a través de la generación de nuevos convenios con otros centros acreditados que permitan su incorporación en el programa o mediante el aumento de las prestaciones comprometidas con los centros acreditados si es posible. Esta recomendación no implica cambios en términos de las acciones institucionales que actualmente se realizan en el programa; solamente se requiere mayor disponibilidad de recursos financieros para comprar un mayor número de prestaciones. Un esfuerzo que contribuiría a mejorar el conocimiento de Fonasa respecto de la oferta acreditada a escala nacional, es continuar con el trabajo de acreditación de centros de especialidad para lo cual ya existen los instrumentos y el expertise humano para llevarlo a cabo en la División de Inversiones del Minsal.

Adicionalmente se requiere que el programa participe en el proceso de decisión de la inversión pública en materias que le competa, especialmente en lo relacionado con el desarrollo y consolidación de polos de alta complejidad. También en cuanto a orientar la actualización tecnológica para garantizar la calidad de las atenciones que entrega el programa en los centros que presentan problemas de obsolescencia tecnológica y donde se concentra la capacidad técnica para la ejecución de estas prestaciones (por ejemplo, Instituto de Neurocirugía). Los esfuerzos tendientes a profundizar en estudios de red específicos para este programa (tales como el estudio de red de neurocirugía) a partir de los cuales se proponga y fundamenten nuevos proyectos de inversión pública cuando sea necesario, en los cuales participe Fonasa son convenientes.

Adicionalmente, en caso de que la infraestructura y el equipamiento tecnológico lo permita y se requiera aumentar la oferta en algunos centros acreditados, se propone la contratación de personal calificado para la realización de las prestaciones.

Respecto de las recomendaciones de cargo de la Institución Responsable y Minsal, que no involucran recursos adicionales:

**3. Incorporar en el diseño del programa el análisis de la gestión y resultados clínicos, diseños de protocolos de atención y seguimiento de indicadores de resultados biomédicos**

Teniendo en consideración que el fin del programa es mejorar la salud de la población, es recomendable que el programa incorpore criterios de evaluación y seguimiento basados en resultados biomédicos. Para esto es posible que a las comisiones técnicas específicas Minsal-Fonasa, que son contrapartes del programa se les solicite la definición de indicadores biomédicos para su seguimiento. Fonasa podría definir el procedimiento para la construcción y actualización de los indicadores, los cuales debieran ser provistos por los servicios clínicos de los centros acreditados (para los indicadores al egreso) y por los profesionales responsables del control periódico de estos pacientes posteriormente. El Servicio de Salud debiera ser el responsable del envío periódico de la información a Fonasa. El análisis y difusión de los resultados debiera ser de responsabilidad del Minsal.

Adicionalmente el diseño de protocolos de atención de pacientes basados en la evidencia científica disponible es también recomendable para mejorar sistemáticamente la calidad y resultados clínicos del programa. Esta actividad se podría llevar a cabo coordinada por la

Unidad de Evaluación de Tecnologías y la Disap, teniendo como grupo de referencia nacional de expertos los participantes de las comisiones técnicas Minsal-Fonasa y los propios especialistas que trabajan en los centros acreditados.

**4. Actualizar la acreditación de centros especializados en términos de del cumplimiento de los estándares de calidad definidos, requerimientos de inversión y dimensionamiento periódico de la capacidad resolutive disponible**

Al proceso de acreditación que ya se viene realizando por parte de la Dinred-Minsal, se recomienda adicionar en el instrumento una medición dirigida a dimensionar la capacidad instalada que dispone el centro, tanto en términos de recursos humanos, infraestructura como tecnología de apoyo. Esto permitirá a Fonasa actualizar la oferta disponible en la medida que se van acreditando los centros y a su vez permitirá a la institución tener un instrumento que le permita dimensionar la oferta de otros centros de alta complejidad si lo estima necesario.

Respecto del proceso de acreditación es recomendable establecer compromisos anuales que permitan a Fonasa poder garantizar a sus beneficiarios que los centros donde se realizan las prestaciones del programa están debidamente acreditados. En caso que se estime conveniente la obligatoriedad, lo cual a nuestro juicio no ha sido necesario hasta la fecha, será necesario realizar esfuerzos tendientes a modificar la legalidad vigente, ya que actualmente esta acción es de carácter voluntario.

Se recomienda que a partir del proceso de acreditación la entidad responsable complemente el informe indicando los requerimientos de inversión necesarios para resolver aspectos críticos que se encuentren por debajo de los estándares aceptables, de manera de que formen parte de las necesidades de inversión sectorial anual.

**5. Integrar todas las prestaciones que se ofrecen para la resolución integral de los problemas complejos en un solo programa**

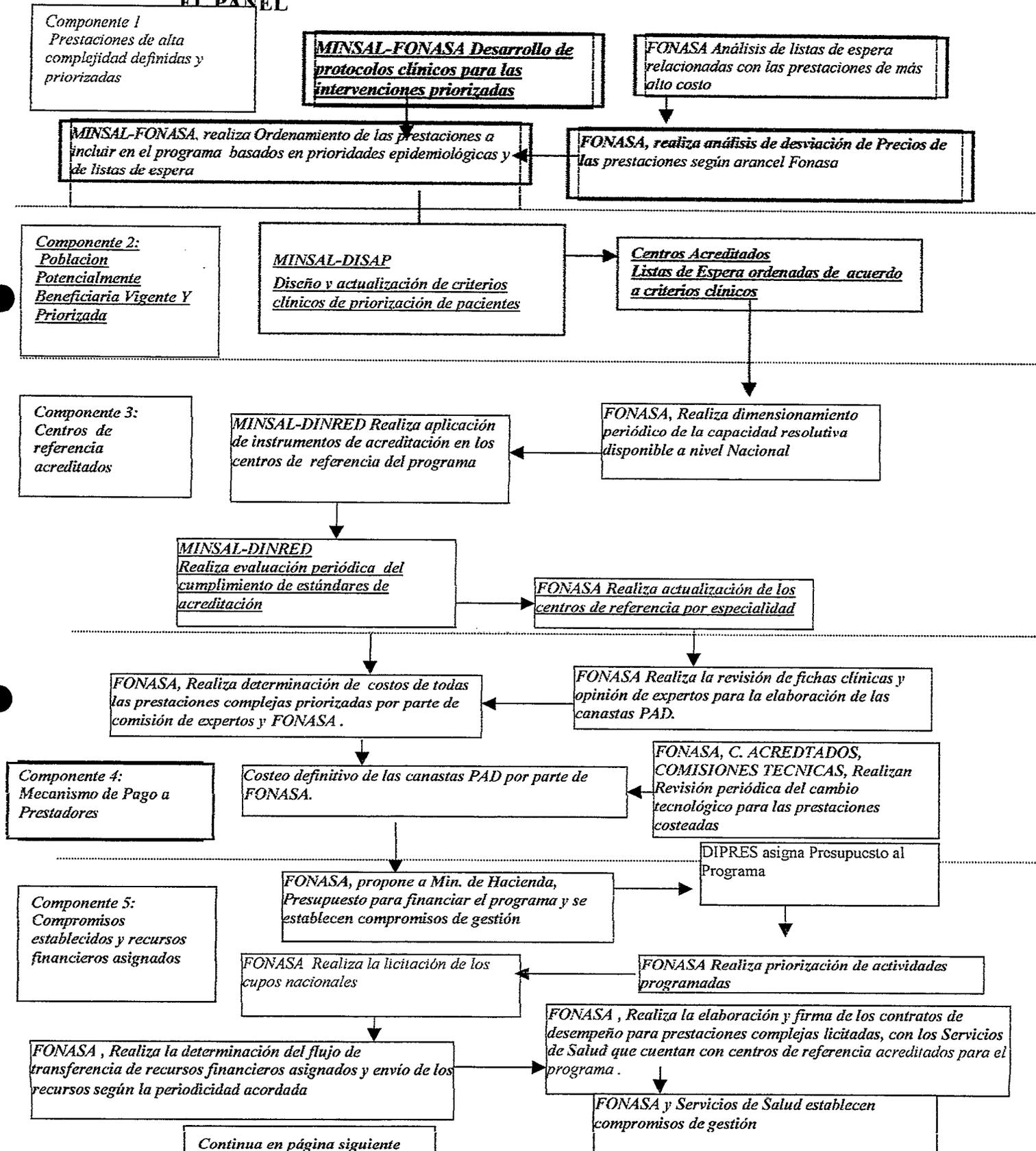
Dada la existencia del Seguro Catastrófico como una entidad integral que respalda las garantías de derechos de los beneficiarios de Fonasa respecto de protección y cobertura para patologías de alto costo "catastróficas", se recomienda integrar en el Programa de Prestaciones Complejas, todas las prestaciones que se ofrecen para la resolución de estos problemas en otros programas. Esto implicaría al menos:

