

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

ANEXO N°1

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES
LISTA DE PROGRAMAS A EVALUAR DURANTE EL AÑO 1997

Institución	Programas	Ppto'97 Miles \$
Ministerio de Educación	Programa de Escuelas de Sectores Pobres (P-900)	1,135,269
	Proyectos de Mejoramiento Educativo (PME)	3,202,499
	Programa de Alimentación Escolar	45,531,293
Ministerio de Salud	Programa Nacional de Alimentación Complementaria	30,482,206
	Reforzamiento de la Atención Primaria (SAPU) - PRAPS-5	7,223,597
Ministerio de Vivienda y Urbanismo	Pavimentación Participativa	40,248,250
	Mejoramiento Comunitario	2,532,000
	Programa de Subsidios Especiales	19,281,303
Ministerio de Planificación y Cooperación	Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar-Capacitación Laboral	733,440
	Asistencia y Capacitación a Microempresarios	5,878,319
Ministerio del Trabajo y Previsión Social	Fondo Nacional de Subsidio Familiar (SUF)	29,667,990
	Fondo Nacional de Pensiones Asistenciales (PASIS)	97,579,711
	Programa Capacitación Laboral Fase II (SENCE)	9,115,590
	(FOSIS)	3,424,895
Ministerio Economía	Bonificación Inversiones de Riego y Drenaje Ley 18450	8,651,000
	Fontec	6,191,424
Ministerio de Agricultura	Transferencia Tecnológica (PTT INDAP)	11,408,437
Ministerio de Bienes Nacionales	Programa Saneamiento de Títulos Banco Mundial	800,861
Ministerio de Obras Públicas	Programa Agua Potable Rural (APR)	12,739,125
Ministerio del Interior	Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR)	118,048,389
Ministerio de Minería	Programa de Asistencia y Modernización de la Minería Artesanal	791,250

**MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES**

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (PRAPS.)

MINISTERIO DE SALUD

PANEL DE EVALUACIÓN:

**FERNANDO SILVA - Evaluador Externo (Coord.)
FRANCISCO MARDONES - Evaluador Externo
MARIA INÉS ROMERO - Evaluadora Externa**

AGOSTO - 1997

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

FORMATO “A”

CORRESPONDE A LA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO
EVALUADO EN FUNCIÓN DE LOS ANTECEDENTES
ENTREGADOS POR LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE SU
EJECUCIÓN, SISTEMATIZADO POR EL PANEL DE
EVALUACIÓN

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/PROGRAMA

1.- Nombre del Proyecto/Programa

“PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD”
(PRAPS: SAPU e IRA)

CODIGO: 05

1.1.- En caso de ser Proyecto, programa cuál es la política a la cual se vincula o es parte:

A pesar que las políticas públicas de salud no se encuentran explícitas en la documentación respaldante del programa, a partir de diversas fuentes, es posible identificar que las política con las cuales se vincula este Programa corresponden a:

- promoción, prevención y protección de la salud de las personas
- mejoramiento de la equidad en el acceso de la población a los sistemas de salud
- calidad de la atención.
- superación de la pobreza

Son compatibles también con las metas ministeriales que expresan “producir acciones valorables para la gente en forma directa, orientar la gestión pública hacia la satisfacción del usuario, mejorar indicadores biomédicos. Por otra parte, debe establecerse que el sector público chileno de salud responde a la denominada estrategia de Atención Primaria, que conlleva los conceptos de: participación, respuesta oportuna, cercana a la gente y tecnología apropiada/innovaciones tecnológicas.

El Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud tiene varios componentes, de los cuales se considerarán en esta evaluación solamente dos, que en conjunto representaron, en 1995, el 71,64% del presupuesto total del PRAPS:

- Programa Servicios de Atención primaria de Urgencia (SAPU, con 51,72% del presupuesto).
- Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA, con 19,92% del presupuesto).

Ambos componentes se insertan en la estrategia de Atención Primaria (AP) con las características señaladas.

No fue posible obtener información verbal ni escrita actualizada sobre cuáles son los otros componentes del PRAPS, ni sobre cuáles son los montos presupuestarios involucrados. Información obtenida de una fuente indirecta sobre los componentes del PRAPS en 1995 y los porcentajes del presupuesto que representaron dicho año señala: SAPU dental (3,49%) Tercer turno (3,36%), Psicosocial (4,64%), Aumento de personal (0,59%), Farmacia (3,24%), Laboratorio Básico ((1,83%), Salud Mental (1,41%), Salud escolar (0,63%), Apoyo a la Gestión Local (1,39%), Planificación Local en Salud (2,03%) y otros (5,74%).

Siendo parte de la AP, el Estado aplica una política diferente al traspasar financiamiento en forma vertical.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
 FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

2.- Ministerio responsable: Ministerio de Salud	
2.1.- Servicio responsable: División de Salud de las Personas	
2.2.- Unidad interna responsable directa del proyecto/proyecto: Departamento de Atención Primaria y Departamento Programa de las Personas	
2.3.- Nombre del profesional responsable del proyecto/programa: Dr. Dagoberto Duarte	
3.- Año de inicio del proyecto/programa	El programa SAPU se inició en 1990 El Programa IRA se inició en 1990, luego del desarrollo de dos proyectos piloto en 1989 (“atención prehospitalaria” en Hospital de Niños Ezequiel González Cortés y “sala de hospitalización abreviada” en Consultorio Aníbal Ariztía de Las Condes).
3.1.- Principales cambios introducidos por año	
El PRAPS surgió en 1990 en el marco de una definición política del Ministerio de Salud orientada a dar prioridad a la Estrategia de Atención Primaria de Salud, considerando una dimensión de mediano plazo de carácter político-institucional y una dimensión de corto plazo de carácter técnico-programático. Su dependencia se establece en el Departamento de Atención Primaria. En el corto plazo (1990-1994), el objetivo fue resolver los problemas más urgentes de acceso, capacidad resolutive y cobertura asistencial, implementándose intervenciones como gratuidad, terceros turnos, reforzamiento de farmacia, reforzamiento de recursos humanos. Iniciándose el método de asignación de recursos per cápita estas áreas salen del PRAPS y se incorporan a este mecanismo de pago.	1990
A partir de 1994-1995 el PRAPS adquiere el carácter de “Area de Gestión” y se instala en la División de Apoyo a la Gestión del MINSAL respondiendo a la tarea de diseñar y probar nuevas tecnologías orientada a las iniciativas locales. Se mantiene la gerencia de los programas SAPU e IRA en el MINSAL en tanto fueran realizadas evaluaciones técnicas independientes a éste: (CIAPEP). En abril de 1997 la re-creación del Departamento de Atención Primaria, en la División de Salud de las Personas permite devolver estos programas a la línea de trabajo en Atención Primaria.	1994 1997
SAPU: Información proporcionada por el encargado del programa señala como los principales cambios introducidos por año al programa:	
• creación del primer manual clínico SAPU para cada médico SAPU.	1995
• equipamiento básico de rescate y reanimación al 100% de los SAPU del país	1995-1996
• equipamiento avanzado de reanimación y resucitación a los 25 mejores SAPU del país 1995-1996	1995-1996
• creación del curso de capacitación “Mejoramiento del trauma y desastre” dirigido a todos los funcionarios SAPU 1995-1996	1995-1996

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
 FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

<ul style="list-style-type: none"> integración de los SAPU a redes de urgencia donde existen, especialmente en la Región Metropolitana y V Región 				1995-1996			
IRA:							
<ul style="list-style-type: none"> Unificación del programa IRA incorporando la vigilancia epidemiológica que hasta entonces era llevada en otra instancia ministerial. 				1995			
<ul style="list-style-type: none"> El programa se refuerza con la "campana de invierno", que agrega recursos para los servicios de urgencia y hospitalización pediátrica para responder oportunamente a las necesidades de atención de los niños de alto riesgo y evitar los rechazos y/o postergaciones en la hospitalización. 				1995-96			
<ul style="list-style-type: none"> El programa se refuerza con la creación de salas nuevas con financiamiento especial del Programa de Superación de la Pobreza en comunas pobres. Financiamiento fue mixto con participación, también, de las Municipalidades. 				1996			
4.- Aporte fiscal (en millones de pesos):				4.1.- Gasto Ejecutado (en millones de pesos):			
1994	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
7.078,390	4.973,151	5.585,298	7.220,109	7.078,390	4.984,151	5.585,298	

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

II.—CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO DEL PROYECTO

5.- JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO:

5.1.- JUSTIFICACIÓN A NIVEL DE POLÍTICAS PÚBLICAS:

Ha sido difícil encontrar respaldo explícito de políticas específicas de salud a la cual responde este Programa (PRAPS: SAPU-IRA). El planteamiento de las políticas de salud no se encuentra explícito en algún documento al cual haya tenido acceso el Panel. Pero, haciendo referencia al rol natural del Ministerio de Salud, se puede establecer una justificación plena de ambos programas (SAPU e IRA) en las acciones de atención a las personas que implican protección de la salud y mejoramiento de la equidad del acceso de la población a los sistemas de salud.

En particular, se puede establecer para cada programa lo siguiente:

SAPU:

Responde a una demanda no satisfecha en los establecimientos del nivel primario y sobreuso de los servicios de urgencia hospitalaria por respuesta insuficiente de los primeros.

IRA:

Las IRA son la primera causa de consulta de morbilidad pediátrica, tanto en los establecimiento de atención primaria como en los servicios de atención hospitalaria. Son también la primera causa de hospitalización infantil. El Programa IRA responde a la elevada demanda que esta causa representa en todos los niveles del sistema de atención.

5.2.- JUSTIFICACIÓN A NIVEL DE CONDICIONES SOCIALES Y/O ECONÓMICAS A MEJORAR:

En general, las condiciones socioeconómicas prevalentes en la población objeto de estos programas son deprimidas y son las que más requieren de atención del sistema público de salud. Un estudio realizado por INTA/UNICEF (1990) revela la heterogeneidad de las comunas del país en cuanto a las condiciones socioeconómicas de la población. El Programa facilita la focalización de recursos adicionales para satisfacer las urgentes necesidades de esa población.

SAPU:

Demanda no satisfecha en los establecimientos del nivel primario, con la consiguiente insatisfacción de los usuarios y el riesgo de aumentar gravedad y/o morir por la patología no atendida afecta de preferencia a la población de menores recursos. A la vez el sobreuso de los servicios de urgencia hospitalaria produce una brecha entre las necesidades de atención por verdaderas urgencias médicas y la oferta disponible en los servicios de urgencia hospitalarios.

IRA:

La situación descrita, como muchos problemas de salud, se distribuye inequitativamente en la población, agregando a los factores etiológicos virales, climáticos y de contaminación atmosférica que tienen efecto relativamente universal, el de la pobreza. Así, las más altas tasas de morbilidad por IRA, de mortalidad por neumonías y de mortalidad infantil se concentran en los Servicios de Salud y comunas de mayor pobreza. Ello justifica plenamente este programa cuya base de acción son los establecimientos de nivel primario del

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

cont.:

sistema público de salud que está al servicio de los sectores más desposeídos de la población. Las enfermedades y muertes prevenidas por el Programa pueden, asimismo, tener un impacto a futuro, al incorporar dichos sobrevivientes al capital humano del país con su contribución al desarrollo económico y social de éste.

Las IRA representan la primera causa de consulta en los consultorios generales, en los servicios de urgencia, en los establecimientos de AP de todo el país con un promedio anual de 62% (80% en meses en los meses fríos y 45% en los meses de verano). En los servicios de urgencia representan la primera causa de consulta. Las IRA son, también, la primera causa de hospitalización pediátrica. Las neumonías (la más grave de las IRA) constituyen la primera causa de mortalidad infantil y el 60% de los fallecidos lo hace en su domicilio o en el trayecto al hospital.

En la Región Metropolitana se observa un mayor riesgo de enfermar de IRA atribuible a la contaminación atmosférica cuando es comparada con niños que viven en zonas menos contaminadas.

Existe una asociación entre variables climáticas, contaminantes atmosféricos y morbi-mortalidad por IRA. Entre éstas destaca el síndrome bronquial obstructivo que tradicionalmente ha sido tratado en hospitales, política que conlleva el riesgo de neumonía y otras infecciones intrahospitalarias, las que se evitan con manejo ambulatorio adecuado, que es el que propicia este programa.

5.3.- Antecedentes constitucionales, legales, administrativos, de políticas de inversión que fundamenten la justificación del proyecto y su continuidad.

