

**SÍNTESIS EJECUTIVA –N° 14-
PROGRAMA PRESTACIONES COMPLEJAS
FONASA - MINISTERIO DE SALUD**

PRESUPUESTO AÑO 2000: \$13.383 millones

1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa de Prestaciones Complejas de FONASA iniciado el año 1994, tiene por objeto garantizar a los beneficiarios del sistema público de salud el acceso a un conjunto de prestaciones complejas de alto costo, priorizadas por el Ministerio de Salud. Este programa, que corresponde al Seguro Catastrófico, es un programa financiero, de cobertura nacional, el que mediante convenios de compromisos con prestadores debidamente acreditados, principalmente del sector público, permite que los beneficiarios de FONASA que presentan las enfermedades catastróficas priorizadas sean atendidos gratuitamente.

1.1 Fin

Contribuir a mejorar la salud de los beneficiarios de FONASA.

1.2 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.

1.3 Justificación del Programa

La justificación del programa se deriva del cambio del perfil demográfico (envejecimiento de la población) y epidemiológico (enfermedades crónicas, traumatismos) del país, donde la transición del perfil salud – enfermedad y los avances tecnológicos que aporta el conocimiento científico mundial para hacerse cargo de problemas cada vez más complejos y de alto costo, no ha ido aparejada de un proceso de adaptación de los servicios de salud públicos del país para su resolución adecuada. Producto de lo anterior se ha producido un déficit en la oferta de servicios para la resolución de enfermedades y eventos catastróficos.

1.4 Población Objetivo

Corresponde a los pacientes programados para ser atendidos, en base a las listas de espera del grupo de patologías complejas priorizadas por el MINSAL. Durante el período de desarrollo del programa se ha incluido nuevas prestaciones según las priorizaciones. Actualmente el programa incluye 15 prestaciones.

1.5 Población Beneficiaria

La población efectivamente atendida por el Programa en el año 1999 ascendió a aproximadamente 16.350 personas (1998: mujeres 59%; hombres 41%). En el período de evaluación la población beneficiaria aumentó en un 140%.

Respecto a la clasificación de los beneficiarios efectivos según nivel de ingresos, en el año 1998 los grupos A y B (menores ingresos) concentran el 70% de las atenciones (Grupo A: 20%; Grupo B: 50%; Grupo C: 9% y Grupo D: 21%).

1.6 Descripción General del Diseño del Programa

El Programa, a cargo de FONASA, asegura el financiamiento de prestaciones de alta complejidad en los servicios públicos de salud que cuentan con la capacidad resolutive para ello (excepcionalmente algunos privados), destinadas a los beneficiarios de FONASA, sobre la base de convenios de gestión entre las partes (FONASA – MINSAL – Servicios de Salud).

El Programa se ejecuta a nivel nacional y comprende los siguientes componentes:

a) Prestaciones de alta complejidad definidas y priorizadas.

Identifica las prestaciones a ser incluidas en el programa. Para esto se considera las patologías con mayores listas de espera, las cuales posteriormente son priorizadas desde el punto de vista técnico por una Comisión creada para estos efectos, integrada por el MINSAL, FONASA y especialistas de los Servicios de Salud.

b) Centros de referencia acreditados y capacidad resolutive de los mismos estimada.

Identifica los centros de salud que están en condiciones técnicas de ejecutar las prestaciones complejas del programa. MINSAL acredita los Centros de Referencia Nacional, establece Redes de Derivación, define Políticas de Inversiones e informa a FONASA sobre centros que pueden ofrecer las prestaciones de alta complejidad.

c) Mecanismos de pago a prestadores diseñado y precio para cada prestación compleja incluida en el programa definido.

FONASA realiza los estudios de costo de las prestaciones definidas como de alta complejidad por la Comisión MINSAL-FONASA. El mecanismo de pago a los prestadores, denominado Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), asocia el precio integral de una canasta de acciones, precio por prestación, a un diagnóstico resuelto.

d) Compromisos establecidos y recursos financieros asignados.

Se establece compromisos de gestión o contratos de desempeño entre FONASA y los prestadores (representado por el Servicio de Salud correspondiente si el centro es un hospital público).

e) Prestaciones complejas realizadas por los ejecutores

Corresponde a las prestaciones efectivamente realizadas por los centros acreditados, principalmente hospitales del sector público, 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.

f) Control, monitoreo y reliquidación final de los recursos realizados.