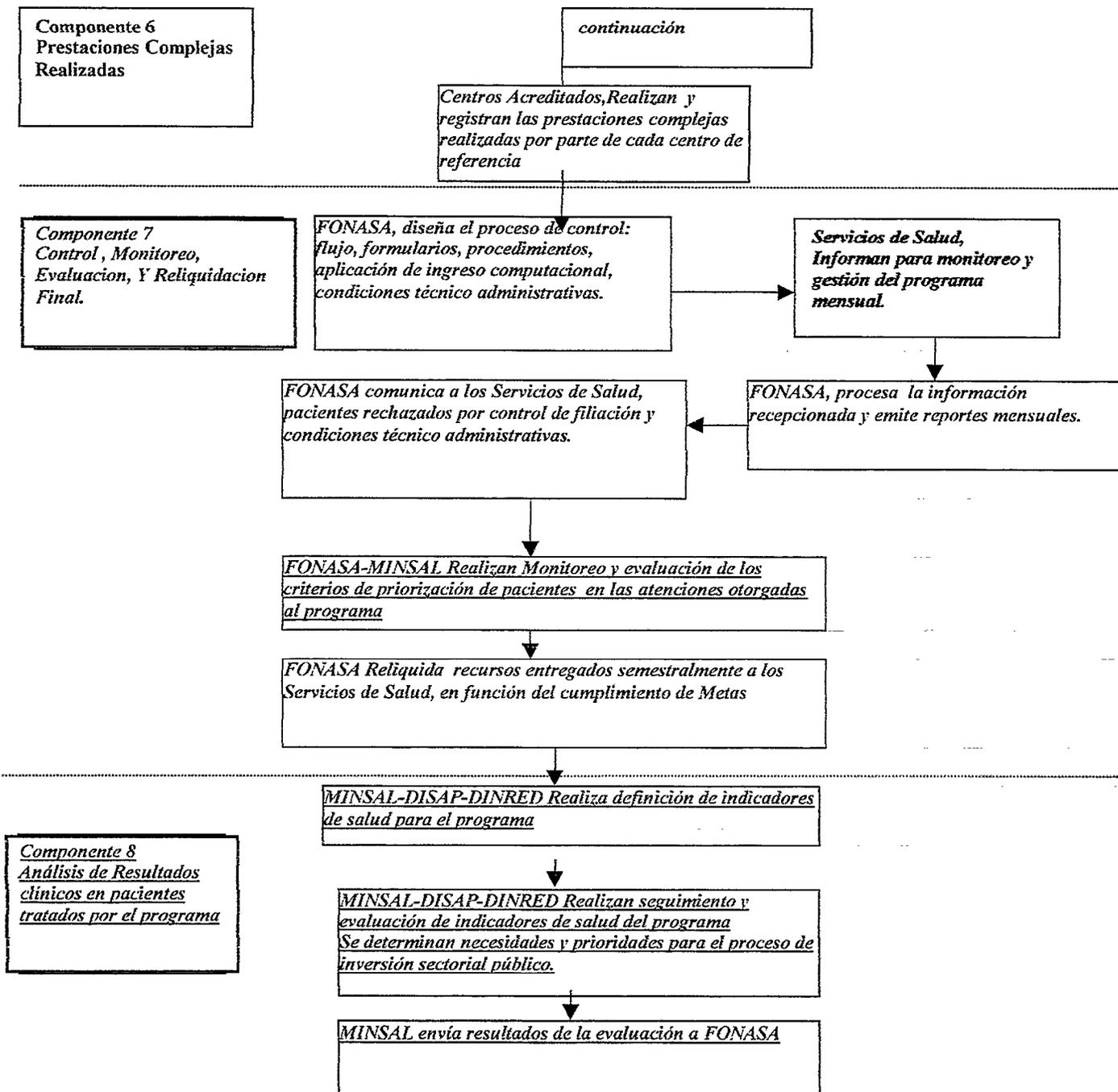
- a) Trasladar del Programa de Oportunidad de la Atención, la resolución quirúrgica de los cánceres cubiertos en forma complementaria por el Programa de Complejas (cáncer cervicouterino y cáncer de mamas).
- b) Reconocer la totalidad de las atenciones del PINDA (programa infantil nacional de drogas antineoplásicas).
- c) Reconocer la totalidad de las prestaciones del PANDA (programa adulto nacional de drogas antineoplásicas)
- d) Trasladar las prestaciones complejas del Programa del Adulto Mayor tales como la endoprótesis de cadera al programa.

La incorporación de todas las prestaciones complejas a un solo programa permite un seguimiento y evaluación más integral del impacto en salud, así como mejora significativamente la capacidad de gestionar los recursos dirigidos al mismo fin.

Su implementación depende, para el POA y el Programa del Adulto Mayor, de una decisión de Fonasa, ya que todos estas prestaciones son de su responsabilidad. La incorporación del PINDA y PANDA requiere de un acuerdo con la autoridad sanitaria y con los responsables del programa, que a nuestro juicio no debiera ser compleja, ya que todos los actores involucrados han trabajado juntos en el diseño y desarrollo del programa de complejas y la posibilidad de canalizar presupuestos protegidos que atiendan en forma integral a los pacientes también facilita la gestión de los propios servicios clínicos involucrados en estos programas.

## ANEXO: FUNCION DE PRODUCCION DE LOS COMPONENTES PROPUESTA POR EL PANEL





Nota: todos los párrafos subrayados corresponden a los nuevos elementos que se propone incorporar a la función de producción.

## IV REFERENCIAS

## BIBLIOGRAFIA

- Antecedentes presupuestarios y de Costos FONASA
- Estudio para inclusión de Cáncer en las prestaciones complejas a partir de 1997.
- Transplante hepático, Compromisos de gestión y canasta.
- Sistema de acreditación para Prestaciones Cardio y Neuroquirúrgicas y Transplantes renales, 1997. Informe final de la comisión Ministerial.
- Canasta de prestaciones complejas( PAD).
- Compromisos de Gestión
- Informe Comisión Fonasa –Minsal
- Modificación Resolución exenta N°1005, de 1997, del Ministerio de salud
- Decreto Supremo N° 187 de 1988, aprueba reglamento orgánico del FONASA.
- Serie Documentos de Trabajo, Fonasa, Evaluación 1994-1999, Programa Prestaciones Complejas.
- Boletín estadístico Fonasa 1997-1998
- Resumen Ejecutivo sobre Acreditación de Prestaciones Complejas
- Ministerio de Salud, División de Inversiones y Desarrollo de la red asistencial, informes de acreditación.
- Proyecto de ley, modificaciones al decreto ley N° 2.763, de 1979.
- Decreto ley N° 2.763, Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimientos del sistema Nacional de Servicios de Salud
- Resolución 2014, Imparte instrucciones para el traslado e enfermos
- Ministerio de Salud, Informe Comisión Nacional de Neurocirugía, 2000
- Propuesta de actualización del Plan de Salud , año 2000.
- Campaña de difusión Seguro Catastrófico de salud.
- Disap, Ministerio de Salud, Diseño e implementación de las prioridades programáticas de salud.
- FONASA, Estado de Situación compromisos de Gestión 1998, Unidad de Estudios y Control de Gestión, Enero 1999.
- Minsal, Departamento de epidemiología, Estudio Carga de Enfermedad.
- Ministerio de Salud, División de Salud de las personas, Lista de espera en cirugía cardíaca con CEC.
- XVIII Cuenta de Hemodiálisis Crónica (HDC) en Chile, Agosto 1988.
- Ministerio de Salud, División de Salud de las personas, Ord.4c/ 5510, Cedntros acreditados atención niños fisurados.
- Informe Unidad de transplante de Médula Osea Pediatrico en el Sistema Público de Atención de Salud Pinda, Hospital Calvo Mackenna.
- Ministerio de Salud, Minuta transplantes Hepáticos
- Comisión 100 días Ministra de Salud, Area de ampliación de complejas , resolución y tiempos de espera.
- Seguro Catastrófico, Precios año 1999-2000
- Ministerio de Salud, Protocolo de compromisos de Gestión Servicio de Salud, 1999.
- Evaluación actividades realizadas Programa Prestaciones Complejas, 1995-1999 y Proyección 2000.
- Estudio Satisfacción de Usuarios de Fonasa, Marzo- abril 1999.