El Programa (PRAPS: SAPU e IRA) se conforma como parte del rol propio del Ministerio de Salud, en tanto le corresponde velar por la salud de la población del país y establecer las normas técnicas en las diferentes materias involucradas. El Ministerio de Salud se hace cargo del precepto constitucional que asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud (art. 19 N° 9 de la Constitución Política del Estado)

El Ministerio de Salud se rige por su ley orgánica el Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y su Reglamento el Decreto Supremo N° 395 de noviembre de 1979 y sus modificaciones posteriores (DS MINSAL N° 116 de 1982). En estos cuerpos legales se establecen las bases orgánicas de un Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Por otra parte, el art. 107 de la Constitución Política de la República de Chile establece que "... Las municipalidades son corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de la comuna". Entre estas necesidades se encuentra establecido el tema de la salud. Esta norma se complementa con la Ley Orgánica de Municipalidades, las normativas relacionadas con el traspaso y financiamiento de servicios de salud a las municipalidades y el Estatuto de Atención Primaria.

En términos de política de inversión, el programa SAPU considera una extensión de la infraestructura de los Consultorios que implica nuevas construcciones y equipamiento ad-hoc. En cambio, el programa IRA se fundamenta en acciones de salud que optimizan la infraestructura existente

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

complementada con equipamiento básico.

Ambos programas justifican su continuidad en tanto permanezcan presentes las condiciones de vulnerabilidad a que se enfrentan las personas que acceden al servicio público de salud.

**6.- SUPUESTOS QUE ESTÁN INVOLUCRADOS EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO/
PROGRAMA**

6.1.- A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras

SAPU:

La ejecución del programa SAPU supone el interés de los niveles locales por operar estos servicios de atención primaria de urgencia, en tanto exista una demanda por atenciones de urgencia y/o atención continua de morbilidad y cuenten con los recursos para su funcionamiento, independiente de la forma o modelo de financiamiento. Una señal del interés de las Municipalidades es el aporte que están realizando al financiamiento del programa, que alcanza, en promedio, al 10% de sus costos de operación

IRA:

La ejecución del programa IRA supone básicamente la existencia de un modelo científico tecnológico de manejo de las afecciones respiratorias agudas infantiles que se inserta en los procesos regulares del sistema público de atención de salud. Asimismo supone la existencia de los recursos para su funcionamiento, independiente de la forma o modelo de financiamiento.

6.2.- A nivel de otras instituciones públicas

SAPU / IRA

Las instituciones del sector público de salud relacionados con ambos programas cumplen los siguientes roles asignados. El FONASA pone a disposición de los ejecutores, en forma oportuna y completa, los fondos presupuestarios que requiere los programas; CENABAST, cumple con disponer de los insumos requeridos. Las áreas de regulación y control del medio ambiente de los Servicios de Salud (y SESMA en la Región Metropolitana) efectúan acciones paliativas en contra de la polución y otros factores contaminantes que perjudican la salud de las personas.

Fuera del sistema de salud se supone que el Ministerio de Hacienda acoge la propuesta presupuestaria solicitada por el Ministerio de Salud y que ésta es aprobada por el Congreso. CONAMA fija el marco normativo de las actividades económicas y humanas que afectan el medio ambiente en general.

6.3.- A nivel de las condiciones sociales, económicas y políticas

SAPU / IRA

Se supone que las condiciones sociales y económicas deprimidas de los beneficiarios se mantienen en el largo plazo, aun cuando el universo así caracterizado disminuya por efecto de políticas exitosas aplicadas por las autoridades. Por otra parte, cabe destacar que un porcentaje de la población califica de indigente para efectos de salud y representan una presión social y política hacia el sector y al Gobierno.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

6.4.- A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras

El programa SAPU se plantea exclusivamente desde la perspectiva pública, por lo tanto no hay participación a nivel privado.

En el Programa IRA se plantea como supuesto la participación de la comunidad, a través de la capacitación de monitores, que constituyen un eslabón entre la población en riesgo y la estructura sanitaria a la vez que un recurso para la educación participativa y su refuerzo.

7.- OBJETIVOS DEL PROYECTO/PROGRAMA

7.1.- ¿Cuál es o cuáles son los objetivos de resultados planteados por el programa?

SAPU:

El objetivo del programa SAPU se puede sintetizar en:

Asegurar a la población el acceso a servicios efectivos y eficientes de atención médica inmediata y de urgencia en horarios no hábiles. Ello se logra a través de:

- Brindar atención médica inmediata en los horarios en que no funcionan los consultorios.
- Tener capacidad para resolver urgencias verdaderas primarias y para estabilizar signos vitales de los pacientes que presenten urgencias verdaderas secundarias o terciarias para derivarlos en las mejores condiciones posibles a los SUH

IRA:

El objetivo del programa IRA se puede plantear como:

Fortalecer la capacidad del sistema público de salud para enfrentar la situación de morbilidad y mortalidad por infecciones respiratorias agudas en los niños, generadas principalmente por agentes virales y agravadas por factores climáticos y de polución ambiental, mediante un modelo de atención ambulatorio, participación de un equipo multidisciplinario y énfasis en la prevención a nivel familiar y comunitario.

EL objetivo planteado comprende los siguientes resultados esperados en el ámbito asistencial y educacional:

En el ámbito asistencial:

- Disminuir la mortalidad infantil por infecciones respiratorias agudas.
- Disminuir morbilidad por IRA, especialmente hospitalizaciones por Síndrome Bronquial Obstructivo
- Mejorar la accesibilidad a la atención de salud infantil
- Aumentar la capacidad resolutive del nivel primario para la atención de las IRA, especialmente síndrome bronquial obstructivo y neumonía.
- Incorporar un modelo de atención de IRA basado en normas diagnósticas y de tratamiento para el manejo ambulatorio. Este modelo contempla la incorporación de un nuevo esquema y arsenal terapéutico, la participación de un equipo multidisciplinario que incorpora al kinesiólogo con un rol importante y la habilitación de salas de hospitalización abreviada en los establecimientos del nivel primario.

•

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

Cont.:

En el ámbito educacional:

- Capacitar al equipo de salud de los establecimientos en que opera el programa en el diagnóstico y tratamiento de las IRA infantiles y en la detección oportuna de la necesidad de derivación al nivel terciario.
- Educar a las familias y a otros agentes de la comunidad a cargo del cuidado de los niños, tales como personal de salas cunas, jardines infantiles, escuelas y otros, en la prevención y consulta oportuna de las IRA.
- Educar sobre los factores de riesgo susceptibles de ser modificados, como exposición al humo del cigarrillo, sistemas de calefacción intradomiciliaria, etc.

7.2.-¿Cuáles son los indicadores que permitirán observar el cumplimiento de los objetivos de resultado o desarrollo del programa?

SAPU:

- Horas médicas disponibles para atención según período horario
- Número de atenciones totales realizadas
- Número de atenciones por período horario
- Número de atenciones por grupos poblacionales: según edad y sexo
- Porcentaje de supervivencia de paros cardiorespiratorios
- Tiempo promedio de espera para recibir atención en el SAPU
- Porcentaje anual de disminución de atenciones en SUH
- Porcentaje de reducción de rechazos, de atención diferida y de colas en el horario de atención regular en los consultorios en que operan SAPU.
- Porcentaje de SAPU que cumplen con los requerimientos estandarizados de horas de atención (123 horas semanales)
- Porcentaje de SAPU que reúne los requisitos de planta física y equipamiento normalizados.
- Porcentaje de SAPU que cuenta con la dotación de personal requerida.
- Porcentaje de funcionarios que capacitados.

IRA:

- Tasas de mortalidad infantil
- Proporción de la mortalidad infantil debida a IRA, especialmente neumonías
- Proporción de atenciones resolutivas
- Atenciones médicas y kinesiológicas realizadas por el programa en los establecimientos.
- Días-cama ocupados por IRA
- Consultas en Policlínico Broncopulmonar
- Consultas por IRA en Servicios de Urgencia Hospitalarios
- Ahorro (en \$) en días-cama
- Ahorro (en \$) en consultas
- Ahorro total (en \$)

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

7.3.- ¿Cuáles son las metas que a nivel de resultados se ha propuesto el programa?

En la documentación disponible no se especifican metas cuantitativas dado que al inicio de los programas no se contaba con información suficiente sobre lo que sería el comportamiento de la demanda de consultas, hospitalizaciones y otro tipo de atenciones médicas ni en SAPU ni en IRA, con la siguiente excepción para esta última:

IRA:

- Disminución de las tasas de mortalidad infantil por IRA a menos de 1 por mil nacidos vivos al año 2000.
-

7.4.- ¿Cuáles son los resultados (efectos) del uso que los beneficiarios hacen de los bienes y/o servicios que entrega el programa?

SAPU:

- Menor tiempo de espera de atención
- Menor tiempo de traslado al SUH
- Menor gasto en traslado al SUH
- Menor riesgo de agravamiento de la enfermedad por postergación de la atención
- Mejor capacidad física de las personas por estar sanas
- Mejor productividad laboral y mejor rendimiento escolar

IRA:

- Menor tiempo de espera de atención
- Menor tiempo de traslado al SUH y/o consultorio de especialidades
- Menor gasto en traslado al SUH y/o consultorio de especialidades
- Menor riesgo de agravamiento de la enfermedad por postergación de la atención
- Mejor capacidad física de los niños por estar sanos
- Mejor rendimiento escolar

7.5.- ¿En qué medida se han cumplido el o los objetivos de resultado del Programa.

SAPU:

Disminución promedio de 5% (hasta 30% en algunos) anual de las atenciones en servicios de urgencia hospitalarios y un aumento de las atenciones en SAPU, las que alcanzaron una cifra de 1.391.069 en 1994, 1.484.279 en 1995 y 1.541.164 en 1996. El promedio diario de atenciones en SAPU se eleva de 80,7 en 1993, a 82,5 en 1994 y a 85,0 en 1995. Tiempo de espera en SAPU de 13 minutos promedio en horario de alta demanda comparado con 44 minutos en el SUH.

IRA:

El programa ha cumplido, en términos generales, los objetivos de resultados con tasas de mortalidad infantil y por IRA/neumonías en descenso (ver gráfico anexo). El quiebre de la curva de mortalidad observado es atribuible al Programa IRA, aunque no se dispone de estadísticas que permitan precisar la magnitud del descenso atribuible a éste. En cifras, ello representa que se evitó muerte por neumonía en 300 niños menores de un año. El aumento de la capacidad resolutoria se expresa por la disminución en un 80% de las hospitalizaciones por síndrome bronquial obstructivo, reducción entre 25 y 50% de las interconsultas a los policlínicos de especialidad broncopulmonar y de atenciones kinésicas a pacientes crónicos. Las Salas de Hospitalización abreviada han permitido que niños con crisis aguda de obstrucción bronquial se traten en 2 horas en dicha instancia ambulatoria evitando la hospitalización en un 95%. El modelo de monitoreo y

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

vigilancia ha permitido la predicción de períodos de alta demanda y la consecuente preparación de los servicios para dar respuesta adecuada.

Con respecto al impacto económico del programa se cuenta con los siguientes resultado para el periodo 1990-1996:

- disminución días - cama: 97.726
- disminución consultas policlínico broncopulmonar: 187.504
- disminución consultas servicios de urgencias hospitalarios: 187.504
- ahorro en días - cama (M\$ de 1996): 2.463.790
- ahorro en consultas (M\$ de 1996): 871.292
- ahorro total (M\$ de 1996): 3.335.082
-

III.- ANTECEDENTES DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

8.- Descripción de los bienes y/o servicios que produce el programa

SAPU:

El programa produce servicios de atención médica ambulatoria a la población usuaria de los establecimientos donde opera, apoyada por acciones de enfermería. Incluye la atención propiamente tal y la referencia oportuna al nivel secundario y terciario cuando el cuadro clínico lo amerita (traslado asistido). La atención puede ser resolutive o de estabilización de pacientes para su traslado

IRA:

El programa produce servicios de atención orientados a la resolución ambulatoria de los procesos de IRA en la población infantil realizados por profesionales médicos y kinesiólogos con apoyo de atención de enfermería, de acuerdo a normas técnicas. Incluye la atención en box y la atención en sala de hospitalización abreviada de alta resolutive. Implica, asimismo, la referencia oportuna al nivel secundario y terciario cuando el cuadro clínico lo amerita.

El programa produce actividades de educación individual, grupal y comunitaria como uno de los servicios básicos del mismo. El programa produce, también, actividades de capacitación y supervisión permanente del personal de los distintos niveles de ejecución .