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 compromisos de gestión y hayan sido correctamente registradas.

1.7 Antecedentes de gasto

El gasto del programa aumentó en un 140% entre los años 1996 y 1999, alcanzando un monto total de \$12.743 millones en 1999¹.

2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

2.1 Diseño

El diseño del programa responde adecuadamente al problema que pretende solucionar y es coherente con las prioridades sanitarias del país, que apuntan, entre otros, a resolver y atender las patologías crónicas de aquellos pacientes que no tuvieron atención adecuada ni oportuna en la prevención de dichas patologías.

El diseño de este programa incorpora el mecanismo de pago asociado a diagnóstico o pago por resultado, instrumento que liga el financiamiento de un programa de salud a resultados que se traducen finalmente en prestaciones realizadas.

Otros de los instrumentos utilizados son los compromisos de gestión, mecanismo que compromete una determinada meta de producción y los recursos para financiarla.

Ambos mecanismos aseguran que los recursos disponibles para la realización de estas actividades efectivamente sean asignados a las prestaciones de salud comprometidas por los Servicios de Salud para el Programa Complejas.

2.2 Organización y Gestión

La organización general del programa se adecua a los objetivos planteados, existiendo efectivos niveles de coordinación entre las múltiples instancias que participan en el programa, dependientes tanto del Ministerio de Salud como de FONASA.

Siendo un programa financiero, de aseguramiento de enfermedades complejas de alto costo, en términos de gestión se ha adecuado a las necesidades sanitarias de responsabilidad de MINSAL y de los prestadores, y ha sido complementado adecuadamente en los aspectos técnicos a través de la coordinación con las diversas dependencias del Ministerio.

¹ El programa representa el 2% del gasto total de salud efectuado por FONASA.

2.3 Eficacia

El programa es eficaz en el cumplimiento del logro del propósito al asegurar la realización de prestaciones complejas de salud acorde a las prioridades sanitarias del país a los beneficiarios de FONASA.

Todos los componentes aportan al logro del propósito y se cumplen adecuadamente:

1. **Las prestaciones cumplen con ser prioridades sanitarias** y sólo están limitadas por los recursos financieros disponibles y por las capacidades técnicas y operativas de los centros prestadores de servicios. Las únicas excepciones están dadas por las prestaciones de transplante hepático y atención integral a niños con fisura palatina, que no obedecieron a los criterios técnicos de priorización aplicados al resto de las prestaciones.
2. **La acreditación de los centros de referencias** se cumple satisfactoriamente, es voluntaria y permite tener el conocimiento actualizado de la situación de oferta en calidad y cantidad. En una segunda etapa de acreditación, a la que se sometieron los centros de salud, la mayoría de ellos mejoraron sus estándares. A 1999 se han acreditado 74 centros.
3. **El mecanismo de pago utilizado**, Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), ha resultado ser eficaz, ya que se cumple con utilizar los recursos en financiar exclusivamente las prestaciones complejas efectuadas.
4. **Los compromisos establecidos y recursos financieros asignados.** 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. El hecho de ser conocido anticipadamente el monto de recursos para efectuar las prestaciones y la oportunidad en que se efectúa la transferencia, permite gestionar adecuadamente el programa. El monto se basa en los costos reales que se actualizan permanentemente y la oportunidad responde a un flujo de caja debidamente programado.
5. **Prestaciones complejas realizadas.** Se efectuaron las prestaciones complejas de acuerdo a los compromisos establecidos y las listas de espera fueron reducidas en general, reconociéndose situaciones debidamente justificadas cuando ello no ha sucedido (donaciones de órganos, por ejemplo).

En el período de evaluación ha aumentado la cobertura de las prestaciones y la diversidad de las mismas. Entre 1996-1999 se han incrementado en un 346% las prestaciones que se otorga a los beneficiarios en el área de alta complejidad, alcanzando el total de prestaciones en este último año a 30.482 (crecimiento neto año 1999: 20.402). Por otra parte, en el período evaluado el número de beneficiarios atendidos ha aumentado en un 140%, los cuales en 1999 alcanzan a 16.350 (crecimiento neto año 1999: 9.539).

6. **El control de monitoreo y reliquidación final** se cumple a cabalidad, aun cuando se considera necesario que el programa incorpore como componentes o actividades las evaluaciones clínicas e indicadores de impacto en la salud de los beneficiarios.