- Análisis de Resultados y Gestión, Informe de Reclamos Seguro Catastrófico.
- FONASA, Instructivo para el costeo de las prestaciones.
- FONASA, Ord 000006/ 4.01.00, Programa de Transplantes Renales.
- Ministerio de salud, Instituto de Salud Pública de Chile, Ord N° 0405, Exámenes de Histocompatibilidad para transplantes renales.

Entrevistas sostenidas por el Panel de evaluación

Mayo 16: Dr. Gilberto Palominos, Responsable de Prestaciones complejas  
Cardioquirúrgicas infantiles, Hospital Dr. Roberto del Río, Servicio de Salud  
Metropolitano Norte

Mayo 26: Dr. Rafael Rondanelli, Sr. Subdirector Médico y Administrativo, Hospital  
San Juan de Dios, Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Mayo 16: Reunión con Dra. Susana Pepper, Acreditaciones

Mayo 17: Reunión con Ignacio Astorga, Director DINRED

**ANEXO N°1**

**MATRIZ DE EVALUACION DEL PROGRAMA**

**ANEXO N°1 .MATRIZ DE EVALUACION  
PROGRAMA PRESTACIONES COMPLEJAS (SEGURO CATASTRÓFICO)**

**NOMBRE DEL PROGRAMA:**  
**AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA:**  
**MINISTERIO RESPONSABLE:**  
**SERVICIO RESTO ASIGNADO 2000:**

**PROGRAMA PRESTACIONES COMPLEJAS (SEGURO CATASTRÓFICO)**  
**1994**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**FONDO NACIONAL DE SALUD**  
**\$13.159.565.000**

Enunciado del objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
<b>FIN:</b> Contribuir a mejorar la salud de los beneficiarios de Fonasa			
<b>PROPÓSITO:</b> Prestaciones de alta complejidad, priorizadas por el Ministerio de Salud, aseguradas por el Fondo Nacional de Salud y destinadas a los beneficiarios del mismo.	N° de prestaciones efectuadas/N° prestaciones comprometidas N° pacientes atendidos por el programa / N° pacientes atendidos antes de iniciarse el programa Recursos asignados al programa/recursos utilizados en estas prestaciones antes de iniciarse el programa N° de prestaciones incluidas en el programa / total de prestaciones complejas priorizadas por el Minsal	Registro de las prestaciones complejas comprometidas, efectuadas y certificadas por Fonasa, informe Comisión Minsal-Fonasa (1994) de pacientes atendidos antes de iniciarse el programa y recursos gastados en esos pacientes atendidos..  Informe Comisión Minsal-Fonasa 1994 y 1995	Se mantienen los actuales mecanismos de transferencia de recursos y mecanismos de pago. Se mantiene la prioridad de salud dentro de las prioridades sociales del gobierno. Se mantiene la disponibilidad técnica y sanitaria
<b>COMPONENTES:</b> 1. Prestaciones de alta complejidad definidas y priorizadas	Recursos (\$) asignados al programa/ recursos (\$) gastados en MAI en prestaciones complejas o enfermedades catastróficas N° de prestaciones complejas definidas y priorizadas / N° total de prestaciones de alta complejidad relevantes para el perfil epidemiológico actual del país	Informe Comisión Minsal-Fonasa 1994 y 1995  Informe Comisión Minsal-Fonasa 1994 y 1995, informe de red asistencial de salud e informes de acreditación de centros.	
2. Centros de referencia acreditados y capacidad resolutive de los mismos estimada	N° de centros acreditados / N° centros existentes en el país con capacidad resolutive para realizar las prestaciones del programa (públicos y privados). N° de centros acreditados/ N° centros propuestos por la Comisión Minsal-Fonasa. N° de prestaciones posibles de realizar por los centros adscritos al programa/ capacidad total estimada en el sistema (públicos, privados, mutuales, etc.)		
3. Mecanismo de pago a prestadores diseñado y precio para cada prestación compleja incluida en el programa definido	N° de canastas diseñadas y valorizadas / total de canastas necesarias para cubrir todas las prestaciones incluidas en el programa. Tarifa (\$) convenida con los S.S./ valor de la canasta diseñada (a pesos equivalentes) Tarifa (\$) de cada prestación compleja / precio (\$) en	Documento "Mecanismo PAD - PPP" e informes de estudios de costos. Informe Comisión Minsal-Fonasa 1994 y 1995. Canastas de prestaciones complejas diseñadas (anexos N°4,5 y 6).	Se mantienen tecnologías utilizadas en la resolución de las patologías.

<p><b>4. Compromisos establecidos y recursos financieros asignados</b></p>	<p><b>sistema Privado</b>  <b>Nº de contratos de desempeño firmados / total de contratos de desempeño que deben ser firmados para el año.</b>  <b>Total de recursos asignados a los centros de referencia / recursos asignados al programa.</b></p>	<p>Ordinario del Director de Fonasa. Flujo financiero anual</p>	<p>Se mantienen los compromisos de gestión</p>
<p><b>5. Prestaciones complejas realizadas por los ejecutores</b></p>	<p><b>Nº de prestaciones realizadas en el año / Nº total de prestaciones programadas y financiadas para el período.</b></p>	<p><b>Reportes mensuales de los Servicios de salud, reportes del control e informes de auditorías realizadas.</b></p>	<p>Se mantienen tecnologías utilizadas en la resolución de las patologías.</p>
<p><b>6. Control, monitoreo, evaluación y reliquidación final de recursos realizados</b></p>	<p><b>Nº de prestaciones comprometidas / total prestaciones financiadas.</b>  <b>Nº de prestaciones auditadas o controladas / total de prestaciones planificadas para controlar</b>  <b>Total de recursos reliquidados / total de recursos disponibles para reliquidar</b></p>	<p>Reportes mensuales subdepartamento Control, Ordinario del Director de Fonasa y Hijos financieros modificados.</p>	<p>Se mantienen los mecanismos de control y financieros.</p>
<p><b>ACTIVIDADES:</b></p>			
<p><b>Para el primer componente:</b></p>			
<p>1. Análisis de las incidencias y prevalencias de las patologías relacionadas con las prestaciones de más alto costo.</p>			
<p>2. Análisis de desviación de precios de las prestaciones según arancel Fonasa.</p>			
<p>3. Ordenamiento de las prestaciones a incluir en el programa basados prioridades epidemiológicas y de listas de espera observadas (mecanismo indirecto para estimar la demanda potencial).</p>			
<p><b>Para el segundo componente:</b></p>			
<p>1. Aplicación de encuesta para la selección de los centros de referencia nacional que realizan estas prestaciones, de acuerdo a ventajas comparativas.</p>			
<p><b>2. Aplicación de encuesta para determinar de la capacidad resolutive de los centros acreditados: actividad actual y eventual crecimiento</b></p>			
<p><b>Para el tercer componente:</b></p>			
<p>1. Determinación de costos de todas las prestaciones complejas priorizadas por parte de comisión de expertos y Fonasa.</p>			
<p>2. Revisión de fichas clínicas y opinión de expertos para la elaboración de las carnestas</p>			

PAD.																			
3.	Costeo definitivo de las canastas PAD por parte de Fonasa.																		
	<b>Para el cuarto componente:</b>																		
	1. Licitación de los cupos nacionales																		
	2. Elaboración y firma de los contratos de desempeño para prestaciones complejas ilicitadas, con los Servicios de Salud que cuentan con centros de referencia acreditados para el programa.																		
	3. Determinación del flujo de transferencia de recursos financieros asignados y envío de los recursos según la periodicidad acordada (no queda claro si es posible ajustar y reliquidar las transferencias durante el año).																		
	<b>Para el quinto componente:</b>																		
	1. Realización y registro de prestaciones complejas realizadas por parte de cada centro de referencia																		
	<b>Para el sexto componente:</b>																		
	1. Diseño del proceso de control: flujo, formularios, procedimientos, aplicación de ingreso computacional, condiciones técnico administrativas.																		
	2. Procesamiento de la información recepciónada y emisión de reportes mensuales.																		
	3. Comunicación a los Servicios de Salud de pacientes rechazados por control de filiación y condiciones técnico administrativa.																		
	4. Informe para monitoreo y gestión del programa mensual.																		