9.- Descripción de los sistemas de producción de los bienes y/o servicios

9.1.- Descripción de los mecanismos mediante los cuales se producen los bienes o servicios

SAPU:

Para producir los bienes y servicios, el programa requiere de una infraestructura definida por el Ministerio de salud, (detalles se presentan en Anexo N°1) de 155 metros cuadrados, que incluye boxes de atención, sala de observación, sala de procedimientos y área de enfermería. Existe sala de espera y baños para público y residencia médica con baño. La dotación de recursos humanos incluye un médico con experiencia en urgencia, una enfermera, dos auxiliares de enfermería, un auxiliar de servicio y un chofer. El modelo de SAPU propuesto por el Ministerio de Salud establece un horario de atención desde las 17 horas de un día hasta las 08 del siguiente y las 24 horas los fines de semana y festivos. Este modelo (informe 1995) ha

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

derivado en cuatro variantes, con respecto al original, basados en el horario de funcionamiento que son:

Grupo I:

SAPU de 123 horas de funcionamiento. Corresponden al modelo original propuesto por MINSAL y funcionan de 17 a 08 horas de lunes a viernes y las 24 horas los sábados, domingos y festivos. Dentro de este grupo se incluye a los que realizan 168 horas semanales, denominados SAPU diurnos, que atienden 24 horas todos los días.

Grupo II:

Funciona entre 84 y 122 horas semanales. Inician su funcionamiento después del término de la extensión horaria o del tercer turno, programas que en algunos casos terminan antes del inicio del turno SAPU, provocando un corte en la continuidad de la atención de esa comunidad.

Grupo III:

Realizan menos de 84 y más de 65 horas semanales: suelen realizar algunas noches, todos los fines de semana y cierran los festivos.

Grupo IV:

Realizan 65 horas semanales o menos. No realizan noches, funcionan 12 horas los fines de semana y la mayoría de los festivos están cerrados.

El programa se desarrolla en 49 SAPU en 19 Servicios de Salud desde la Primera a la Décima Regiones. De los 49 SAPU, 28 corresponden a la modalidad I, 7 a la modalidad II, 11 a la modalidad III y 3 a la modalidad IV. Esta situación es dinámica en el tiempo y se espera en breve aumentar el número de SAPU Grupo I a partir de algunos Grupo II que ya están construidos e implementándose.

El paciente acude espontáneamente cuando él o su familia perciben la necesidad de una atención inmediata, es recibido por un funcionario que le toma los datos personales, identifica signos y síntomas que motivan la consulta y determina si ella es urgencia banal (espera turno) o urgencia verdadera que amerita atención inmediata. Si la atención de urgencia es solicitada, se envía la ambulancia para su traslado al SAPU (o al SUH si correspondiera). El paciente ingresa al box médico para recibir la atención profesional, quien realiza diagnóstico e indica tratamiento. Si la gravedad lo amerita, el paciente es trasladado al SUH. No se lleva registro de los pacientes integrado a la ficha clínica del consultorio.

El proceso general para la producción de los bienes y servicios en un SAPU comprende:

- planificar y priorizar la instalación y funcionamiento del SAPU
- construcción de nuevos edificios, ampliaciones y/o habilitación de establecimientos existentes
- contratación de personal profesional y formación de equipos. Es imprescindible la presencia de cuerpo médico permanente
- dotación de ambulancias para el traslado de pacientes de urgencia
- dotación de equipamiento ad-hoc a la atención de urgencia
- dotación de medicamentos e insumos
- asignación presupuestaria

Su horario de atención es de 17 a 08 horas del día siguiente durante la semana y de 24 horas los fines de semana y días festivos en los SAPU de 123 o más horas, con horarios de funcionamiento menores y atención más limitada en los otros tipos de SAPU. No se lleva registro de pacientes integrado a la ficha del consultorio.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

IRA:

Existe un modelo de manejo ambulatorio de la IRA establecido por el Programa el cual es desarrollado en los consultorios (o en SAPU o SUH). El niño es recibido en las dependencia que han sido funcionalmente asignadas al programa donde se realiza el diagnóstico, el tratamiento y la observación. La gravedad y compromiso de los pacientes se evalúa mediante la aplicación de un puntaje clínico y se tratan de acuerdo con una árbol de decisiones normado. En los consultorios, y en algunos SUH de regiones, existe una sala de hospitalización abreviada para continuar la observación y tratamiento del niño. El modelo considera la incorporación de kinesiólogos y médicos capacitados en neumología pediátrica y la modernización del arsenal terapéutico con la introducción de fármacos en aerosol presurizado.

En la actualidad el programa se desarrolla a través de atenciones a niños con IRA en 214 Salas de Hospitalización Abreviada en 84 consultorios de la Región Metropolitana más 130 consultorios entre la I y XII Regiones, dotados de equipamiento estándar.

El proceso general para la producción de los bienes y servicios es:

- construcción de nuevos edificios, ampliaciones y/o habilitación de establecimientos existentes
- contratación de personal profesional y formación de equipos. Es imprescindible la presencia del kinesiólogo y de médicos en el equipo
- dotación de ambulancias para el traslado de pacientes graves
- dotación de medicamentos e insumos
- asignación presupuestaria

Este programa se desarrolla preferentemente en los consultorios de atención diurna, sin perjuicio de las acciones que se realizan en los SAPU.

9.2.- Descripción de la organización que se ha dado el programa para la producción de los bienes y/o servicios

SAPU:

Los SAPU dependen administrativamente de la Municipalidad que corresponde. Por medio de la firma de un convenio entre el Servicio de Salud y el Municipio, el MINSAL vela por el cumplimiento de las normas técnicas por las cuales se debe regir este establecimiento. Financieramente, el MINSAL conviene en transferir fondos a las municipalidades de acuerdo a la estimación de los costos de operación del SAPU estándar.

IRA:

Este programa se inserta funcionalmente en la estructura y organización del establecimiento en el cual se desarrolla. En los establecimientos señalados se han instalado 214 Salas de hospitalización abreviada, las cuales son recintos de observación, control y tratamiento del proceso respiratorio agudo (especialmente de la obstrucción bronquial), alternativos a la hospitalización tradicional. En ellos se evalúa la gravedad mediante un puntaje clínico que en un árbol de decisiones orienta el manejo del cuadro.

9.3.- Descripción de los niveles y organizaciones públicas y privadas que participan en el programa

SAPU:

En el nivel central (Ministerio de Salud), se encuentra la Unidad encargada de los SAPU.

La producción de los servicios del programa se encuentra radicada en los establecimientos de nivel primario

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

en que opera el programa.

IRA:

En el nivel central (Ministerio de Salud) radica el "Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas" IRA, estrechamente coordinado con el nivel intermedio de las SEREMIs y con los Servicios de Salud.

La producción de los servicios, productos del programa, se realiza en el nivel local, que son los establecimientos del nivel primario de atención.

Se ha buscado y obtenido la participación intersectorial y de la comunidad.

Entre las organizaciones privadas cabe mencionar al Instituto Médico Infantil (IMI) y a la sociedad "Corporación para el Desarrollo de la Familia, el Niño y el Medio Ambiente" que facilita su infraestructura para el funcionamiento de la Unidad a cargo del programa (encargado nacional y grupo técnico de apoyo).

Las Facultades de Medicina de diversas Universidades tienen una participación activa en el Programa.

9.4.- Descripción de la estructura de la Gerencia del Programa y sus responsabilidades

SAPU:

En el nivel central (Ministerio de Salud), se encuentra la Unidad encargada de los SAPU, responsable de:

- Conducción, supervisión y evaluación.
- Asesoría directa en la conducción del programa en los servicios de salud.
- Preparación de informes y comunicaciones para otras dependencias y para las autoridades del Ministerio.
- Formación y capacitación.

Desde el nivel central se descentraliza la gestión, evaluación y control en los Servicios de Salud, donde existen encargados de los SAPU. La responsabilidad directa de entrega de los servicios del programa a los beneficiarios directos se encuentra radicada en los establecimientos de nivel primario en que opera el programa.

IRA:

En el Ministerio de Salud se ha establecido la Unidad y Encargado del Programa a nivel nacional. El encargado del programa en conjunto con un grupo técnico, desarrolla acciones de:

- Conducción, monitoreo supervisión y evaluación.
- Asesoría directa en la conducción del programa en las regiones.
- Preparación de informes y comunicaciones para otras dependencias y para las autoridades del Ministerio.
- Formación y capacitación.
- Vigilancia epidemiológica de IRA.
- Diseño, coordinación y supervisión en terreno de las Campañas de Invierno.
- Investigaciones operacionales.
- Difusión científica nacional
- Participación en asesoría y eventos científicos internacionales.
- Coordinación con otras instituciones de salud, ejemplo, el Servicio de Salud Metropolitano del ambiente (SESMA).
- Coordinación intersectorial, por ejemplo, Comisión Nacional del Medio Ambiente (CONAMA).

En el nivel local, el programa se inserta en la estructura orgánica del establecimiento donde opera desarrollando las acciones que están definidas en el modelo. En los Consultorios existen profesionales capacitados que realizan atención directa a los pacientes y coordinan y gestionan el programa al nivel local.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
 FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

9.5.- Descripción de los principales gastos y costos de la ejecución del programa a nivel de todas las instituciones públicas involucradas el año 1996.

La información de esta sección fue proporcionada por el Jefe del Depto. Control de Gestión, sin mayor detalle que la presentada en la Tabla a continuación. Los valores corresponden a todo el PRAPS para el año 1996 y expresan en miles de pesos en moneda nominal .

Con respecto al costo unitario de las prestaciones:

SAPU:

El estudio "Evaluación Social del Programa de Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) realizado por CIAPEP en 1994 entregó un costo promedio de atención de \$2.008 en un SAPU, comparado favorablemente con un costo de \$5.000 en los Servicios de Urgencia Hospitalario (\$ de 1994). Información verbal del programa establece un costo de \$4.500 a \$5.000 por atención en SAPU en 1997, manteniendo una relación de alrededor del 50% del valor de la atención en SUH.

IRA:

El estudio "Evaluación Social del programa de Obstrucción Bronquial e Infecciones Respiratorias Agudas en los niños" realizado por CIAPEP en 1995, calculó un costo promedio de prestación en el programa de \$6.409 (\$ de 1995), incluyendo al conjunto de heterogéneas actividades de éste (consulta médica, prestación kinésica, hospitalización abreviada).

a) Remuneraciones	3.760.865
b) Bienes y Servicios de Consumo	1.442.188
c) Evaluación y Estudios	-
d) Transferencias	-
e) Gastos de Administración de Ejecución del Programa	36.000
f) Inversión	382.215
TOTAL	5.621.298

10.- Presentación del para qué y/o para quienes se producen los bienes y/o servicios

10.1.- Caracterización socio-económica de los beneficiarios directos e indirectos

Ambos programas han priorizado su funcionamiento en las comunas más pobres del país.

SAPU:

Población beneficiaria de los establecimientos de nivel primario del sistema público de salud, en que opera el programa. Sin embargo, dado que el SAPU es un sistema abierto de atención de urgencia, cualquiera persona tiene acceso, tanto a la atención médica inmediata del SAPU como al rescate y traslado desde el domicilio o vía pública realizado por la ambulancia.

IRA:

Menores de 15 años beneficiarios de los establecimientos de nivel primario del sistema público de salud, de las comunas más pobres incluidas en el programa.

10.2.- Presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos

El universo total de potenciales beneficiarios del programa SAPU no es posible de determinar dado que atiende en forma abierta a los que demandan sus servicios, sean o no beneficiarios del sistema público.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

Para el programa IRA: son todos los menores de 15 años adscritos al sistema público de salud. La cifra al año 1997 alcanza a 1.352.000 niños.

10.3 Identificación del N° real de beneficiarios que utiliza los bienes y/o servicios producidos por el programa

SAPU:

El Programa dispone de datos sobre total de consultas por establecimiento y a nivel nacional. No se registra el número de personas beneficiarias atendidas. Para 1996, el total de atenciones realizadas en los SAPU a lo largo del país, alcanzó a 1.541.164, no disponiéndose del desglose por establecimiento para dicho año. (En el Anexo N° 2 se presenta el resumen de las atenciones realizadas, desglosadas por SAPU para el año 1995). De la cifra de atenciones totales no es posible extrapolar el número real de beneficiarios por no disponerse del dato sobre número de atenciones por persona al año (concentración).

IRA:

El número de beneficiarios declarados por el programa es:

1995:

- 136.145 beneficiario para atenciones kinésicas:
- 10.815 beneficiarios para atención de hospitalización abreviada

1996:

- 154.360 beneficiario para atenciones kinésicas:
- 10.028 beneficiarios para atención de hospitalización abreviada

10.4.- Caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del programa

Para ambos programa no existe un diagnóstico socioeconómico concreto.

SAPU:

Por tratarse de atención espontánea, el programa no dispone de datos sobre la condición socioeconómica de los beneficiarios reales.