Se considera que el programa puede mejorar su eficacia si se desarrolla protocolos clínicos. Además, la realización de estimaciones de demanda esperada a nivel nacional contribuiría también a aumentar su eficacia.

El Programa se ejecuta en todo el país y es gratuito por lo que no existen discriminaciones de carácter económico ni geográficos.

2.4 Economía (desempeño financiero)

Economía

El porcentaje de ejecución del presupuesto muestra un cumplimiento de casi el 100% en los tres últimos años.

El desempeño financiero del programa es óptimo por cuanto existe un compromiso de gestión entre los ejecutores (Servicios de Salud) y el ente financiador (FONASA), situación que favorece la programación y por lo tanto el cumplimiento de ésta.

Eficiencia

El programa se visualiza como eficiente en la medida en que los mayores recursos invertidos se orientan al aumento de la cobertura de beneficiarios e incorporación de nuevas prestaciones. *(Se debe tener presente que los gastos de inversión – equipamiento e infraestructura – involucrados en este programa no están incluidos).*

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%, se avala más la calificación de eficiente.

En el período 1997-1999 los costos directos por beneficiario han tenido una evolución decreciente, disminuyendo en un 22,4%, con un valor de \$775.000 por beneficiario para el año 1999. Lo anterior, debido a que las prestaciones que se han ido incorporando al programa son de menor complejidad y de menor costo.

En términos generales, se considera que las actividades se desarrollan en forma adecuada y en los plazos estipulados por convenios. Se estima necesario adicionar ciertas actividades que tiendan a identificar más adecuadamente la población potencialmente beneficiaria y la medición de resultados en los aspectos clínicos. Además, el Programa debe estar muy atento a los cambios en el desarrollo tecnológico que operan en el ámbito del programa.

2.5 Principales aprendizajes

La capacidad de interactuar fluidamente entre dos instituciones ha generado un estilo de gestión favorable para el programa, más allá de las relaciones funcionales entre ellas (FONASA– MINSAL).

A partir del proceso de acreditación técnica de los establecimientos, éstos han debido desarrollar estrategias para calificar técnicamente a sus equipos de trabajo y sentar las bases para la generación normas y protocolos clínicos para el adecuado manejo técnico de las prestaciones.

Con el objetivo de no crear incentivos negativos que provoquen una disminución de la actividad histórica de prestaciones no incluidas en el programa, los compromisos de gestión del año 2000 incorporan la exigencia de que los establecimientos no modifiquen más allá de un 10% el régimen de actividades históricas de otros programas de salud.

2.6 Continuidad del Programa

Las características epidemiológicas y demográficas actuales del país, en pleno proceso de transición avanzada, permiten predecir con alto grado de certeza que los problemas de salud que dan origen al programa se mantendrán y probablemente irán en crecimiento en el corto y mediano plazo. Chile presenta actualmente elevada prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas, antesalas de patologías crónicas clínicamente declaradas y condición propicia para que el país experimente un incremento en las demandas de salud de alta complejidad y costo.

La continuidad del programa se justifica dado que a través de los mecanismos utilizados se ha resuelto en forma adecuada el problema.

2.7 Principales Recomendaciones

2.7.1 De cargo de la Institución Responsable que no involucran recursos adicionales

1. 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.
2. Actualizar la acreditación de centros especializados en términos del cumplimiento de los estándares de calidad definidos, requerimientos de inversión y dimensionamiento periódico de la capacidad resolutive disponible (que considere también el análisis de los prestadores privados).
3. Integrar todas las prestaciones para la resolución integral de los problemas complejos, que se ofrecen a través de otros programas, en este programa. Ej.: Cáncer de mamas: El POA resuelve cirujías y Prestaciones Complejas los tratamientos de quimioterapia.

2.7.2 De cargo de la Institución Responsable, que involucran recursos adicionales significativos

1. Efectuar estudios de demanda. Es necesario incorporar estrategias tendientes a mejorar el nivel de información respecto de la población potencialmente beneficiaria. Ello implica un adecuado manejo de listas de esperas y de derivaciones de pacientes.

2.7.3 Recomendaciones que trascienden el programa

1. Necesidad de incorporar un enfoque integral de las patologías que determinan la aplicación de prestaciones complejas, esto es, implementar acciones preventivas poblacionales, de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento de los pacientes.