**Nota:** Los cambios destacados en color azul corresponden a los aportes del panel a la reunión de consenso de la matriz de marco lógico.

**ANEXO N°2**

**ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS**

C. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

I. Información del Ministerio o Servicio Responsable del Programa Período 1996-00  
(en miles de pesos reales)

AÑO 1996	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	3.156.819	3.135.516	99,3%
Bienes y Servicios de Consumo	5.856.537	5.757.586	98,3%
Inversión	151.447	149.968	99,0%
Transferencias	612.982.976	612.308.796	99,9%
Otros			
<b>TOTAL</b>	<b>622.147.778</b>	<b>621.351.866</b>	<b>99,9%</b>

AÑO 1997	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	3.416.543	3.355.599	98,2%
Bienes y Servicios de Consumo	7.054.462	7.544.573	106,9%
Inversión	195.262	194.954	99,8%
Transferencias	662.477.497	658.936.218	99,5%
Otros			
<b>TOTAL</b>	<b>673.143.763</b>	<b>670.031.344</b>	<b>99,5%</b>

AÑO 1998	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	3.511.480	3.482.498	99,2%
Bienes y Servicios de Consumo	8.287.533	8.327.583	100,5%
Inversión	738.961	692.202	93,7%
Transferencias	632.656.274	623.225.662	98,5%
Otros			
<b>TOTAL</b>	<b>645.194.248</b>	<b>635.727.945</b>	<b>98,5%</b>

AÑO 1999	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	3.882.685	3.973.203	102,3%
Bienes y Servicios de Consumo	8.270.523	8.317.966	100,6%
Inversión	275.288	277.731	100,9%
Transferencias	652.213.859	651.644.051	99,9%
Otros			
<b>TOTAL</b>	<b>664.642.354</b>	<b>664.212.951</b>	<b>99,9%</b>

AÑO 2000	Presupuesto Asignado
Personal	3.806.154
Bienes y Servicios de Consumo	7.284.331
Inversión	103.200
Transferencias	657.226.291
Otros	
<b>TOTAL</b>	<b>668.419.976</b>

II. Información Específica del Programa Período 1996-00  
(en miles de pesos reales)

2.1. Presupuesto y Gasto del Programa

AÑO 1996	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo
Personal	35.908	31.764
Bienes y Servicios de Consumo	66.616	58.326
Inversión	1.723	1.519
Otros	5.844.021	5.198.973
<b>TOTAL</b>	<b>5.948.268</b>	<b>5.290.582</b>

AÑO 1997	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo
Personal	57.350	56.559
Bienes y Servicios de Consumo	118.415	127.164
Inversión	3.278	3.286
Otros	9.891.728	9.879.348
<b>TOTAL</b>	<b>10.070.771</b>	<b>10.066.356</b>

AÑO 1998	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo
Personal	60.408	60.814
Bienes y Servicios de Consumo	142.570	145.422
Inversión	12.712	12.088
Otros	10.176.265	10.175.945
<b>TOTAL</b>	<b>10.391.954</b>	<b>10.394.268</b>

AÑO 1999	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo
Personal	77.186	78.841
Bienes y Servicios de Consumo	164.414	165.056
Inversión	5.473	5.511
Otros	12.527.245	12.493.479
<b>TOTAL</b>	<b>12.774.317</b>	<b>12.742.887</b>

AÑO 2000	Presupuesto Asignado
Personal	76.210
Bienes y Servicios de Consumo	145.853
Inversión	2.066
Otros	13.159.565
<b>TOTAL</b>	<b>13.383.695</b>

Cuadro Resumen de Presupuesto y Gastos del Programa:

AÑO	A Presupuesto Asignado	B Gasto efectivo		A-B Saldo presupuestario
		Monto	%	
		1996	5.948.268	
1997	10.070.771	10.066.356	100.0%	4.414
1998	10.391.954	10.394.268	100.0%	-2.314
1999	12.774.317	12.742.887	99.8%	31.430
2000	13.383.695			

2.2. Costo a Nivel Nacional por Componente del Programa

AÑO	Componente 1	Componente 2	Componente 3	Componente 4	Componente 5	Componente 6	Total
1996	13.764	13.764	13.764	5.212.736	13.764	13.764	5.281.554
1997	28.096	28.096	28.096	9.907.445	28.096	28.096	10.047.926
1998	32.801	32.801	32.801	10.208.746	32.801	32.801	10.372.752
1999	37.471	37.471	37.471	12.530.950	37.471	37.471	12.718.307

2.3. Costos Administrativos y Directos del Programa

AÑO	Costos Administrativos	Costos Directos	Total Gasto Efectivo
1996	9.028	5.281.554	5.290.582
1997	18.430	10.047.926	10.066.356
1998	21.516	10.372.752	10.394.268
1999	24.580	12.718.307	12.742.887

Nota: Los Costos Administrativos del Programa se estimaron en base a los Costos de Administración que tiene Fonasa en su funcionamiento global.

C. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

2.2. Costo a Nivel Nacional por Componente del Programa  
(en miles de pesos reales)

ANO 1996	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Componente 1	0	273	0	0	2.620	0	55	432	674	398	6	0	9.306	13.764
Componente 2	0	273	0	0	2.620	0	55	432	674	398	6	0	9.306	13.764
Componente 3	0	273	0	0	2.620	0	55	432	674	398	6	0	9.306	13.764
Componente 4	0	103.304	0	0	992.179	0	20.695	163.666	255.383	150.796	2.125	0	3.524.588	5.212.736
Componente 5	0	273	0	0	2.620	0	55	432	674	398	6	0	9.306	13.764
Componente 6	0	273	0	0	2.620	0	55	432	674	398	6	0	9.306	13.764
Total	0	104.668	0	0	1.005.278	0	20.968	165.827	258.755	152.786	2.153	0	3.571.119	5.281.554

ANO 1997	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Componente 1	8	301	5	76	4.164	141	104	2.056	1.297	1.517	408	31	17.988	28.096
Componente 2	8	301	5	76	4.164	141	104	2.056	1.297	1.517	408	31	17.988	28.096
Componente 3	8	301	5	76	4.164	141	104	2.056	1.297	1.517	408	31	17.988	28.096
Componente 4	2.970	106.051	1.865	26.685	1.468.468	49.798	36.569	725.014	457.441	534.763	143.716	10.919	6.343.165	9.907.445
Componente 5	8	301	5	76	4.164	141	104	2.056	1.297	1.517	408	31	17.988	28.096
Componente 6	8	301	5	76	4.164	141	104	2.056	1.297	1.517	408	31	17.988	28.096
Total	3.012	107.555	1.891	27.064	1.489.310	50.504	37.088	735.295	463.928	542.345	145.754	11.074	6.433.107	10.047.926

ANO 1998	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Componente 1	56	386	16	68	6.006	104	111	2.158	1.922	1.120	32	64	20.758	32.801
Componente 2	56	386	16	68	6.006	104	111	2.158	1.922	1.120	32	64	20.758	32.801
Componente 3	56	386	16	68	6.006	104	111	2.158	1.922	1.120	32	64	20.758	32.801
Componente 4	17.478	120.225	4.854	21.106	1.869.128	32.382	34.557	671.757	598.327	348.589	9.968	19.873	6.460.502	10.208.746
Componente 5	56	386	16	68	6.006	104	111	2.158	1.922	1.120	32	64	20.758	32.801
Componente 6	56	386	16	68	6.006	104	111	2.158	1.922	1.120	32	64	20.758	32.801
Total	17.759	122.156	4.932	21.445	1.899.156	32.902	35.113	682.549	607.939	354.189	10.128	20.192	6.564.291	10.372.752