IRA:

Los beneficiarios del Programa IRA responden a las características socioeconómicas de la población atendida en el sistema público de salud

11.- Descripción de los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del programa

SAPU:

Los sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación del programa se sustentan en el registro diario/mensual de actividades realizadas. En los documentos disponibles no se encuentra explícito un plan al respecto, pero en la práctica los encargados del programa, a través del desarrollo de un plan de supervisión de la evolución de la atención en los SAPU, han ido detectando las necesidades de construcción, adaptación e implementación de infraestructura a la vez que las necesidades de capacitación del personal profesional y de apoyo a cargo de las atenciones.

IRA:

Desde los inicios del programa se incorporó un plan de evaluación, estableciendo indicadores de resultado, de proceso, de impacto, de costo-beneficio y criterios de grupos vulnerables. Asimismo, se

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

diseñó un sistema de monitoreo epidemiológico que cuenta con “sitios centinela”, sistema que permite predecir períodos de alta demanda por incremento de morbilidad de IRA con 10 días de anticipación y actuar en consecuencia. Las actividades de supervisión permanente en terreno, así como los talleres regionales de evaluación permiten el conocimiento actualizado de la situación y la toma de decisiones oportuna.

11.1.- Presentación de los indicadores de gestión e impacto del proyecto

SAPU:

- Número de SAPU construidos e implementados
- Número de atenciones anuales, diarias y por periodos horarios
- Estructura de la morbilidad atendida por diagnóstico y características demográficas de los consultantes.
- % de derivaciones inmediatas.
- Disminución de atenciones en Servicio de urgencia hospitalario.
- Satisfacción de usuarios.
- Tiempo de espera promedio de los pacientes
- Supervivencia de pacientes con paros cardiorespiratorios

IRA

- Salas de hospitalización abreviada implementadas.
- Número y tipo de atenciones realizadas.
- Derivaciones a nivel secundario y terciario.
- Actividades de capacitación a personal de salud.
- Actividades educativas a la comunidad.
- Monitores incorporados al programa.
- Tasas de morbilidad y mortalidad por IRA.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

IV.- PROYECCIONES EN LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO ¹(en base a la opinión de la institución responsable)

12.- Presentación en torno a la sustentabilidad del proyecto

12.1.- Descripción en torno a si existe algún tipo de retorno social, económico o político, directo o indirecto que permita pronosticar la autosustentabilidad del proyecto a mediano o largo plazo.

SAPU:

Este programa ha significado un nivel de satisfacción en la comunidad tanto por tener disponible un servicio de urgencia cercano como por el acceso a una atención médica continua. En lo económico se aprecia menores gastos para el usuario en traslados y en atenciones y en menor tiempo de espera. Para el sistema de salud, representaría una disminución de costos al efectuarse las atenciones en el nivel primario de preferencia sobre el servicio de urgencia hospitalario. En lo político, el SAPU ha contribuido a mejorar la imagen del sistema público de salud ya que constituye una señal concreta de preocupación por parte de las autoridades públicas, en materias de salud, a la vez que la comunidad se siente protegida en forma continua.

IRA:

La comunidad valora la existencia de un programa que responde efectivamente a la solución de un problema de salud que afecta a los niños con riesgo para su vida. En lo económico el programa ha representado importantes ahorros en los costos de tratamiento debido al modelo terapéutico innovador aplicado por el programa, aparte de menor costo para el usuario en traslados y, para el sistema público de salud, en la aplicación de menores recursos.

12.2.- Pronóstico en torno a la situación sin continuidad del proyecto

SAPU:

La suspensión de los SAPU significaría un rechazo a la atención al paciente en el momento en que percibe la necesidad de atención médica con una postergación que podría agravar la enfermedad o el accidente, dejar secuelas o poner en riesgo la vida. Aumentaría la demanda en los servicios diurno tanto en los CGU como en los SUH y tendría como consecuencia la aparición o aumento de rechazos en los servicios de urgencia hospitalarios.

IRA:

Si se discontinuara el proyecto se produciría un inmediato aumento de la gravedad de los episodios y mortalidad por IRA, incluyendo neumonías y un consecuente aumento de la mortalidad infantil.

En el plano de los servicios, ello repercutiría en demanda insatisfecha de servicios de atención de urgencia y hospitalización infantil.

En el plano de la opinión pública se produciría un impacto negativo al discontinuar un programa validado por los técnicos y por la comunidad.

¹ Los comentarios que siguen a continuación se basan parcialmente en observaciones aportadas por personeros de la institución ejecutora, dado que no fue posible reunirse oportunamente con todos ellos.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

13.- Identificación de los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del programa

SAPU:

Importancia de la atención continua en el nivel primario que ha mejorado la cobertura y la accesibilidad, especialmente en población adulta de sexo masculino, la cual principalmente por horario y compromiso laboral ve dificultado su acceso en horario hábil. La atención proporcionada en el SAPU, descongestiona niveles más complejos, especialmente los servicios de urgencia hospitalarios, permitiendo la respuesta de éstos en casos de verdadera emergencia médica.

Durante la ejecución del programa se ha observado que la contratación de los mismos profesionales compartiendo funciones en el CGU y en el SAPU aumenta la permanencia de estos en el nivel primario, hecho que se explicaría, en parte, por las mejores remuneraciones en el SAPU.

IRA:

El modelo terapéutico propuesto, probado y validado por el programa ha representado una importante contribución científico - tecnológica a la medicina chilena.

El programa ha dejado como lección la importancia de una gestión por un equipo multidisciplinario que ha permitido incorporar una visión intersectorial en el diagnóstico y una integración de diversas estrategias de intervención. Desde el comienzo el programa ha estudiado e implementado las propuestas en conjunto con los servicios de salud y éstos han sido aprobados en conjunto.

Se han incorporado a la evaluación del programa indicadores de resultado, de proceso, de impacto, de costo-beneficio, además del criterio de grupos vulnerables.

La supervisión ha sido una herramienta que ha facilitado el trabajo del equipo central con los servicios de salud, especialmente en cuanto a capacitación, evaluación y planteamiento de compromisos de gestión.

El desarrollo de indicadores comunes y de procedimientos homogéneos, consensuados con los servicios de salud, ha permitido al nivel central contar con información estadística útil para la vigilancia epidemiológica y monitoreo en forma oportuna y comparable, elaborada por los propios servicios, hecho que no se observa en los programas tradicionales de salud.

13.1.- Identificación de los reales o potenciales beneficiarios de dicho aprendizaje

SAPU:

Personal de los SAPU y del establecimiento en su horario regular.

Población usuaria del sistema.

IRA:

El personal de los servicios de salud, encargados de la supervisión de las acciones de la Atención Primaria (DAP, DPP o quien cumpla la función) y, especialmente, el personal local de cada establecimiento a lo largo del país. La comunidad médica nacional que ha adoptado el modelo terapéutico.

De la misma manera, el trabajo con monitores de la comunidad ha permitido que un grupo importante de líderes comunitarios sean beneficiarios del aprendizaje señalado.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
 FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

ANEXO N° 1

CONDICIONES MINIMAS DE UN SAPU

Para cumplir los objetivos planteados para un SAPU, que se inserta en una situación de interfase entre los niveles primario y hospitalario, éste debe tener ciertas características.

En los informes de gestión de SAPU 1993 y 1994 se establecen con claridad las condiciones mínimas que debe reunir un SAPU para cumplir los objetivos para los cuales fueron creados. Se establece que deben estar adosados a un consultorio general urbano (CGU), cumplir un horario de funcionamiento, contar con un grupo definido de recursos humanos, disponer de una planta física adecuada (155,05 metros cuadrados) y contar con equipamiento y mobiliario estandarizado.

1. HORARIO DE ATENCION

	HORARIO	HORAS POR TURNO	HORAS POR SEMANA
Lunes a viernes	17:00 a 08:00 horas	15 horas	75 horas
Sábado, domingo, festivos	08:00 a 08:00 horas	24 horas	48 horas
TOTAL			123 horas

2. RECURSOS HUMANOS

Tipo recurso	Jornadas hrs. (semana)
6 médicos turno largo	22
6 médicos turno corto	11
1 enfermera universitaria	44
9 auxiliares paramédicos	44
3 auxiliares servicio	44
3 choferes	44
TOTAL de Funcionarios: 28	

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
 FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

3. PLANTA FISICA :

El recinto del SAPU debe cumplir con condiciones mínimas de operación, amplitud y confort para los usuarios y el personal, condiciones que fueron definidas en el diseño de SAPU. Se ha estimado una planta física de 155,05 metros cuadrados, que incluye todos los recintos necesarios para el funcionamiento de un SAPU standard. El siguiente cuadro de superficies muestra los recintos considerados y sus dimensiones. En el plano anexo se muestra a la distribución propuesta.

RECINTO	SUPERFICIE(m2)	RECINTO	SUPERFICIE(m2)
Sala espera	24,00	Sala observación	16,40
Pasillo central	33,44	Sala procedimientos	12,00
Recepción	8,00	Box atención: 2 camillas	16,00
Estar personal	5,88	Estación enfermería	8,00
Dormitorio residencia	6,11	Bodega	8,40
Baño residencia	2,88	Baño pacientes	2,75
Hall residencia	2,00	Baño público	2,66
Baño personal	2,73	Baño público	2,99
		Superficie total	155,04

a) Box de atención :

Es el lugar central del trabajo en SAPU por lo que se encuentra implementado en el 100% de los servicios. Algunos de estos Box son de atención corriente habilitados para la atención de urgencia, y en otros lugares han sido especialmente diseñados para este fin.

b) Box de procedimiento :

En todo SAPU debe existir una zona destinada especialmente para procedimientos médicos diagnósticos o terapéuticos inmediatos, observación, oxígeno terapia, etc. En esta área puede estar ubicado el carro de paro, los equipos de reanimación y el electrocardiógrafo, si no se cuenta con una sala destinada exclusivamente para este fin.

c) Box de cirugía menor :

Es un recinto habilitado para procedimientos quirúrgicos menores, debe contar con el equipamiento básico de cirugía menor e iluminación adecuada. Pueden cumplirse estas funciones en el box de procedimientos.

d) Baño público :

Un recinto fundamental para la comodidad de los usuarios corresponde a los servicios higiénicos, la habilitación de este recinto para el uso en horario vespertino y nocturno permite el aislamiento de sector de sector del Consultorio diurno del SAPU. Un 92% de los SAPU disponen de baños para su uso en estos horarios.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
 FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

e) Residencia:

En este recinto debe ubicarse el estar del personal, cocina y/o comedor, si corresponde, y la zona de descanso y dormitorio. Un 82% de los SAPU cuentan con residencia médica, algunos servicios tienen un recinto separado para el personal auxiliar. Un 100% de los SAPU que realizan atención nocturna cuentan con residencia médica, pero con muy diferentes condiciones de confort para el personal.

4. EQUIPAMIENTO:

El equipamiento de un SAPU, detallado en el diseño de éstos, está orientado a darle la capacidad al servicio de resolver la mayor cantidad de situaciones que sea posible, dentro de su nivel técnico. Los porcentajes de implementación, a nivel nacional, de los diferentes elementos técnicos que hacen posible una adecuada atención de urgencia se detallan a continuación.

EQUIPAMIENTO	% DE SAPU QUE DISPONEN DEL EQUIPO	
	1994	1993
AMBULANCIA	95	100
LARINGOCOSPIO	98	100
EQUIPO DE OXIGENO	97	97
BOMBA DE ASPIRACION	95	95
CARRO DE PARO COMPLETO	90	90
ELECTROCARDIOGRAMA	57	57
TABLA DE INMOVILIZACION	51	51
EQUIPO DE RADIO	49	49
GRUPO ELECTRÓGENO	46	46
COLLAR CERVICAL	15	15

En este aspecto se debe destacar la necesidad de lograr un 100% de implementación del equipo básico detallado en el cuadro anterior, especialmente en los elementos de inmovilización y transporte (tabla y collar cervical).

5. MOBILIARIO

El siguiente es el listado sugerido de mobiliario necesario para la dotación del SAPU. Los equipos locales deben adaptar el listado a sus requerimientos reales.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
 FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

MOBILIARIO	CANTIDAD	MOBILIARIO	CANTIDAD
Balde con pedal	4	Locker 2 cuerpos	
Biombo tres cuerpos	3	Locker 4 cuerpos	1
Caja de fondos	1	Mesa curación/examen 180x60x90	3
Cama 1 plaza con colchón y ropa	1	Mesa quirúrgica	1
Camilla portátil	2	Mesa mayo	2
Carro curaciones	3	Negatoscopio 2 caras 64 x 43 x 16	1
Escabel 2 peldaños (43 x 40 x 30)	6	Percheros	6
Escritorio (70 x 120)	1	Pisos giratorios	2
Escritorio clínico 2 cajones	3	Pizarrón mural 60 x 90	2
Estufas combustible según clima	4	Refrigerador 8 pies	1
Extintores multiuso 5 Kg.	4	Sillas espera y personal (aprox.)	40
Kárdex metálico 4 cajones	1	Sillones cama personal	3
Lámpara tipo Burton	3	Televisor	1
Lámpara velador	1	Velador	1
Lámpara quirúrgica	1	Vitrina con llave	4

6. OTROS :

- CARABINEROS :

La existencia de Carabineros de guardia en el recinto SAPU no se considera como indispensable para su funcionamiento, sin embargo, de acuerdo a las condiciones locales y a la disponibilidad de este recurso, ha sido implementado en el 10% de los SAPU en operación.