COMENTARIOS Y
OBSERVACIONES AL INFORME FINAL
DE EVALUACION POR PARTE DE LA
INSTITUCION RESPONSABLE

SEPTIEMBRE 2000

ANT. : Programa de Evaluación de Proyectos
Gubernamentales 2000
Carta Dipres C-392/00 del 07/Septiembre/2000

MAT.: Remite comentarios al "Informe Final"
y "Recomendaciones" preparadas por el
Panel de Evaluación del Programa de
Prestaciones Complejas.

Santiago, 15 de Septiembre del 2000. -

DE: SR. ALAN MRUGALSKI MEISER
JEFE DEPTO. CONTROL DE GESTIÓN

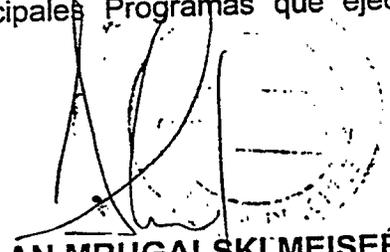
A: MARIA TERESA HAMUY
JEFA DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROG. GUBERNAMENTALES
MINISTERIO DE HACIENDA/ DIPRES.

Cumplo con remitir a Ud. documento con comentarios y observaciones al *"Informe Final"* y *"Recomendaciones"* preparadas por el *Panel de Evaluación del Programa de Prestaciones Complejas*.

Queremos aprovechar la oportunidad de manifestar nuestra satisfacción por la labor efectuada por su departamento, así como por la calidad del trabajo realizado por los expertos del panel externo y profesionales del Fonasa, responsables del Programa que fue objeto de esta evaluación.

El esfuerzo coordinado y eficiente de todos estos profesionales, hizo posible concluir adecuadamente esta nueva evaluación de uno de los principales Programas que ejecuta el Ministerio de Salud.

Esperando una favorable acogida, le saluda atentamente


ALAN MRUGALSKI MEISER
Jefe Depto. Control de Gestión
Gabinete Ministra

VLH/ecc
C.C.

Dra. Michelle Bachelet,
Dr. Ernesto Behnke,
Dr. Hernán Monasterio,
Dra. Berna Casto,
Sr. Alvaro Erazo,
Sra. Cecilia Jarpa
Sra. Ximena Federici

Ministra de Salud.
Subsecretario de Salud.
Jefe Gabinete Sra. Ministra
Jefa Gabinete Sr. Subsecretario
Director Fonasa.
Jefa de Programas Especiales, Fonasa.
Dipres. Dpto. de Evaluación de Programas Gubernamentales.

COMENTARIOS AL INFORME FINAL PRESENTADO POR EL PANEL EVALUADOR DEL PROGRAMA PRESTACIONES COMPLEJAS.

1. RESPECTO AL DISEÑO DEL PROGRAMA

Tal como lo señala el panel evaluador, el diseño del programa responde a la necesidad de dar respuesta a un problema de salud claramente identificado que dice relación con el cambio en el perfil epidemiológico de la población chilena derivado de los cambios sociales y económicos que ha sufrido el país en las últimas décadas. Lo anterior se traduce en un aumento de la importancia de las enfermedades no transmisibles y de las lesiones por accidentes, que afectan principalmente a los adultos y a los ancianos y que impone nuevos retos a los sistemas de salud con relación al control y tratamiento de dichas enfermedades.

Las principales enfermedades no transmisibles que afectan a la población chilena corresponden a desórdenes cardiovasculares, cáncer, cirrosis hepática, diabetes, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y lesiones por accidentes. Estas causas explican juntas el 66 por ciento de las muertes. El aumento en la importancia de las enfermedades no transmisibles y accidentes se refleja en el creciente número de chilenos que mueren por estas causas. Tales aumentos constituyen una especial preocupación para la salud pública, porque a medida que la población envejece, es de esperar una carga de enfermedad todavía mayor en las décadas venideras.

Este cambio en el perfil epidemiológico de la población chilena se refleja concretamente en un mayor requerimiento de parte de los usuarios a prestaciones de alta tecnología, realizadas sólo en centros altamente 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.

El programa nace como una necesidad de dar respuesta efectiva en este ámbito a los beneficiarios de la Ley 18.469, disminuyendo los tiempos de espera para la resolución de patologías crónicas, graves y de alto costo y aumentando la cobertura en estas patologías. Todo ello a partir del diseño de un mecanismo de pago que permita realizar una correcta asignación de recursos para este tipo de prestaciones, que por su especificidad necesariamente requieren de un trato diferente a la asignación comúnmente utilizada.