ANO 1999	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Componente 1	92	337	61	97	6.265	147	398	2.749	1.532	2.046	141	81	23.526	37.471
Componente 2	92	337	61	97	6.265	147	398	2.749	1.532	2.046	141	81	23.526	37.471
Componente 3	92	337	61	97	6.265	147	398	2.749	1.532	2.046	141	81	23.526	37.471
Componente 4	30.915	112.560	20.453	32.439	2.094.978	49.181	133.060	919.203	512.175	684.246	47.213	26.987	7.867.542	12.530.950
Componente 5	92	337	61	97	6.265	147	398	2.749	1.532	2.046	141	81	23.526	37.471
Componente 6	92	337	61	97	6.265	147	398	2.749	1.532	2.046	141	81	23.526	37.471
Total	31.377	114.243	20.759	32.924	2.126.302	49.917	135.050	932.946	519.832	694.476	47.919	27.390	7.985.174	12.718.307

III. Fuentes de Financiamiento del Programa Período 1996-2000  
(en miles de pesos reales)

Fuentes de Financiamiento	1996		1997		1998		1999		2000		INCREMENTO 1996-2000
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Aporte Fiscal Directo	3.420.815	57,5%	5.830.733	57,9%	6.061.660	58,3%	7.433.922	58,2%	7.696.837	58,2%	125,00%
2. Transferencias de otras instituciones públicas											
2.1 Cotizaciones	2.527.453	42,5%	4.240.038	42,1%	4.330.294	41,7%	5.340.395	41,8%	5.686.858	41,8%	125,00%
Total	5.948.268	100%	10.070.771	100%	10.391.954	100%	12.774.317	100%	100%	100%	

AÑO	FACTOR
1996	1,1931
1997	1,1242
1998	1,0695
1999	1,0350
2000	1,0000

**ANEXO N°3**

**PROPUESTA DE MATRIZ DE MARCO LOGICO**

**ANEXO N°3 MATRIZ DE MARCO LÓGICO PROPUESTA  
PROGRAMA PRESTACIONES COMPLEJAS (SEGURO CATASTRÓFICO)**

<b>NOMBRE DEL PROGRAMA:</b> <b>AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA:</b> <b>MINISTERIO RESPONSABLE:</b> <b>SERVICIO RESPONSABLE:</b> <b>PRESUPUESTO ASIGNADO 2000:</b>		<b>PROGRAMA PRESTACIONES COMPLEJAS (SEGURO CATASTRÓFICO)</b> <b>1995</b> <b>MINISTERIO DE SALUD</b> <b>FONDO NACIONAL DE SALUD</b> <b>\$13.159.565.000</b>	
<b>Enunciado del objetivo</b>	<b>Indicadores</b>		
<b>FIN:</b> Contribuir a mejorar la salud de los beneficiarios de Fonasa	<b>Medios de verificación</b>		
<b>PROPOSITO:</b> Prestaciones de alta complejidad, priorizadas por el Ministerio de Salud, aseguradas por el Fondo Nacional de Salud y destinadas a los beneficiarios del mismo.	<b>Supuestos</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ N° de prestaciones efectuadas/N° prestaciones comprometidas</li> <li>◆ N° pacientes atendidos por el programa / N° pacientes atendidos antes de iniciarse el programa</li> <li>◆ Recursos asignados al programa/recursos utilizados en estas prestaciones antes de iniciarse el programa</li> <li>◆ N° de prestaciones incluidas en el programa / total de prestaciones complejas priorizadas por el Minsal</li> </ul>	Registro de las prestaciones complejas comprometidas, efectuadas y certificadas por Fonasa, informe Comisión Minsal-Fonasa (1994) de pacientes atendidos antes de iniciarse el programa y recursos gastados en esos pacientes atendidos..	Se mantienen los actuales mecanismos de transferencia de recursos y mecanismos de pago. Se mantiene la prioridad de salud dentro de las prioridades sociales del gobierno.
<b>COMPONENTES:</b> 1. Prestaciones de alta complejidad definidas y priorizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Recursos (\$) asignados al programa/ recursos (\$) gastados en MAI en prestaciones complejas o enfermedades catastróficas</li> <li>◆ N° de prestaciones complejas definidas y priorizadas / N° total de prestaciones de alta complejidad relevantes para el perfil epidemiológico actual del país</li> </ul>	Informe Comisión Minsal-Fonasa 1994 y 1995 Registros de los S.S. del país.	

2. Población potencialmente beneficiaria del programa vigente y priorizada	♦ Población potencialmente beneficiaria identificada por prestación, región y comuna a Diciembre de cada año.	Registro actualizado en Fonasa y en los centros acreditados del programa	Se mantiene el sistema de seguro público en salud
3. Centros de referencia acreditados y capacidad resolutive de los mismos estimada	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ N° de centros acreditados / N° centros existentes en el país con capacidad resolutive para realizar las prestaciones del programa (públicos y privados).</li> <li>♦ N° de centros acreditados/ N° centros propuestos por la Comisión Minsal-Fonasa.</li> <li>♦ N° de prestaciones posibles de realizar por los centros adscritos al programa/ capacidad total estimada en el sistema (públicos, privados, mutuales, etc.)</li> </ul>	Informe Comisión Minsal-Fonasa 1994 y 1995, informe de red asistencial de salud e informes de acreditación de centros.	
4. Mecanismo de pago a prestadores diseñado y precio para cada prestación compleja incluida en el programa definido	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ N° de canastas diseñadas y valorizadas / total de canastas necesarias para cubrir todas las prestaciones incluidas en el programa.</li> <li>♦ Tarifa (\$) convenida con los S.S. / valor de la canasta diseñada (a pesos equivalentes)</li> <li>♦ Tarifa (\$) de cada prestación compleja / precio (\$) en sistema Privado</li> </ul>	Documento "Mecanismo PAD - PPP" e Informes de estudios de costos. Informe Comisión Minsal-Fonasa 1994 y 1995. Canastas de prestaciones complejas diseñadas (anexos N°4,5 y 6).	Se mantienen tecnologías utilizadas en la resolución de las patologías.
5. Compromisos establecidos y recursos financieros asignados	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ N° de contratos de desempeño firmados / total de contratos de desempeño que deben ser firmados para el año.</li> <li>♦ Total de recursos asignados a los centros de referencia / recursos asignados al programa.</li> </ul>	Ordinario del Director de Fonasa. Flujo financiero anual	Se mantienen los compromisos de gestión

6. Prestaciones complejas realizadas por los ejecutores	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ N° de prestaciones realizadas en el año / N° total de prestaciones programadas y financiadas para el período.</li> </ul>	Reportes mensuales de los Servicios de salud, reportes del subdepartamento de control e informes de auditorías realizadas.	Se mantienen tecnologías utilizadas en la resolución de las patologías.
7. Control, monitoreo, evaluación técnica y financiera y reliquidación final de recursos realizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ N° de prestaciones comprometidas / total prestaciones financiadas.</li> <li>◆ N° de prestaciones auditadas o controladas / total de prestaciones planificadas para controlar</li> <li>◆ Total de recursos reliquidados / total de recursos disponibles para reliquidar</li> </ul>	Reportes mensuales subdepartamento Control. Ordinario del Director de Fonasa y Flujos financieros modificados.	Se mantienen los mecanismos de control y financieros.
8. Análisis de resultados clínicos en pacientes tratados por el programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tasa de sobrevida de pacientes tratados por prestación y centro / tasa de sobrevida de pacientes tratados el año anterior</li> <li>◆ Tasa de infecciones intrahospitalarias por centro / menor tasa de infecciones intrahospitalarias en pacientes tratados observadas en igual período</li> <li>◆ Tasa de complicaciones post prestación / menor tasa de complicaciones en pacientes tratados en igual período</li> </ul>	Registros por centro acreditado que realiza prestaciones del programa Auditorías clínicas	
<b>ACTIVIDADES:</b>			
Para el primer componente:			
1. Análisis de las listas de espera de las patologías relacionadas con las prestaciones de más alto costo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Corresponde señalar aquí el costo total por componente y el total de costos administrativos del Programa. ( Esta información se extrae del punto 2.2 y 2.3 del anexo de costos)</li> </ul>		
2. Análisis de desviación de precios de las prestaciones según arancel Fonasa.			