- COLACION :

La entrega de alimentación a personal que realiza turnos prolongados y que no pueden abandonar el recinto, debe ser implementado en todos los SAPU. En un 60% de los SAPU se le entrega regularmente colación a los funcionarios.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

ANEXO N° 3

DOCUMENTOS CONSULTADOS

PRAPS:

- 1 Programa de Apoyo a la Atención Primaria de Salud (PMI/APS). Ministerio de Salud Pública de Chile y Convenio Agencia Internacional de Desarrollo. Evaluación externa. Tomo II Anexos, 1994

SAPU:

- Informe Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia S.A.P.U 1993. Dr. Aníbal Hurtado P., Jefe Programa SAPU, Depto Atención Primaria.
- 3 Informe Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia S.A.P.U 1994. Dr. Oscar Ahumada Arredondo, Encargado Programa SAPU, Depto Atención Integrada.
- 4 Informe Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia S.A.P.U 1995. Dr. Oscar Ahumada Arredondo, Encargado Programa SAPU.
- 5 Evaluación Social del Programa de Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Curso Interamericano en Preparación y Evaluación de Proyectos. MIDEPLAN/P. Universidad Católica, 1994.

IRA

- 6 Programa de Prevención y Manejo de las Enfermedades Respiratorias de la Infancia en el Nivel Primario. Programa de Obstrucción Bronquial e Infecciones Respiratorias Agudas en los Niños. Informe Final años 1990-1993.
Dr. G. Girardi B., Director del Programa; Klgo. P. Mancilla, Coordinador General; Dr. P. Astudillo, Coordinador General. Comité Técnico de Enfermedades Respiratorias Infantiles. Departamento de Atención Primaria. Ministerio de Salud.
- 7 Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Informe Evaluación Nacional Año 1994. Dr. Pedro Astudillo Encargado Nacional; Klgo. Pedro Mancilla F. y cols.
- 8 Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Informe Evaluación Nacional Año 1995-1996 (versión preliminar). Dr. Pedro Astudillo Encargado Nacional; Klgo. Pedro Mancilla F. y cols.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO A
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

- 9 Evaluación Social del Programa de Obstrucción Bronquial e Infecciones Respiratorias Agudas en los Niños (IRA). Versión Preliminar. Programa de Adiestramiento en Preparación y Evaluación de Proyectos. MIDEPLAN/P. Universidad Católica, 1995.

Otros Documentos:

- 10 Constitución Política de la República de Chile. 1980
- 11 El Compromiso de Chile con los Niños y Niñas.
- 12 Anuarios Demografía 1990 a 1995. INE/ MINSAL.
- 13 Mortalidad en la Niñez: Una base de datos actualizada en 1995. América Latina. CELADE / UNICEF
- 14 Evaluación de la Atención Primaria: Satisfacción de Usuarios y Prestadores. Ministerio de Salud 1997.
- 15 Vulnerabilidad de las comunas chilenas. INTA / UNICEF. 1990
- 16 Mensajes Presidenciales. Mayo 1991-1997.
- 17 Estatuto de la Atención Primaria.
- 18 Decreto Ley Nº 2.763. 1979
- 19 Decreto Supremo 395. 1979
- 20 DS Ministerio de Salud Nº 116. 1982
- 21 Ley Orgánica de Municipalidades
- 22 Pobreza y Distribución del Ingreso en Chile, 1996. Resultados de la Encuesta de Caracterización Socio-económica Nacional (CASEN). Informe para la Prensa. Julio 1997.
- 23 La Gestión del Ministerio de Salud. Informe del Sector Salud durante el Gobierno del Presidente Patricio Aylwin Azócar. Chile 1990-1994

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS
SISTEMA DE EVALUACION DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

FICHA DE EVALUACION DE PROGRAMAS - FORMATO A

ANEXO N° 2

CONSULTAS SAPU 1995

SAPU	TOTAL CONSULTAS	PROMEDIO MENSUAL	PROMEDIO DIARIO
SAN LUIS	96.886	8.074	269
LA FAENA	67.021	5.585	186
HUALPENCILLO	56.272	4.689	156
PINCOYA	52.611	4.384	146
CERRO NAVIA	52.350	4.363	145
J. A. PINZON	52.038	4.337	145
COLINA	51.517	4.293	143
RENCA	48.811	4.068	136
R. SCHENEIDER	44.004	3.667	122
A. ARIZTIA	43.688	3.641	121
A. DEL RIO	43.495	3.625	121
PUDAHUEL	37.672	3.139	105
A. NEGhme	37.549	3.129	104
LUCAS SIERRA	37.422	3.119	104
LA GRANJA	34.318	2.860	95
IRENE FREI	33.413	2.784	93
C. DE CHILE	32.465	2.705	90
BARNECHEA	32.036	2.670	89
RAHUE	31.501	2.625	88
CHUCHUNCO	30.572	2.548	85
R. RENARD	29.579	2.465	82

CHIGUAYANTE	29.291	2.441	81
CISTERNA SUR	28.869	2.406	80
L. QUILLAYES	28.186	2.349	78
SAN PEDRO	27.457	2.288	76
C. OLAVARRIA	27.122	2.260	75
CON-CON	26.840	2.237	75
LA PINTANA	26.098	2.175	72
J. CONTARDO	25.266	2.106	70
MIRAFLORES- (TCO)	25.266	2.106	70
YAZIGI	22.855	1.905	63
SAN RAMON	22.712	1.893	63
MIRAFLORES-VIÑA	22.154	1.846	62
ALEMANIA	21.590	1.799	60
QUINTA BELLA	21.483	1.790	60
SYMON OJEDA	20.233	1.686	56
QUEBRADA VERDE*	19.687	2.461	82
NORTE	18.780	1.565	52
LOS PLACERES	17.624	1.469	49
SOR TERESA	17.406	1.451	48
S. CLEMENTE	16.417	1.368	46
P. LAS CASAS	16.417	1.368	46
T. BLANCAS	13.654	1.138	38
L. COMPAÑIAS	10.927	911	30
SANTA CECILIA	9.702	809	27
C. GUZMAN	8.474	706	24
P. A. CERDA	8.111	676	23
CALDERA	4.280	357	12
LOS MUERMOS	2.353	196	7
TOTAL	1.484.474	2.542	85

(*) Solamente 8 meses de operación

MORTALIDAD INFANTIL POR NEUMONÍA CHILE 1985 - 1995



PAO/PMF. Programa IRA, MINSAL, CHILE

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

FORMATO “B”

CORRESPONDE A LOS COMENTARIOS Y OBSERVACIONES
PLANTEADOS POR EL PANEL DE EVALUACIÓN A CADA UNO
DE LOS PUNTOS PRESENTADOS EN EL FORMATO A

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

I.- DATOS BASICOS DEL PROYECTO / PROGRAMA
1.- Nombre del proyecto/Programa "Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de la Salud" (PRAPS: SAPU-IRA)
Código 05
1.1.- En caso de ser Proyecto, programa o política a la cual se vincula o es parte: - promoción, prevención y protección de la salud de las personas - mejoramiento de la equidad en el acceso de la población a los sistemas de salud - calidad de la atención - superación de la pobreza
2.- Ministerio Responsable: MINISTERIO DE SALUD
2.1.- Servicio responsable (si corresponde) División de Salud de las Personas

II.- OBSERVACIONES EN TORNO AL DISEÑO DEL PROYECTO / PROGRAMA
3.- Observaciones y comentarios en torno a la justificación que da origen al proyecto:
3.1.- Observaciones y comentarios en torno a la justificación a nivel de políticas públicas: Al PRAPS no es posible reconocerlo como un programa de salud en si mismo sino más bien corresponde a una agregación de acciones en salud de diferentes complejidades y diseños, que requirieron en su comienzo de un sistema de financiamiento central. El Panel tuvo acceso sólo a información de los dos componentes más importantes del PRAPS, cuales son el SAPU y la IRA. En este sentido es posible establecer que estos subprogramas se insertan dentro de las políticas identificadas más arriba. Cabe destacar que en términos estrictos, el IRA conforma un programa de salud en tanto se orienta a la prevención y tratamiento de una patología prevalente y que con la intervención de medidas exitosas puede reducirse sustantivamente. En cambio, el SAPU conforma un modelo de establecimiento orientado a la atención de múltiples patologías complementando la oferta de servicios de otros establecimientos existente de diversa complejidad y que centran su accionar en la atención del enfermo.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

3.2.- Observaciones y comentarios en torno a la justificación relativa a las condiciones económica y/o sociales:

SAPU:

Las dificultades de acceso oportuno y resolutivo se dan con mayor frecuencia en los sectores socioeconómicos más desposeídos, así una atención en horarios vespertino, nocturno y de fines de semana y festivos está justificada, proporcionando una oferta médica inexistente en dicho horario para la cual existe una demanda que resulta ser “de urgencia no hospitalaria”, es decir, no vital. Esta oferta se caracteriza por ser de tipo médico, de morbilidad (no de controles de salud), de respuesta inmediata, orientada a la urgencia, con respuesta total a la urgencia no vital y al “traslado asistido” a un Servicio de Urgencia Hospitalario en caso de urgencia vital.

Quienes se encuentran en la situación socioeconómica más deprimida son precisamente quienes no tienen acceso a una atención médica idónea en caso de urgencia en horas no hábiles. En este mismo grupo objetivo se encuentran los niveles de instrucción más bajos lo que conlleva falta de competencia familiar para reconocer y reaccionar frente a situaciones de riesgo, lo que los hace dependiente de este tipo de programas de salud.

IRA:

La frecuencia y gravedad de las IRA depende de la presencia de los agentes etiológicos (virus y bacterias) y de las condiciones ambientales, incluyendo la contaminación atmosférica e intradomiciliaria. Estas últimas afectan más a quienes viven en sectores socioeconómicos deprivados, por lo que este programa se justifica plenamente.

3.3.-Observaciones y comentarios en torno a los antecedentes constitucionales, administrativos, legales y de políticas de inversión que fundamentan la justificación del proyecto:

Si bien existe plena vigencia de la normativa de municipalización de la atención primaria de salud, aun existen consultorios y postas rurales dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud, lo que puede producir algún grado de heterogeneidad en el desarrollo de los programas.

En relación a la política de inversión, cabe comentar que el programa SAPU se fundamenta en la creación de nuevas infraestructura por cuanto sus requerimientos arquitectónicos difieren del modelo del Consultorio tradicional, en especial por las características de sus atenciones. Al igual que en el concepto de “consultorio”, de “posta de salud” o de “servicio de urgencia hospitalario”, el SAPU se transforma en categoría de establecimiento asistencial, perdiendo su condición de programa. El programa IRA está centrado en las necesidades de atención de las personas frente a un problema de salud específico de alta incidencia, por lo que su existencia como programa dependerá de la persistencia de los problemas respiratorio que está destinado a enfrentar.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

4.- Observaciones y comentarios en relación a los supuestos involucrados en la ejecución del proyecto/ programa.

4.1.- Observaciones y comentarios a los supuestos a nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras:

SAPU

En el periodo de evaluación (1994-1996) los supuestos planteados acerca del interés y disponibilidad de recursos se han cumplido. Esto se ha fortalecido con la imagen positiva que la comunidad tiene de los SAPU. Puede agregarse que las Municipalidades han manifestado su apoyo incluso con aporte financiero, de modo tal que están aportando el 10% del costo de operación.

IRA

En el periodo de evaluación (1994-1996) los supuestos planteados se han cumplido y además el modelo de atención científico tecnológico ha sido validado por la comunidad científica nacional e internacional

4.2.- Observaciones y Comentarios a los supuestos a nivel de otras instituciones públicas:

Dado que ambos programas se han desarrollado con normalidad, es posible asumir que los supuestos relacionados con los roles de las instituciones públicas relacionadas se han cumplido.

Debe comentarse que ha existido colaboración de instituciones académicas con el programa IRA. Es así como la U. de Chile, a través de sus académicos del Hospital Exequiel González Cortés han apoyado técnicamente al programa, a través del diseño y validación de normas terapéuticas que utiliza el programa.

4.3.- Observaciones y comentarios a los supuestos relativos a los condicionantes sociales, económicos y políticas.

