

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

SEPTIEMBRE 2000

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

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

Santiago, 15 de Septiembre del 2000. -

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

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

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

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

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

Esperando una favorable acogida, le saluda atentamente


ALAN MRUGALSKI MEISER
Jefe Depto. Control de Gestión
Gabinete Ministra

VLH/ecc
C.C.

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

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

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

1. RESPECTO AL DISEÑO DEL PROGRAMA

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

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

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

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

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

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

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

2. RESPECTO A LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

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

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

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

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

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

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

3. RESPECTO A LA EFICACIA DEL PROGRAMA

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

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

4. RESPECTO A LA EFICIENCIA DEL PROGRAMA

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

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

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

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

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

7. RESPECTO A LA SUSTENTABILIDAD DEL PROGRAMA

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

8. RESPECTO A LA EXPERIENCIA ADQUIRIDA

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