<p>3. Ordenamiento de las prestaciones a incluir en el programa basados prioridades epidemiológicas y en las listas de espera observadas.</p>		
<p>4. Desarrollo de protocolos clínicos para las intervenciones priorizadas por el programa.</p>		
<p>Para el segundo componente:</p>		
<p>1. Diseño y actualización de criterios clínicos de priorización de pacientes</p>		
<p>2. Listas de espera de pacientes ordenadas según criterios clínicos</p>		
<p>Para el tercer componente:</p>		
<p>1. Aplicación de encuesta para la selección de los centros de referencia nacional que realizan estas prestaciones, de acuerdo a ventajas comparativas.</p>		
<p>2. Aplicación de encuesta para determinar de la capacidad resolutive de los centros acreditados: actividad actual y eventual crecimiento</p>		
<p>3. Dimensionamiento periódico de la capacidad resolutive disponible a nivel nacional</p>		
<p>4. Aplicación de instrumentos de acreditación en los centros de programa</p>		
<p>5. Evaluación periódica del cumplimiento de estándares de acreditación de los centros de atención autorizados para el programa.</p>		
<p>6. Actualización de los centros de referencia por especialidad basados en análisis de la red asistencial</p>		
<p>Para el cuarto componente:</p>		
<p>1. Determinación de costos de todas las prestaciones complejas priorizadas por parte de comisión de expertos y Fonasa.</p>		

2.	Revisión de fichas clínicas y opinión de expertos para la elaboración de las canastas PAD.		
3.	Costeo definitivo de las canastas PAD por parte de Fonasa.		
4.	<b>Revisión periódica del cambio tecnológico para las prestaciones costeadas y ajuste de las canastas</b>		
	<b>Para el quinto componente:</b>		
1.	Licitación de los cupos nacionales		
2.	Elaboración y firma de los contratos de desempeño para prestaciones complejas licitadas, con los Servicios de Salud que cuentan con centros de referencia acreditados para el programa.		
3.	Determinación del flujo de transferencia de recursos financieros asignados y envío de los recursos según la periodicidad acordada		
	<b>Para el sexto componente:</b>		
1.	Realización y registro de prestaciones complejas realizadas por parte de cada centro de referencia		
	<b>Para el séptimo componente:</b>		
1.	Diseño del proceso de control: flujo, formularios, procedimientos, aplicación de ingreso computacional, condiciones técnico administrativas.		
2.	Procesamiento de la información receptionada y emisión de reportes mensuales.		
3.	Comunicación a los Servicios de Salud de pacientes rechazados por control de filiación y condiciones técnico administrativa.		
4.	Informe para monitoreo y gestión del programa mensual.		
5.	<b>Monitoreo y evaluación de los criterios de priorización de pacientes en las atenciones</b>		

<i>otorgadas por el programa</i>				
Para el octavo componente: 1. <i>Definición de indicadores de salud para el programa</i>				
2. <i>Seguimiento y evaluación de indicadores de salud del programa.</i>				

**ANEXO N°4**

**ANALISIS DE DIMENSIONAMIENTO POR PRESTACION**

## ANÁLISIS DE DIMENSIONAMIENTO POR PRESTACION

### 1. Cirugía Cardiovascular con Circulación Extracorpórea (CEC)

Basados en la priorización de la Comisión FONASA-MINSAL respecto de la demanda potencial por CEC, se seleccionan las principales patologías :

- En niños, el grupo de cardiopatías congénitas
- En adultos, cardiopatía isquémica severa (enfermedad coronaria), enfermedades de las válvulas cardíacas.

Las anomalías congénitas del corazón son responsables de un tercio de la mortalidad por anomalías congénitas (segunda causa de mortalidad infantil), teniendo una tasa específica de mortalidad de 0,97 muertes por cada 1.000 nacidos vivos<sup>1</sup> (en 1998 ellas sumaron 1.148 muertes<sup>2</sup>). Estas presentan una incidencia aproximada de 24 por 10.000 nacidos vivos, lo cual genera un total de 1.800 nuevos casos al año que requieren tratamiento quirúrgico<sup>3</sup>.

A partir de la letalidad<sup>4</sup> global de las cardiopatías congénitas (que se estima en 80% sin intervención y 15% con cirugía<sup>5</sup>), se pueden estimar en alrededor de 560 los pacientes fallecidos durante su primer año de vida si no se hiciera nada, cifra que podría reducirse a 105 si todos recibieran el tratamiento quirúrgico apropiado, lo que justifica el esfuerzo de incluirlas como prestaciones complejas del programa.

En la población general, las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte con 20.894 muertes en 1994 (29,3% del total), en incremento en el decenio 84 - 94 y en posteriores proyecciones.

La cardiopatía isquémica en sus diversas presentaciones determina el 38,1%<sup>6</sup> de todas las muertes (7.962 defunciones en 1996) y las cardiopatías valvulares, el 0,35%. Ambas patologías son candidatas a cardiocirugía dependiendo de las características y severidad de la patología<sup>7</sup>. En este caso existe suficiente evidencia científica respecto de la reducción de muertes y de discapacidad mediante tratamientos quirúrgicos oportunos. Ambas patologías comprometen a segmentos de edad adulto jóvenes y mayores, y en el caso de enfermedad valvular, más a mujeres que hombres. No hay información nacional acerca de la incidencia<sup>8</sup> en las fuentes consultadas<sup>9</sup>. Según FONASA<sup>10</sup>, se estarían generando alrededor de 4.500 nuevos pacientes al año.

<sup>1</sup> Plan de Salud para Chile 1997 - 2000. Ministerio de Salud de Chile.

<sup>2</sup> Información del Departamento de epidemiología, Minsal. Anexo N° 12 entregado por Fonasa.

<sup>3</sup> Idem anterior.

<sup>4</sup> Letalidad : porcentaje de muertes entre enfermos.

<sup>5</sup> Estudio Dra. Odette Farrú, Hospital Dr. Roberto del Río.

<sup>6</sup> Plan de Salud para Chile 1997 - 2000. Ministerio de Salud de Chile.

<sup>7</sup> F. Rojas V., M. Oyonarte y O. Román. Estudio de enfermedades al corazón y de los vasos, publicaciones técnicas Mediterráneo, 1993: informa que del conjunto de pacientes candidatos a cirugía en el H. San Borja Arriarán, las causas más frecuentes eran: el 38% valvulopatía, 50,2% enfermedad coronaria.

<sup>8</sup> Incidencia: número de nuevos casos de enfermedad en un periodo de tiempo. Prevalencia: total de casos existentes, incluyendo casos antiguos y nuevos (incidentes).

<sup>9</sup> Centro de documentación bibliográfica del Minsal, estudio de carga de enfermedad de la Div. de Salud de la Personas.

<sup>10</sup> Idem referencia 13.

Respecto de la cirugía cardiovascular (CEC y otros procedimientos), en relación a las CEC se estima una incidencia de 6.300 casos nuevos cada año<sup>11</sup>, sin embargo de estos, se considera que alrededor de 2.500 pacientes anuales no están diagnosticados, cifra que ha sido reducida para los efectos de estimación de cobertura de pacientes con diagnóstico (3.800 pacientes por año). En 1999, de acuerdo al estudio realizado por la DIPROG-MINSAL sobre listas de espera en cirugía cardíaca, existe una lista de espera de 1.316 pacientes para el 2000, lo cual indica que a pesar del crecimiento en las prestaciones programadas para ese año, se mantiene un número importante de pacientes que no accede a estas prestaciones (2.002 pacientes). No existe información disponible respecto de la demanda esperada para las nuevas intervenciones que se han agregado recientemente al programa (Angiografía, Coronariografía y Valvulopatías) por lo cual no es posible realizar ningún análisis al respecto.

## **2. Prestaciones neuroquirúrgicas complejas**

En relación con patologías neurológicas susceptibles de tratamiento quirúrgico de alta complejidad, éstas han sido definidas en las prioridades sanitarias del MINSAL y coinciden con la Comisión FONASA-MINSAL, habiéndose priorizado las siguientes: malformaciones congénitas: defectos del tubo neural, tumores y/o quistes del Sistema Nervioso Central (SNC), aneurismas cerebrales, estenorraquis (hernias del núcleo pulposo) y disrrafias.

Dado el carácter de urgencia médica de la mayoría de las patologías (exceptuando la estenorraquis) se puede concluir que frente a estos problemas existen dos alternativas:

- La oferta quirúrgica es suficiente y por lo tanto la demanda es satisfecha
- La oferta de actividad quirúrgica es insuficiente y la demanda potencial posiblemente tenga una corta sobrevida una vez diagnosticada.