En el periodo de evaluación no se visualizaron elementos que hayan modificado sustancialmente el estado socioeconómico de la comunidad potencialmente demandante de atención del SAPU, aun cuando la población nacional calificada en pobreza disminuyó en un 4,3% durante el periodo 1994-1996, según los resultados de la Encuesta CASEN de 1996.

Por otra parte, existe la percepción que la existencia de estos programas genera un respaldo político importante para las autoridades locales.

5.- Observaciones y comentarios en torno a los objetivos del proyecto /programa:

5.1.- Observaciones y comentarios en torno a los objetivos de resultado del programa:

SAPU:

El panel considera que el objetivo planteado por el programa SAPU en relación a la mayor accesibilidad de las personas a servicios de salud es consistente con las políticas vigentes de salud. Sin embargo, es posible reconocer que este objetivo está también presente en otros programas de salud tales como el de continuidad y el de extensión horaria, que en parte son competitivos de la misma población objetivo. Los elementos diferenciadores que pueden identificarse se relacionan con la forma de financiamiento (asegurado desde en nivel central por convenios), incentivos al personal en materias de remuneraciones, ciertos niveles de autonomía de la gestión municipal. El principal elemento, en todo caso, es la mayor capacidad resolutoria en materia de urgencias y la presencia médica en horarios no hábiles, sin perjuicio de reconocer que en los

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

Consultorios Generales Urbanos, en horario diurno, también se atienden urgencias médicas. Una estadística del Ministerio de Salud tenida a la vista muestra lo siguiente:

Atenciones médicas en servicios de urgencias durante 1996:

Atención Primaria - SAPU:	1.541.164
Atención Primaria - No SAPU:	1.471.786
Diferenciado Hospitales:	5.723.939
TOTAL ATENCIONES PAIS:	8.736.889

IRA:

Existe la percepción que el objetivo planteado por el Programa en cuanto a fortalecer la capacidad del sistema público para enfrentar adecuadamente las patologías prevalentes por infecciones respiratorias agudas, es consistente con la realidad de morbilidad infantil y aportan al cumplimiento de las políticas de salud. El objetivo del programa IRA apunta precisamente a la mejoría de una situación de morbilidad y mortalidad en la población infantil con una orientación directa a la disminución de las patologías broncopulmonares.

5.2.- Observaciones y comentarios en torno a los indicadores que permitirán observar el cumplimiento de objetivos de resultado o desarrollo del programa

SAPU:

Sólo se dispone de informe hasta 1995 (esto en parte se debe a los cambios en la estructura y responsable de este programa a nivel ministerial).

En cuanto a la oferta continua de atención: Existen cuatro tipos de SAPU. Solo en el tipo 1 el número de horas genera una atención continua (lunes a viernes de 17:00 a 08:00 y 24 horas los sábados, domingos y festivos)

Con respecto a la capacidad resolutive, ésta no está asegurada frente a "urgencias vitales", pero sí lo está en términos de traslado asistido. Cabe señalar que cada SAPU recibe un promedio de 5 paros cardiorespiratorios al año con sobrevida de 20% (única cifra mencionada en los informes de gestión). Este evento, que puede traducirse en un indicador de eficacia, constituye un gran desafío para el futuro, pues en países con sistemas de urgencia y rescate bien consolidados como Francia y USA, la sobrevida en estos casos es de 60%.

IRA:

Los indicadores que permitirán observar el cumplimiento de los objetivos de resultados son adecuados.

LA fuente de origen de los indicadores son las estadísticas regulares del Ministerio de Salud y del INE: anuario de demografía MINSAL-INE y anuario Recursos y Atenciones MINSAL. Ellos está disponibles con un retraso de dos años.

Los informes de gestión del IRA están disponible con mayor oportunidad y con un nivel de desagregación /consolidación que permite su utilización en la toma de decisiones.

5.3.- Observaciones y comentarios en torno a las metas que a nivel de resultados se ha propuesto el programa

SAPU:

Aunque la documentación que respalda el programa no contiene metas cuantitativas, el panel considera que,

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

en concordancia con los objetivos del mismo, es posible plantear las siguientes:

Disminución en 10% anual de los rechazos en la atención regular.

Disminución en 5% anual de la demanda en los servicios de urgencia hospitalarios en el horario paralelo al de funcionamiento del SAPU.

Aumento en 5% anual de la tasa observada de sobrevida en paro cardiorespiratorio.

Cabe comentar que estas metas son posibles de cumplir, como lo establecen las estadísticas disponibles.

IRA:

Disminución de la tasa de mortalidad infantil por IRA a menos de un 1 por mil nacidos vivos para el año 2000. Está planteada en el programa.

Se desprenden del programa.

Disminución en 10% anual de la demanda de atención por IRA en los Servicios de Urgencia Hospitalaria.

Disminución en 10% anual de las interconsultas a policlínico Broncopulmonar.

Disminución en 5% anual de las hospitalizaciones por IRA.

Aumento en 10% anual de las atenciones kinésicas.

De acuerdo a las estadísticas disponibles, las metas se están cumpliendo.

5.4.- Observaciones y comentarios en torno a los resultados (efectos) del uso que los beneficiarios hacen de los bienes y/o servicios

El Panel considera que cuando los beneficiarios hacen uso de los servicios que ambos programas ofrecen, efectivamente se produce un ahorro de tiempo, de costo para las personas y sobretodo un efecto positivo en el control del agravamiento de la enfermedad, en una recuperación más rápida y menor riesgo de secuelas y muerte.

Asimismo, la rápida recuperación de la enfermedad permite a su vez la recuperación de las capacidades físicas, intelectuales y sociales de los beneficiarios que hacen uso del programa.

5.5.- Observaciones y comentarios en torno al cumplimiento de o los objetivos de resultados del programa

SAPU:

El cumplimiento de los objetivos del SAPU expresado como porcentaje de disminución de las atenciones de urgencia de los SUH es poco preciso dada la multifactoriedad de este hecho asistencial. El programa muestra una reducción promedio de 5% en los SUH en los años de evaluación del programa, pero ello corresponde a un promedio nacional, mezclando áreas geográficas donde existen SAPU y otros donde no los hay. Además, existen muchos otros programas de salud que generan efectos similares, es decir, que contribuyen al descenso de las atenciones de urgencias hospitalarias (el programa IRA es un ejemplo de ello). Aparte de lo anterior, debe considerarse el hecho de que existen diferentes tipos de SAPU, algunos de los cuales, por su limitado horario de atención, podrían no estar contribuyendo a la reducción señalada.

IRA:

El panel considera que el programa ha demostrado que se han cumplido los objetivos esperados. Lo anterior es más meritorio pues ello se ha logrado a pesar que en el periodo de evaluación se han

**FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA**

presentado brotes epidémicos de agentes respiratorios de alta patogenicidad que representaron un gran desafío al modelo.

El proceso de vigilancia epidemiológica incorporado en el modelo ha demostrado su capacidad predictiva de periodos de alta demanda y de toma de decisiones ad-hoc como reforzar el programa con recursos de campañas de invierno que apoyan las acciones de salud.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

III.- OBSERVACIONES Y COMENTARIOS EN RELACIÓN A LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

6.- Observaciones y comentarios en torno a los bienes y/o servicios provistos por el proyecto / programa

SAPU:

Este programa se ha basado en una creación de nueva infraestructura para producir los servicios de atención médica ambulatoria de urgencia primaria (no vital) y de traslado asistido. Estos servicios no difieren grandemente de los que presta el CGU, excepto en las atenciones de traumas para lo cual se ha capacitado en forma dirigida al personal del SAPU desde 1995. Conceptualmente la gran diferencia con el CGU es su horario de funcionamiento.

IRA:

Los servicios que produce el programa están orientado a resolver un problema de salud que siempre ha estado presente en la demanda de atención de la población. Los servicios del programa responden a una innovación clínico tecnológica que ha permitido modificar sustancialmente el pronóstico y evolución de dichos cuadros.

7.- Observaciones y comentarios en torno a los sistemas de producciones de bienes y/o servicios.

7.1.-Observaciones y comentarios en torno a los mecanismos específicos mediante los cuales se producen los bienes y /o servicios del proyecto/programa:

SAPU:

Los mecanismos específicos de producción de los bienes implican dos elementos básicos: infraestructura y horario de funcionamiento. A juicio del panel, de estos dos elementos el horario de funcionamiento es el diferenciador más relevante, por cuanto los bienes y servicios pueden prestarse en infraestructuras alternativas ya existentes. Sin embargo, no existe alternativas de atención fuera de las horas hábiles (excepto el SUH). Por tal motivo, no parece conveniente establecer alternativas de SAPU en función de la variable horario.

IRA:

El hecho de que el programa IRA, con métodos y recursos propios, se integre al funcionamiento regular de los establecimientos es un mérito que debe agregarse a los resultados del programa. La participación del profesional kinesiólogo con sus competencias específicas constituye un aporte innovador y sustantivo al tratamiento de la patología broncopulmonar. También es una innovación tecnológica la incorporación de broncodilatadores en aerosol al arsenal terapéutico de estos cuadros haciendo innecesario el uso de otros fármacos menos efectivos y con más efectos secundarios (descongestionantes, antitusivos, antialérgicos) y de los antibióticos. Además tal terapéutica es más barata.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

7.2.- En relación a la estructura y organización interna se ha dado el proyecto / programa:

Ambos programas se caracterizan por una verticalidad intermedia por cuanto las orientaciones programáticas y la asignación financiera radican en el nivel central del Ministerio de Salud, pero los aspectos administrativos se radican en el nivel descentralizado (Servicios de Salud - Municipalidades - establecimientos).

7.3.- En relación a los niveles y rol de otras organizaciones públicas o privadas que participan en el proyecto.

No hay comentarios aparte de establecer que en la medida que dichas organizaciones cumplan sus roles el Programa PRAPS facilita su operación.

7.4.- En relación a la estructura de la Gerencia del Programa y sus responsabilidades:

No ha habido una claridad estructural del programa en el Ministerio de Salud que se demuestra en los cambios de dependencias que han tenido ambos programas. Para el caso de SAPU además se han producido cambios reiterados en el encargado del programa. Esto se demuestra también en la heterogeneidad de los informes de gestión.

7.5.- En relación a la descripción de los gastos y costos del proyecto / programa :

Ninguno de los programas entregó información financiera, aparte de la información global, que permita analizar el comportamiento presupuestario y de costos de los programas.

De las cifras globales, a nivel de todo el PRAPS, sólo se pudo establecer que para 1996 las remuneraciones representaron 67%, y los bienes y servicios de consumo un 25,6 %.

Con respecto a costos de la atención:

SAPU:

La información verbal del programa señala un costo promedio de una atención en SAPU entre \$4.500 y \$5.000 (\$ de 1996). Estos costos dependen del número de atenciones por período horario, de modo que en los períodos de alta demanda este valor es inferior y en los períodos de baja demanda es mayor. El análisis por período muestra que en el horario de 17 a 24 horas se realiza el 93,8% de las atenciones y que en el período de 24 a 08 horas se realiza el 6,2% de éstas. Así, en teoría, el funcionamiento nocturno "no sería rentable" (CIAPEP, 1994). El panel considera, sin embargo, que el objetivo de continuidad exige este funcionamiento ya que existen otros tipos de retorno, como son la sensación de resguardo y protección que tiene la población y la efectiva respuesta frente a la urgencia primaria.

IRA:

La información contenida en el Informe CIAPEP muestra un costo promedio de \$6.409 (en \$ de 1995) para cada atención en el Programa IRA. Esta cifra promedio incluye las atenciones kinésicas, la hospitalización abreviada, la consulta médica, es decir, prestaciones de diferentes características, que necesitan diferentes insumos, realizadas por distintos profesionales, heterogeneidad que hace difícil su análisis. Sin embargo, dado el impacto del programa, se considera una cifra adecuada.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

8.- Observaciones y comentarios en relación a quienes está dirigido el proyecto:

8.1.- En relación a la caracterización socio - económica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa.

SAPU:

El programa SAPU tiene como población beneficiaria potencial al 60% (aproximado) que a su vez es beneficiaria de la salud pública. No contempla beneficiarios adscritos dado que se trata de un programa abierto, que puede incluso atender a población total del país, sin discriminación por previsión. La condición socioeconómica se limita en la practica por el manejo de la variable localización de los SAPU y esta localización la define el programa. Llama la atención que existan cinco SAPU radicados en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, tres de los cuales ubicados en las comunas de Barnechea, Ñuñoa y Las Condes y dos en consultorios donde sí se atiende a poblaciones pobres de estas comunas (La Faena en Peñalolén y San Luis en Macul).