El mecanismo de pago utilizado busca relacionar acciones y resultados en salud con financiamiento, de manera de resguardar el buen uso de los recursos financieros. En este sentido, la introducción de estos mecanismos de pago, a la luz de las prioridades de salud dictadas por la autoridad sanitaria, es un instrumento de búsqueda de la eficiencia productiva y de la equidad en el acceso.

En este contexto, esta Institución comparte plenamente la evaluación que el panel evaluador hace respecto al diseño del programa y hace suyas aquellas observaciones que dicen relación a incorporar al diseño del programa elementos vinculados a la gestión clínica, específicamente en lo referido a la correcta estimación de los beneficiarios potenciales (demanda real) así como del análisis de impacto de los resultados de salud, ambas situaciones implementadas al día de hoy rudimentariamente. Lo anterior es una tarea pendiente que debe ser abocada con las autoridades técnicas correspondientes. De igual modo esta Institución considera altamente importante la observación respecto a incorporar como una variable del programa los cambios en el desarrollo tecnológico, que se relacionan con el ámbito del programa, en la medida que esto se traduce en modificaciones de precios de las prestaciones existentes o en la aparición de nuevas prestaciones, más costo efectivas que las existentes, que resuelven las mismas patologías. Al respecto, cabe señalar que, la relación directa y permanente con los servicios clínicos involucrados en el programa, ha permitido considerar permanentemente los cambios tecnológicos y analizarlos desde el punto de vista de la efectividad clínica.

Finalmente, en lo que respecta a la persistencia de grandes brechas en las áreas prioritarias a pesar del aumento de cobertura del programa, es importante señalar que de año en año, esta Institución, en conjunto con la División de Salud de las Personas, realiza el análisis de los requerimientos en el ámbito de las prestaciones complejas, a la luz de las prioridades sanitarias y estima un crecimiento anual, en el marco del presupuesto de salud. Es así como para el año 2001, se ha considerado como prioritario disminuir las brechas existentes en el área de las patologías cardiovasculares (incluye el tratamiento del infarto del miocardio y la implementación de un servicio de urgencia cardioquirúrgica), del cáncer, de la insuficiencia renal crónica, neuroquirúrgica y traumatismos y accidentes.

2. RESPECTO A LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

Tal como lo señala el panel evaluador, la estructura organizativa requerida para la implementación del programa requirió de una coordinación y articulación permanente entre los distintos actores involucrados en él, tanto del Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y FONASA.

Es así como para efecto de definir las prestaciones de más alta complejidad realizadas en los establecimientos del sector público de salud, en el marco de las prioridades sanitarias del país y de las necesidades de los usuarios y establecer las prioridades sanitarias en esta materia, se constituyó una Comisión FONASA - MINSAL, que trabajó durante el año 1994 y elaboró un informe final con dichas priorizaciones. Dicha Comisión tuvo como misión además acreditar los centros especializados de referencia nacional, establecer la red de derivación nacional y definir la política de inversiones correspondiente.

Posteriormente, le ha correspondido a la División de Salud de las Personas, priorizar las prestaciones a incluir año tras año, siempre en el marco de las prioridades país y a la División de Red Asistencial, continuar con el proceso de acreditación correspondiente y establecer la red de derivación.

Por su parte FONASA, en el rol de administrador del Seguro Público y comprador de prestaciones para los beneficiarios de la Ley N°18.469, realizó los estudios de costo de las prestaciones definidas como de alta complejidad por la Comisión antes mencionada, dimensionó la oferta y la demanda asociada a cada prestación, diseñó el mecanismo de asignación de recursos correspondiente e implementó subprogramas de acuerdo a las prioridades establecidas en este sentido.

El mecanismo de Asignación de Recursos, una vez definidas las patologías e intervenciones prioritarias, así como su financiamiento, se operacionaliza a través de los compromisos de gestión entre los Servicios de Salud involucrados, la Subsecretaría de Salud y FONASA. Estos compromisos establecen la cantidad de prestaciones comprometidas por el centro de referencia correspondiente, el precio unitario de cada prestación, monto total a percibir por la realización de dicha actividad y el flujo de transferencia de estos recursos. De igual modo en estos compromisos se establecen los mecanismos de registro, control y evaluación del programa.