Respecto de las prestaciones neuroquirúrgicas complejas, no existe información respecto de incidencia esperada, disponiéndose sólo con información parcial respecto de listas de espera para 1998 de 226 pacientes<sup>12</sup> en el estudio realizado por la Comisión Nacional de Neurocirugía. A través del mismo estudio se puede inferir que existe incapacidad para atender la demanda observada a nivel nacional, especialmente para el tratamiento oportuno de tumores del sistema nervioso central. Por esta razón, no es posible concluir en forma objetiva ningún dimensionamiento de brechas de demanda insatisfecha, aunque el panel evaluador supone que a pesar del crecimiento de la oferta disponible, sí existen pacientes que no acceden a la atención, especialmente en aquellas regiones más alejadas de los centros de referencia (III y XI regiones principalmente).

Respecto de la estenorraquis es importante considerar que en el ámbito mundial está en revisión la costo-efectividad de la cirugía para los diferentes problemas que forman parte de esta patología. Es probable que este análisis por parte de los neurocirujanos nacionales determine criterios orientadores para decidir cirugía, por lo tanto la situación podría modificarse en el futuro cercano.

<sup>11</sup> Información proporcionada por el Depto. De Epidemiología del Minsal, 2000, entregada por Fonasa.

<sup>12</sup> Es importante consignar que solo se obtuvo información de un número muy reducido de centros asistenciales, no entregando información los Hospitales: Barros Luco, San Borja, Regional de Antofagasta, Van Buren y Grant Benavente de los 8 centros acreditados y que participan den el programa.

Sin perjuicio de lo anterior, con el actual nivel de información disponible se justifica su inclusión en el programa. A pesar de la parcialidad de los datos<sup>13</sup>, las listas de espera en 1998 se han reducido considerablemente como se observa en el cuadro siguiente. Dado la parcialidad de la información y la ausencia de información sobre incidencia no es posible dimensionar las brechas existentes.

**Cuadro 1.1.7.1. Listas de espera nacional de pacientes en neurocirugía**

	1995 (2)	1998 (1)	Reducción
Disrafia	101	3	97,03%
Tumores	149	51	65,77%
Estenorraquis	503	6	98,81%
Aneurismas	53	31	41,51%

Nota: (1) datos obtenidos del estudio realizado por la Comisión Nacional de Neurocirugía 2000  
 (2) datos obtenidos de la comisión FONASA MINSAL 1995.

### **3. Hemodiálisis, peritoneo diálisis, trasplante renal y tratamiento inmunosupresor.**

Para responder a los requerimientos de los pacientes portadores de Insuficiencia Renal Crónica, se dispone del tratamiento paliativo con hemodiálisis y/o peritoneo diálisis y el tratamiento curativo propiciado por el trasplante renal.

Con relación a la insuficiencia renal infantil, la incidencia se estima en 5,7 pacientes por millón de habitantes y su prevalencia en 42,5 pacientes por millón de habitantes. Al momento de iniciarse el programa se observa un importante crecimiento de casos nuevos (la media anual era 20 casos y crece a 39 pacientes nuevos) lo cual puede interpretarse como demanda insatisfecha que accede a la nueva oferta disponible. La incorporación de peritoneo diálisis continua, de acuerdo a la evidencia científica disponible, contribuye a la solución integral del problema en pacientes menores de 12 años, y siendo también una prestación compleja, corresponde su inclusión en el programa.

En suma, respecto de los trasplantes renales, a pesar del crecimiento observado, se estima que son candidatos a trasplante aproximadamente 6.000 pacientes (enfermos que están en tratamiento de diálisis por insuficiencia renal crónica).

Sin embargo, es necesario destacar que de ellos, solamente 690 pacientes se encuentran efectivamente en lista de espera para el programa de trasplante<sup>14</sup>, razón por la cual objetivamente existe un déficit de 456 trasplantes para el año 2000 si se cumplen todas las intervenciones programadas para este año.

<sup>13</sup> Del total de 8 centros acreditados para el programa solamente 3 de ellos informan a esta comisión sus listas de espera en 1998.

<sup>14</sup> ORD N°0405 de Marzo del 2000 del Instituto de Salud Pública a Fonasa, indicando los pacientes en lista de espera para trasplantes, a los cuales se agregan 150 pacientes en lista de espera en el Hospital Regional de Valdivia.

Dado el carácter resolutivo de esta intervención respecto de los pacientes con insuficiencia renal crónica, es posible que el déficit sea mucho mayor, si se considera que en 1999 existían un total de 6.200 pacientes en diálisis.

Con relación a esta intervención, si bien el gran cuello de botella es la disponibilidad de órganos, es necesario agregar que el número de pacientes en espera de trasplantes es aún muy bajo, lo cual debiera también orientar acciones dirigidas a dar a conocer a los dializados las bondades del tratamiento de trasplante como alternativa más costo-efectiva (se aplica este término para señalar que si bien el costo unitario del trasplante es elevado, éste permite la reinserción del individuo a la sociedad, lo cual no ocurre con la diálisis y por ende la resolución del problema es más efectiva) y que les permite una mejor vida social y laboral (campañas de información a pacientes). Adicionalmente el programa debiera buscar una mayor coordinación con acciones tendientes a fomentar la donación de órganos o en su defecto a modificar las disposiciones legales vigentes que faciliten la obtención de órganos para trasplantes.

La necesidad de incorporar en el programa el tratamiento con drogas inmunosupresoras, tiene su fundamento en el alto costo del tratamiento anual por paciente y en la importancia de agregar este tratamiento al trasplante renal para garantizar mejores resultados en la aceptación de los órganos trasplantados. Respecto al tratamiento con droga inmunosupresora, se está cubriendo a todos los pacientes derivados del programa de trasplante que lo requieren, por lo cual no existen brechas.

#### **4. Tratamientos para el cáncer: Quimioterapia en cáncer de la mama, quimioterapia infantil, radioterapia y tratamientos paliativos del cáncer terminal**

En relación con el cáncer del adulto<sup>15</sup>, y, considerando las prioridades sanitarias del país, las tasas de incidencia<sup>16</sup> de tumores malignos que requieren de tratamiento de radioterapia priorizados por el MINSAL, son de 13,8 casos de cáncer de, 29,5 para cáncer cervicouterino y 3 para testículo, por cada 100.000 habitantes.

El tratamiento recomendado para estos cánceres incluye cirugía, la que, de acuerdo con la información disponible en 1997 del Programa de Oportunidad de la Atención<sup>17</sup>, satisface la demanda insatisfecha para el cáncer de mama (976 casos nuevos estimados realizándose tratamiento a 1.052 pacientes). La tendencia mundial sugiere incrementos de incidencia independiente de mayor oferta de tratamiento.

Respecto del cáncer cervicouterino existe demanda insatisfecha para el tratamiento del cáncer preinvasor (581 casos, 20,9% del total requerido) y no existe demanda insatisfecha para el tratamiento del cáncer invasor que es candidato a cirugía. La demanda no cubierta para tratamiento quirúrgico es de alrededor de 630 pacientes por año (principalmente cáncer cervicouterino preinvasor). De la información revisada, la priorización de quimioterapia en cáncer cervicouterino<sup>18</sup> se realiza en forma complementaria al tratamiento quirúrgico precoz de este cáncer, que está siendo abordado por otro programa (el Programa de Oportunidad de la Atención: POA). Si

<sup>15</sup> Informe Comisión Nacional del Cáncer y Disap. Minsal. 1997.

<sup>16</sup> Tasa por 100.000 habitantes.

<sup>17</sup> Datos de 1998 del Programa de Oportunidad de la Atención.

<sup>18</sup> Ampliación del programa complejas, resolución y tiempos de espera. Comisión Fonasa-Minsal, 2000 (anexo N°12).

bien el problema se está abordando integralmente desde la prevención y la detección precoz, a través del PAP (campañas sanitarias) y de la resolución quirúrgica precoz (conización y crioterapia) a través del POA, los resultados en tasas de mortalidad indican que Chile está muy lejos de una situación óptima. Es probable que en caso de mejorar la capacidad de screening en pacientes de riesgo, la demanda por prestaciones complejas podría aumentar, ya que se pesquisarían mujeres con estados avanzados de cáncer.

Finalmente respecto del cáncer de testículo, no se conoce el volumen de pacientes tratados en 1997, pero con la información 1996 se concluye que un 10% no accede a tratamiento (48 pacientes al año). No se dispone de información respecto de cánceres hematológicos.