IRA:

La caracterización socioeconómica de los beneficiarios del programa IRA corresponde exactamente a los beneficiarios del sistema de salud pública.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

8.2.- En relación al universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos y sus criterios de identificación y focalización:

SAPU:

Sólo registra las consultas y no el número de personas atendidas, de manera que no puede relacionarse con la variable total beneficiarios. Tampoco existe el dato de concentración (número de atenciones anuales por una persona) que permitiría, retrospectivamente, calcular número de personas. Dada las características del programa, para la atención de pacientes no se requiere presentación de credenciales de beneficiarios.

IRA:

En el caso del programa IRA, la población potencialmente beneficiaria corresponde a la población infantil, con una cifra de 1.352.000 en 1996, en su mayoría beneficiarios, a su vez, del sistema público de salud.

Para ambos programas cabe señalar que por sus características, y dado que están destinados a enfrentar problemas agudos, no discriminan en cuanto a condición de beneficiario. A juicio del panel de expertos esta situación es positiva y, con alta probabilidad, ha contribuido a la aceptación que el programa tiene y a la satisfacción de los usuarios.

8.3.- En relación al número real de beneficiarios que utilizan los bienes y/o servicios del proyecto y sus mecanismos de integración y participación en el mismo:

SAPU:

El programa SAPU no registra datos sobre personas atendidas sino sólo de consultas. No se dispone de historia clínica donde incorporar el dato de "consultas nuevas", información que permitiría calcular número de beneficiarios. En Anexo N° 2 del Formato A se presentó el número de consultas anuales y el promedio mensual y diario total país y por SAPU; allí se registra un total de 1.484.474 consultas totales, un promedio mensual de 2.542 y un promedio diario de 85 consultas en 1995 y un total anual de 1.541.164 en 1996. Dada la heterogeneidad de horas totales de atención no es posible hacer análisis comparativos de rendimiento.

IRA:

Se registran los datos de las consultas, tanto de las nuevas como de las repetidas lo que permite establecer una razón entre ambos indicadores. Los pacientes nuevos atendidos que alcanzaron a 154.360 beneficiarios para atenciones kinésicas y a 10.028 para hospitalización abreviada en 1996 representan un notable volumen que, de acuerdo a los indicadores biodemográficos, estarían incidiendo en el pronóstico de las IRA y en la disminución de la mortalidad infantil por esta causa en los términos planteados en las metas.

Para ambos programas, el volumen de consultas médicas y de otro tipo de atenciones es importante y ha contribuido al cumplimiento de los objetivos de los mismos, a la aceptación del programa y a la satisfacción de los usuarios.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

8.4.- En relación a la caracterización socio - económica de los beneficiarios que hacen uso efectivo de los bienes y servicios del proyecto

Para el caso específicos de estos programas, valen los comentarios efectuados en los puntos 8.1, 8.2 y 8.3

9.- Observación y comentarios a los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del proyecto.

SAPU:

El panel considera que dada la evolución del programa y habiéndose reunido experiencia y estadísticas durante 7 años, la gerencia del programa debería estar en condiciones de establecer sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación explícitos. La evaluación debería considerar en forma separada cada modalidad de SAPU, de modo de tener elementos objetivos de análisis suficientes para, en un plazo razonable, decidir si es pertinente mantener aquellos SAPU que no responden al modelo propuesto. Ello implicaría la modificación de éstos para transformarlos en SAPU tipo I para que cumplan los objetivos o su eventual eliminación.

IRA:

El panel considera que los sistemas de monitoreo, gestión y evaluación son adecuados y contribuyen a una gestión adecuada del programa.

9.1.- Observaciones y comentarios sobre los indicadores de gestión e impacto del proyecto:

Indicadores de Gestión:

SAPU:

Los indicadores de gestión e impacto señalados en el formato A, que permitirían la evaluación del mismo, no son posibles de construir dado que la información no se registra sistemáticamente. Existe información, tanto del programa como de las estadísticas regulares del Ministerio de Salud sobre total de atenciones por Servicio de Salud, que podrían contribuir a estimar algunos aspectos de la gestión.

IRA:

Los indicadores de gestión e impacto del IRA se encuentran contenidos en los informes de gestión y en otros documentos de divulgación (cursos, congresos) lo que permite conocer la situación. Asimismo, las estadísticas regulares del Ministerio de Salud y del INE permiten construir y/o complementar los indicadores

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

IV.- OBSERVACIONES Y COMENTARIOS ESPECÍFICOS EN TORNO A LAS PROYECCIONES DEL PROYECTO/ PROGRAMA (por parte del Panel de Expertos)

10.- Observaciones y comentarios en torno a sustentabilidad del proyecto:

10.1.- Observaciones o comentarios en torno a los posibles retornos del proyecto y su relación con su autosustentabilidad:

Ambos programa presentan importantes retornos sociales, económicos y políticos, lo que asegura su permanencia en el tiempo, bajo el dominio de ciertas variables tales como un financiamiento asegurado y una capacidad de gestión efectiva en el nivel local.

10.2.- Observaciones y comentarios sobre la situación sin la continuidad del proyecto:

Aparte de las implicancias de cada programa, la no continuidad produciría una pérdida de la imagen positiva conseguida hasta ahora por ambos programas.

SAPU:

Sin este programa, toda la demanda de urgencia en horario no hábil se orientaría a los servicios de urgencia hospitalarios, con el consiguiente atochamiento de dicho servicios, con mayor tiempo de traslado y con mayor riesgo de agravamiento por demora en la atención. Respecto a la falta de continuidad de los servicio de salud que implicaría la no existencia del SAPU, ello limitaría el acceso de parte la población que no puede atenderse en horario hábil, la cual o no se atendería o demandaría atención en los servicio de urgencia hospitalarios.

IRA:

El modelo de manejo de la IRA validado por el programa ha sido de gran efectividad de modo que la suspensión del mismo tendría un inmediato efecto negativo en la salud infantil con agravamiento, y riesgo de secuelas y muerte para los niños afectados. Asimismo produciría un aumento de la demanda de atención en servicios de urgencia hospitalarios, en policlínicos broncopulmonares y en hospitalización pediátrica.

11.- Observaciones y comentarios en torno a los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del proyecto:

11.1.- Observaciones y comentarios entorno a los reales y potenciales beneficiarios de dicho aprendizaje:

SAPU:

El personal de los SAPU ha ido adquiriendo un sentimiento de pertenencia y una actitud identificable ("espíritu SAPU"), así como también ha sido beneficiado con capacitación para enfrentar los problemas prevalentes.

Se ha demostrado que la población valora la presencia de un SAPU en su comunidad en tanto genera una posibilidad de acceso rápido y cercano y porque siente seguridad de contar con un servicio de urgencia en horario no hábil. En este sentido es posible considerar que toda la comunidad ha aprendido a valorar y a utilizar adecuadamente este programa.

IRA:

Los profesionales de salud, tanto aquellos que trabajan directamente en el programa como el resto de

**FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO B
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA**

la comunidad de salud nacional se han beneficiado con el aprendizaje de un modelo de atención efectivo para la IRA. La población ha aprendido a valorar y utilizar los servicios que ofrece el programa tanto en su dimensión asistencial como en la educacional.

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

FORMATO “C”

CORRESPONDE A LAS CONCLUSIONES ESPECÍFICAS
PLANTEADAS POR EL PANEL DE EVALUACIÓN AL
PROGRAMA, LAS CUALES SE CONCENTRAN EN:
JUSTIFICACIÓN, SUPUESTOS Y OBJETIVOS, Y EN SU
EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD.

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS
SISTEMA DE EVALUACION DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO C
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/PROGRAMA	
1.- NOMBRE DEL PROYECTO/PROGRAMA	
"PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD" (PRAPS: SAPU e IRA)	
	código: 05
1.1- En caso de ser Proyecto, programa o política a la cual se vincula o es parte:	
<ul style="list-style-type: none">- promoción, prevención y protección de la salud de las personas- mejoramiento de la equidad en el acceso de la población a los sistemas de salud- calidad de la atención.- superación de la pobreza	
2.- MINISTERIO RESPONSABLE:	
MINISTERIO DE SALUD	
2.1.- Servicio responsable (si corresponde):	
DIVISION DE SALUD DE LAS PERSONAS	

II.- CONCLUSIONES EN TORNO A LA JUSTIFICACIÓN, SUPUESTOS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA
3.- CONCLUSIONES EN TORNO A LA VALIDEZ Y PERTINENCIA DE LA JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA:
<p>El panel concluye que el PRAPS no tiene características de un programa de salud sino más bien de una agregación de acciones de apoyo a la atención primaria, de gran heterogeneidad, cuyo punto en común es una forma de financiamiento vertical desde el nivel central del Ministerio de Salud. En este contexto no parece adecuado evaluarlo como una unidad. La responsabilidad de este panel fue definida para evaluar los programas SAPU e IRA.</p>
SAPU:
<p>El panel considera que existen antecedentes suficientes para demostrar la necesidad de respuesta a una demanda no satisfecha de atención continua y de urgencia no vital en el nivel primario. Sin embargo, es posible plantear que el modelo de crear un infraestructura específica, diferente y adosada al Consultorio General Urbano, era una de varias alternativas posible de diseño y no la única. Los elementos que justifican la necesidad de crear infraestructura diferente al consultorio no parecen suficientemente fundamentados, especialmente cuando el horario de funcionamiento del SAPU es aquél en el cual el CGU no se encuentra funcionando y, por lo tanto, su infraestructura se encuentra disponible. No parece que la optimización de la situación base haya sido suficientemente analizada o al menos no existen los antecedentes que lo demuestren. Lo anterior, sin perjuicio de la existencia de SAPU de cuatro categorías diferentes, de las cuales una sólo responde al modelo conceptual original que aseguraría el cumplimiento de los objetivos que</p>

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO C
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

justificaron su creación.

Por otra parte, el SAPU constituye un modelo de establecimiento de salud y no un programa propiamente tal. En tal sentido, siendo un establecimiento inserto en el modelo de atención primaria, su financiamiento es diferente en tanto se excluye del sistema "per cápita" que es el que opera en la actualidad.

IRA:

El IRA conforma un programa de salud propiamente, tal diseñado para responder a un problema de alta prevalencia y de impacto negativo en la salud de la población infantil. Hasta la creación del programa las IRAs eran tratadas con un esquema terapéutico complejo y costoso, basado en el uso de varios medicamentos simultáneamente, incluyendo antibióticos, interconsultas a especialistas y frecuente hospitalización. El modelo terapéutico del programa simplificó el tratamiento y aumentó su eficacia. Por otra parte, el modelo planteaba mejorar la cobertura y la capacidad resolutiva integrada en los establecimientos existentes.

El modelo propuesto para la prevención y tratamiento de las enfermedades respiratorias agudas fue sometido desde sus inicios a evaluaciones técnicas y económicas demostrando su efectividad. El modelo terapéutico fue aceptado por la comunidad científica y también por la población en general.

4.- CONCLUSIONES EN TORNO A LOS SUPUESTOS DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA:

SAPU:

El panel considera que el supuesto de insertar el establecimiento SAPU en el nivel primario de atención se plantea débil mientras no se integre al sistema regular de atención primaria. Lo anterior depende de la verticalidad de su generación y de su forma de financiamiento. El programa SAPU no se ha ejecutado en todo los casos con el diseño original, creándose establecimientos que no estarían en condiciones de cumplir con los objetivos planteados: SAPU que funcionan menos de 123 horas no están en condiciones de ofrecer atención continuada, SAPU que funcionan más de 123 horas atienden en paralelo al consultorio y, en algunos casos, compiten con éste en lugar de complementarse. De acuerdo a los informes y estadísticas del programa, se aprecia que la implementación de los SAPU no se ha cumplido de acuerdo al diseño, llamando la atención el bajo porcentaje de disponibilidad de equipamiento, en especial de los de bajo costo (ver anexo equipamiento en Formato A). En esos mismos informes se da cuenta que algunas municipalidades modifican el modelo y aportan algún nivel de financiamiento.

IRA:

Con respecto al programa IRA, el modelo planteaba mejorar la cobertura y la capacidad resolutiva en los establecimientos existentes por lo cual se crearon las condiciones para que el programa operara definiendo espacios y funciones que se insertaron e integraron a los establecimientos del sistema regular de atención primaria con la sólo excepción del sistema de financiamiento.

El nuevo esquema terapéutico implicaba el uso de broncodilatadores en forma de aerosoles, de los cuales no existía disponibilidad suficiente para un programa de la magnitud planteada. La gestión del equipo directivo del programa logró que el mercado farmacéutico reaccionara y abasteciera los

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO C
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

requerimientos y a un costo razonable. El modelo terapéutico fue validado e internalizado por la comunidad científica que lo adoptó como norma terapéutica.

El hecho de que los municipios también aporten financiamiento, pero sin modificar el programa aparece como una situación positiva y de compromiso del municipio con el programa.