Al respecto esta Institución comparte plenamente la evaluación realizada por el panel evaluador al señalar que esta coordinación se ha dado a pesar de que no está explicitada en ningún documento, en la medida que las responsabilidades fueron siendo abordadas por las diferentes unidades involucradas en el programa. Igualmente comparte la observación referida a que el mecanismo de transferencia de recursos, que relaciona actividades y resultados con financiamiento y que implica obligaciones de registro, control y cumplimiento de actividad ha sido una buena herramienta de apoyo a la gestión de los Servicios de salud.

3. RESPECTO A LA EFICACIA DEL PROGRAMA

Con relación a la evaluación referida a la eficacia del programa, esta Institución quiere resaltar lo señalado por el panel evaluador respecto a la alta valoración que los usuarios que hacen del programa. Es de opinión de esta Institución que ello se da en el marco de las acciones implementadas por FONASA, destinadas a facilitar el acceso y a entregar una atención de salud oportuna y de calidad a los beneficiarios de la Ley N° 18.469, todo ello explicitado en el Compromiso con Nuestros Beneficiarios, específicamente en lo referido al Seguro Catastrófico y a la red de reclamos.

De igual modo, queremos resaltar que en los compromisos establecidos con los centros acreditados, se explicita el compromiso de atender pacientes derivados de otros Servicios de Salud para lo cual se determinan una cierta cantidad de cupos. Lo anterior, permite salvaguardar la equidad en el acceso.

4. RESPECTO A LA EFICIENCIA DEL PROGRAMA

Con relación a la evaluación respecto a la eficiencia del programa, es importante resaltar lo señalado por el panel evaluador respecto los grados de cumplimiento del programa (100%) y señalar que esto se deriva de la evaluación semestral comprometida y de las reasignaciones de recursos derivadas de dicha evaluación. En ese contexto, se resguarda el cumplimiento y la correcta distribución de los recursos. De igual modo, es necesario resaltar el bajo porcentaje involucrado en gastos de administración (2%), lo que permite deducir eficiencia administrativa.

Por otra parte, esta Institución comparte las observaciones del panel evaluador en lo referido a la necesidad de desarrollar protocolos clínicos, basados en la evidencia científica, que permitan –por una parte - priorizar correctamente las prestaciones a incorporar al programa, y por otra resguardar la equidad en el

acceso. Lo anterior en la medida que persisten las brechas de cobertura. Ambas tareas están siendo abordadas por las autoridades técnicas correspondientes del Ministerio de Salud.

5 y 6. RESPECTO AL LOGRO DEL FIN DEL PROGRAMA Y LA CONTINUIDAD DE LA JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

El panel evaluador considera que el programa contribuye al logro del fin enunciado y que los antecedentes epidemiológicos existentes justifican su continuidad, ambas opiniones que esta Institución comparte plenamente.

7. RESPECTO A LA SUSTENTABILIDAD DEL PROGRAMA

El panel evaluador considera que el programa es sustentable en la medida que se evidencia un desarrollo de la red asistencial que permita dar respuesta a los requerimientos de los beneficiarios de FONASA. Al respecto, creemos necesario señalar que cualquier crecimiento del programa debe considerar una clara definición de polos de desarrollo, que involucre el fortalecimiento de la red asistencial existente (tanto pública como privada), su contraparte en inversiones (físicas y humanas) y la definición de una red de referencia y contrareferencia que asegure la equidad en el acceso.

8. RESPECTO A LA EXPERIENCIA ADQUIRIDA

A juicio del panel evaluador la experiencia adquirida con la implementación del programa ha permitido innovaciones con respecto a otros programas. Si bien es cierto, esta Institución comparte dicha evaluación, creemos necesario resaltar que el fruto más significativo de la puesta en marcha del programa, mas allá de la disminución de las listas de espera, ha sido la correcta coordinación entre la autoridad reguladora y la autoridad financiera. Esto se ha manifestado desde sus inicios pero se ha ido perfeccionado en el tiempo. Es así como las diferentes unidades del MINSAL así como las diferentes unidades de FONASA han complementado su accionar a objeto de llevar a cabo este programa en óptimas condiciones, estableciendo un proceso que de año en año se repite, con las modificaciones necesarias. En este proceso concurren igualmente los prestadores de servicios, en este caso los hospitales y Servicios de Salud y los usuarios, a través de sus Comités de Usuarios.