Para el tratamiento quimioterápico el Programa Nacional de Cáncer, dada la efectividad en el tratamiento, cubre los siguientes cánceres: linfoma Hodgkin, linfoma no Hodgkin no agresivo, intermedio y agresivo, leucemia linfática aguda, leucemia no linfática aguda, cáncer de testículo, coriocarcinoma y cáncer de mama. La información proporcionada por DISAP- MINSAL, indica que se cubre adecuadamente el tratamiento de los cánceres hematológicos incluidos y el cáncer de testículo.

El principal problema<sup>19</sup> existe con el **tratamiento quimioterápico de cáncer de mama**, donde sólo el 9,8% de los pacientes que lo requiere accede al tratamiento. Dentro del programa solamente están incorporados los estadios I y II del cáncer y no el estadio más avanzado (III), el cual es representante de la mayor lista de espera observada. Si se considera que la incidencia de nuevos casos en los estadios I y II es de 503 pacientes por año, el año 1999 queda una brecha de demanda de pacientes no atendidas estimada en 272 pacientes, y dado las acciones programadas se cubrirá en el 2000 un total de 528 pacientes (considerando 4 tratamientos por paciente al año), lo cual mantiene aún una brecha de casos no atendidos derivados del año anterior. De acuerdo a lo informado por FONASA, se han atendido todas las pacientes que demandaron quimioterapia en cáncer de mamas de acuerdo al protocolo definido, lo que indica que el problema es de pesquisa de nuevos casos que alcanza alrededor del 50% de los casos esperados, por lo cual es importante estimular el diagnóstico precoz (mamografía) para reducir la barrera de acceso de las pacientes.

Respecto de radioterapia, para 1996 existían 201 pacientes con cáncer de mama no tratados (20,6%), 225 pacientes con cáncer cervicouterino (21,1%) y 24 pacientes con cáncer testicular (14,3%), lo que significa una potencial demanda no satisfecha de al menos 450 pacientes por año<sup>20</sup>. No se contó con información respecto de cobertura de cánceres hematológicos. De acuerdo a lo estimado en el informe de la Comisión del Cáncer del MINSAL, se estima una incidencia de 4.840 tratamientos anuales, sin embargo durante todos los años de ejecución del programa, se han otorgado menos tratamientos de lo estimado, lo cual se puede deber a una inadecuada estimación de la incidencia anual de nuevos casos. Por lo cual se debiera revisar el tema para una adecuada estimación de la demanda futura o en su defecto evaluar el funcionamiento de los sistemas de derivación de pacientes.

<sup>19</sup> Informe Comisión Nacional del Cáncer y Disap. Minsal. 1997

<sup>20</sup> Anexo N°6: Informe de Comisión Nacional del Cáncer. Compromisos de gestión en Radioterapia.

En cuanto a **tumores malignos infantiles**, el análisis de demanda potencial se realiza a través de la información disponible por el PINDA (Programa Nacional Infantil de Drogas Antineoplásicas), dado que no existen para Chile estudios de incidencia y/o prevalencia. Se estima en 400- 420 el número de casos nuevos por año (incidencia de 10 por 100.000 menores de 15 años), situación similar a la de países del hemisferio norte (12 por 100.000). Al momento de decidirse su inclusión al programa<sup>21</sup>, se optó por completar los protocolos de quimioterapia infantil para atender el 20% de las patologías aún no incluidas en el PINDA, en consideración a la demostrada costo-efectividad de los tratamientos en la experiencia internacional. De acuerdo a la incidencia estimada debiera existir una importante lista de espera. Lo observado es que todos los pacientes que han demandado estas prestaciones han tenido acceso al programa, lo cual solamente puede indicar alguna debilidad en la estimación de nuevos casos, lo cual debiera ser corregido.

Chile presenta tasas de mortalidad por cáncer infantil comparativamente aceptables en relación con países desarrollados, con la excepción de cánceres hematológicos de más alto riesgo. Esto puede explicarse por la menor agresividad de los tratamientos disponibles en Chile, no disponiéndose de todas las intervenciones requeridas (por ejemplo, trasplante de médula ósea que recientemente se incluye como una prestación de alta complejidad).

Respecto al **tratamiento paliativo de pacientes terminales**, en ausencia de estos tratamientos y dado el crecimiento sostenido de este problema, se justifica su inclusión. La estimación inicial del MINSAL indica que anualmente requieren tratamiento 9.900 pacientes<sup>22</sup>. El beneficio que en materia de calidad de vida estas acciones representan, constituye un avance cualitativamente notable en el sistema público de salud. El número de pacientes incorporados en el programa en el área de tratamientos paliativos del cáncer, si bien supera lo comprometido aún está por debajo del 50%, razón por la cual para el año 2000 se estima una brecha de 5.909 pacientes que no podrán acceder a esta atención a pesar del crecimiento programado del programa.

## 5. Escoliosis

Su inclusión en el programa en 1998 deriva de la priorización inicial que el grupo de expertos realizó (anexo N°1). De acuerdo con las listas de espera conocidas para 1994 (125 pacientes), las cirugías realizadas por el programa superan en forma importante estas estimaciones (en 1999 se realizaron 251 intervenciones), lo cual podría ser el resultado de la expresión de una demanda insatisfecha oculta al momento del diagnóstico. Con la información disponible no es posible confirmar esta aseveración.

## 6. Atención de urgencia al paciente gran quemado y politraumatizado

Esta prestación no está considerada en la definición de prioridades convenidas entre FONASA y el MINSAL al comienzo del programa. De acuerdo con lo indicado en la información entregada por FONASA, a partir del trabajo con un grupo de expertos se concordó un conjunto de intervenciones altamente costosas y de gran complejidad que deben ser otorgadas en forma oportuna y con la calidad debida para evitar muertes innecesarias en la atención de urgencia.

<sup>21</sup> Programa de prestaciones complejas. Evaluación 1994 a 1999. Departamento de Comercialización Fonasa. Serie Documentos de Trabajo.

<sup>22</sup> El Anexo N° 6 indica que al incluirse esta prestación en el programa de complejas, se proyectan 2.500 pacientes tratados, lo cual esperaba cubrir el 30% de la demanda estimada (página 4 del informe).

Dado los antecedentes es posible suponer que en este caso, sólo se trata de la explicitación de un paquete de prestaciones que actualmente se está ofreciendo en la red de hospitales públicos, pero que tiene problemas de oferta, especialmente determinado porque no se pagan los costos reales. Su incorporación en la región metropolitana no resuelve la escasez de oferta en algunas regiones del país, en términos de la calidad y cantidad de camas para cuidado intensivo y el recurso humano calificado para entregar este tipo de atención. Dado que al momento de realizar este informe no se posee información respecto de los pacientes atendidos que corresponden a regiones, no es posible arribar a una conclusión respecto si estas prestaciones efectivamente están resolviendo la demanda nacional existente.

#### **7. Programa de atención integral al paciente con fisura palatina y trasplante hepático**

Ambos programas, que no están presentes en las prioridades sanitarias del país y en la priorización de prestaciones complejas realizada inicialmente, corresponden a decisiones tomadas por la autoridad sanitaria del momento. En el caso del trasplante hepático, dado su alto costo, tiene una cobertura muy reducida (64 pacientes trasplantados desde 1996 a 1999) y está dirigido solo a personas menores de 18 años.

En cuanto a fisura palatina se estima una incidencia de 1,8 por mil nacidos vivos por año, lo cual significa 396 niños por año que demandarán esta atención a FONASA. El programa dispone de los recursos suficientes para cubrir la totalidad de la demanda. Sin embargo dado la existencia de otros centros que brindan parte de estas atenciones, los pacientes al primer año de programa solo fueron cercanos al 50% de lo esperado.

No se dispone de información de pacientes por región (antes y después de iniciado el programa), razón por la cual no es posible realizar este mismo análisis identificando brechas regionales. La propuesta de indicadores respecto de equidad en el acceso debiera contribuir a que el programa construya información con asiento regional y comunal, de modo de identificar donde se acumulan casos no resueltos y orientar mejor los compromisos con los Servicios de Salud para la reducción de dichas brechas. A continuación se presenta un cuadro que sintetiza el análisis de dimensionamiento del programa de complejas en base a la información disponible.