5.- CONCLUSIONES EN TORNO A LA DEFINICIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

SAPU:

Dado que el SAPU es un establecimiento de atención abierta, el cumplimiento de sus objetivos se expresa en atenciones realizadas. El aumento sostenido de atenciones que alcanza a más de 1,5 millones de atenciones a 1996 es una expresión de ese cumplimiento. Sin embargo, la inexistencia de datos desagregados impiden tener conclusiones más precisas. El objetivo de descongestionar los SUH no puede ser demostrado con el descenso del número de atenciones de éstos, dado la multifactoriedad de la demanda del SUH y dado que no siempre existe un SAPU en el área de atracción de un SUH. Así, descensos en las atenciones de los SUH no son atribuibles directamente al Programa.

Por otra parte, en la Región Metropolitana, se aprecia una disminución de las atenciones del SUH desde 1988, dos años antes de la creación de los SAPU (informe de gestión del año 1993, entregado por la unidad ejecutora).

IRA:

El panel ha concluido que el objetivo principal del programa se ha cumplido tanto en sus componentes asistenciales como educacionales. Los indicadores generados permiten evaluar los resultados del programa, así como también realizar el monitoreo y vigilancia epidemiológica. Cabe agregar que las cifras muestran un impacto en evitar muertes, secuelas y agravamiento como consecuencia del programa, lo que contribuye, a su vez, al cumplimiento de la meta de disminución de la mortalidad infantil planteado en el "Compromiso de Chile con los niños y niñas" (Cumbre de la Infancia).

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO C
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

III.- CONCLUSIONES ESPECÍFICAS EN TORNO A LA EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROYECTO

6.- CONCLUSIONES ESPECÍFICAS EN TORNO A LA EFICACIA DEL PROGRAMA

SAPU:

El panel concluye que el programa ha demostrado su eficacia en algunos aspectos, a través de algunos indicadores disponibles, como por ejemplo, el número creciente de atenciones y el tiempo de espera para atención (en el SAPU, éste alcanza a 13 minutos en horario de alta demanda a diferencia del SUH en que es de 44 minutos).

La población tiene un sentimiento de seguridad dado por la disponibilidad continua de atención médica y aprecia la respuesta a la percepción de urgencia definida por ellas mismas. En este sentido el programa demuestra su eficacia porque no se produce la postergación de la atención o la no atención por "autorechazo" ya que la gente acude. Esto es especialmente válido en horario no hábil en el que no existe alternativas de atención (excepto el SUH). Por tal motivo, no parece conveniente establecer alternativas de SAPU en función de la variable horario.

IRA:

En cuanto al programa IRA, éste ha demostrado su eficacia técnica dado que las normas preventivas y terapéuticas implementadas en el programa tienen resultados inmediatos reflejados en mejoría en la mayoría de los casos en las salas de hospitalización abreviada y en referencia oportuna al hospital cuando corresponda, además de acortar el tiempo de recuperación (información respaldada por estadísticas del programa). Los hospitales (nivel terciario) están en condiciones de recibir los casos derivados desde las salas de hospitalización abreviada de los consultorios

7.- CONCLUSIONES EN TORNO A LA EFICIENCIA DEL PROGRAMA

Los costos de administración del programa por el nivel central ministerial que ascienden a 0,64% del presupuesto PRAPS 1996, se consideran razonables, aun cuando no es posible asegurar que ellos representen todos los costos del nivel central debido a la falta de detalles del mismo.

SAPU:

El panel concluye que un indicador de eficiencia del SAPU son los menores costos determinados por disminuir las esperas y los traslados al SUH y los menores costos para el sistema de salud al realizar acciones en el nivel primario en lugar de realizarlas en los niveles secundario y terciario.

Atenciones oportunas (no postergadas) acortan el tiempo de recuperación de pacientes y en consecuencia su tiempo de invalidez y de ausencia al trabajo. Las cifras que muestran costos unitarios por prestación en SAPU equivalentes al 50% del costo de la atención en el SUH son un indicador objetivo de la eficiencia de este programa.

IRA:

Los costos directos generados por el tratamiento implementado en el modelo son menores respecto a los costos involucrados en la alternativa de tratamiento utilizada previa a la existencia del programa. Estos menores costos dependen del uso de un fármaco básico (broncodilatadores en aerosol) en lugar de varios fármacos simultáneamente, de la contratación del profesional kinesiólogo

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO C
FICHA DE SÍNTESIS DE OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

cuya remuneración es menor que la del médico para la realización de un número sustantivo de acciones, de la realización del tratamiento en salas de hospitalización abreviada de preferencia sobre la hospitalización tradicional. Los estudios de evaluación de impacto muestran un ahorro por días-cama liberados e interconsultas a especialista evitadas de considerable magnitud (M\$ 3.3335.082, hasta 1996). De este modo es posible concluir que el programa es eficiente.

8.- CONCLUSIONES EN TORNO A LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA

SAPU:

La efectividad del programa SAPU es difícil de comprobar dado la inexistencia de un sistema de monitoreo y seguimiento y dado que no se registran sistemáticamente los datos de atenciones desagregados por variables demográficas y de diagnóstico.

Aún cuando la capacidad resolutive frente a urgencias vitales no está asegurada en el SAPU, sí lo está frente a las urgencias primarias "no vitales". Lo anterior es válido sólo para los SAPUs que responden al modelo original (123 hrs.) y que cuentan con el equipamiento completo.

Por otra parte, la población tiene un sentimiento de seguridad dado por la disponibilidad continua de atención médica, lo que también ha representado una imagen positiva institucional.

Para la población el sistema es apreciado porque responde a la percepción de urgencia definido por las personas mismas.

IRA:

El panel concluye que el programa ha demostrado su efectividad, pues siendo su propósito el entregar atenciones conducentes a disminuir la mortalidad en la niñez por causa de la IRA las estadísticas muestran una cantidad de muertes evitadas que supera las 300.

El manejo oportuno y adecuado de los episodios agudos disminuye sustantivamente el riesgo de secuelas y cronicidad, lo que se demuestra por la reducción entre 25 y 50% en las referencias a los policlínicos de especialidad broncopulmonar. El programa ha permitido evitar la hospitalización en el 95% de los casos tratados en las salas de hospitalización abreviada.

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

FORMATO “D”

CORRESPONDE A LAS CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES FINALES PLANTEADAS POR EL PANEL
DE EVALUACIÓN, LAS QUE SE CONCENTRAN EN LA
JUSTIFICACIÓN, DISEÑO Y GESTIÓN DEL PROGRAMA
EVALUADO.

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO D
FICHA DE SÍNTESIS DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/PROGRAMA	
1.- NOMBRE DEL PROYECTO/PROGRAMA : PROGRAMA DE REFORZAMIENTO ATENCION PRIMARIA DE SALUD (PRAPS: SAPU - IRA)	
CODIGO: 05	
1.1.- En caso de ser Proyecto, programa o política a la cual se vincula o es parte :	
El Panel considera que son vinculantes a lo menos las siguientes Políticas Públicas : Política de Salud Pública Política de Superación de la Pobreza	
2.- MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD	
2.1.- Servicio responsable (si corresponde): División de Salud de las Personas	
II.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES	
3.-Recomendaciones en torno a la validez y pertinencia de la justificación y supuestos del proyecto/programa	
PRAPS: Dado que el PRAPS no conforma un programa de salud y que sus componentes no están claros, el Ministerio debería establecer una línea de reforzamiento o apoyo a la atención primaria con visión de conjunto y componentes debidamente integrados y que generen sinergias, y no una agregación de programas, subprogramas o proyectos de diversa complejidad, contenido y orientaciones, que se agrupan por consideraciones no técnicas. Al menos deben estar diferenciados aquellos apoyos orientados a fortalecer la gestión o financiamiento de la atención primaria y aquellos que son netamente programas de salud, orientados a solucionar patologías o situaciones de morbilidad negativas para las personas.	
SAPU: El SAPU se puede definir claramente como un tipo de establecimiento de atención primaria el cual se justifica por los beneficios que se esperan de las atenciones que presta, en tanto exista una demanda para dichas atenciones y que son de múltiples especialidades. Al respecto, el Ministerio de Salud debe definir la situación futura de estos establecimiento en sus aspectos de gestión, dependencias y de financiamiento. Por su condición de infraestructura, debería traspasarse a los niveles locales con los modelos de financiamiento regulares de la atención primaria. El no hacerlo	

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO D
FICHA DE SÍNTESIS DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

así, implicaría a juicio del panel, que se comenzaría a establecer modelos paralelos a lo vigente y a una vuelta del nivel central del Ministerio por preocupaciones operativas. Se considera relevante evaluar separadamente los diferentes tipos de SAPU existentes a la fecha, dado que los 4 tipos que se han desarrollado no son comparables entre sí.

Por otra parte, se considera necesario que el Ministerio no sólo fije los criterios de elegibilidad para la creación de un SAPU sino también, debería estar en condiciones de desarrollar un mapa de los posibles SAPUs que acepta el país dado esos criterios de elegibilidad, y a partir de ello conformar un programa de implementación que sólo dependería de la disponibilidad de fuentes de financiamiento. Un programa de implementación de SAPU debería tener en consideración las observaciones efectuadas en esta evaluación. Si en algún momento se consideró como un plan piloto, el panel considera que ha pasado suficiente tiempo como para tomar decisiones al respecto.

IRA:

Dada la efectividad del programa, establecida a partir de los indicadores de resultados conseguidos a la fecha, el Ministerio debería institucionalizar el programa IRA en todo el sistema de atención primaria, como método de trabajo y modelo terapéutico. Para ello se requiere que el programa se inserte totalmente en los establecimientos de atención primaria y se genere la forma de financiamiento regular que se encuentre vigente. En concreto, esto significa que las acciones de IRA deben efectuarse en todo el país e incorporarse al financiamiento "per cápita". Ello manteniendo la función normativa, supervisora y de coordinación en la forma en que ha sido llevada hasta la fecha. Se debe conformar un sistema de información completo, de gestión y de indicadores técnicos, del programa, que permita obtener un cuadro oportuno de la situación observable a partir del mismo.

4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO AL DISEÑO DEL PROGRAMA:

PRAPS:

No debe conformarse como un programa sino más bien como una línea de acción o estrategia del Ministerio.

SAPU:

El panel considera que en términos de diseño el programa debería definir un modelo de SAPU debidamente correlacionado con los beneficios esperados de tal forma que su implementación asegure la consecución de dichos beneficios. Ello no implica que existan ciertos niveles de flexibilidad, pero no deberían implementarse SAPUs que escapen al sentido o filosofía que lo sustenta. Por ejemplo, no deben establecerse SAPUs en horarios diurnos, que se transforman en competitivos con los CGU, y debería tomarse una decisión con los SAPU de menos de 123 horas en términos de transformarlos en SAPU de dicho horario de funcionamiento o aceptar que constituyen otro tipo de establecimiento.

Otro aspecto de diseño se refiere a que el Ministerio debería evaluar la posibilidad de aprovechar las instalaciones del CGU que quedan disponibles en los horarios en que inicia el funcionamiento el SAPU, y si es necesario hacer adaptaciones para atender urgencias. El panel considera que esta

FICHA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS - FORMATO D
FICHA DE SÍNTESIS DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

variable no es una condición suficiente para crear nuevas infraestructuras, incluso llegándose a construir instalaciones a cierta distancia de los CGU.

5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LA GESTIÓN DEL PROGRAMA:

SAPU:

Llevar registros consistentes e integrados a los sistemas habituales de la Atención Primaria.

Establecer líneas claras de dependencias y jerarquías.

Definir un sistema de seguimiento y evaluación permanente del programa a cargo del nivel central y Regional del Ministerio de Salud.

Se debe conformar un sistema de información completo, de gestión y de indicadores técnicos, del programa, que permita obtener un cuadro oportuno de la situación observable a partir del mismo.

Integrar el sistema de financiamiento de los SAPU al per cápita. La justificación de no hacerlo así debería ser válida para todos los demás programas de salud

IRA:

Integrar el sistema de financiamiento del programa IRA al per cápita. La justificación de no hacerlo así debería ser válida para todos los demás programas de salud

Se debe conformar un sistema de información completo, de gestión y de indicadores técnicos, del programa, que permita obtener un cuadro oportuno de la situación observable a partir del mismo.

Para ambos programas, en términos de evaluación de la eficiencia, debería desagregarse con mayor detalle el gasto de cada uno de los componentes de la prestación, desglosando también las estadísticas por período horario (especialmente en SAPU), a fin de precisar con mayor exactitud el costo y el costo-beneficio y, asimismo, considerar los retornos no económicos, intangibles y externalidades que en estos programas tienen gran relevancia.