



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

**PROGRAMA
REFORZAMIENTO DE
URGENCIA Y UNIDADES
CRÍTICAS
(R. URGENCIA)
MINISTERIO DE SALUD**

JUNIO 2001

SÍNTESIS EJECUTIVA

PROGRAMA REFORZAMIENTO DE URGENCIA Y UNIDADES CRÍTICAS ELABORADA POR LA DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

JUNIO 2001

**SÍNTESIS EJECUTIVA - Nº15 -
PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE URGENCIA Y UNIDADES CRÍTICAS
MINISTERIO DE SALUD**

PRESUPUESTO AÑO 2001: \$ 145.938 millones¹

1. Descripción del Programa

1.1 Fin

Contribuir a la mejoría del nivel de salud de la población que presenta problemas de urgencia de salud y a la percepción de seguridad de la población al respecto.

1.2 Propósito

Resolución de la demanda de urgencia en la red pública, en forma oportuna y eficaz, de acuerdo a estándares de calidad y equidad en el acceso.

1.3 Población Objetivo

El programa se dirige a la totalidad de la población que utiliza la red de servicios públicos para satisfacer sus demandas de atención de urgencia. En este sentido, y dado que todos los habitantes del territorio están en riesgo de tener una emergencia, la población objetivo del programa es toda la población del país.

1.4 Población Beneficiaria

El programa solo maneja información de número de consultas por componente, lo cual no coincide exactamente con el número de beneficiarios efectivos, puesto que una persona puede ser atendida más de una vez en el año o utilizar más de un componente en un solo evento (derivaciones de un nivel de urgencia a otro).

1.5 Descripción General del Diseño del Programa

El programa se origina en la incorporación de un modelo de red a la atención de urgencia, como una forma de organizar los componentes tradicionales de esta atención. Como red de urgencia está funcionando sólo desde el año 2000, no obstante que sus componentes son más antiguos. Los componentes de la red de urgencia son los siguientes:

Componente 1: Atención de urgencia en consultorios y postas rurales.

Las prestaciones son entregadas por los establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS), financiado mediante el mecanismo normal de asignación per-cápita.

Componente 2: Atención de urgencia en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

Es provisto por la APS municipal y financiado mediante una transferencia del MINSAL, en base a una estimación del costo de los insumos. Su principal característica es la entrega de prestaciones a continuación de los horarios normales de las APS, de las 17 a las 24 horas y de las 17 a las 8 horas del día siguiente.

¹ Estimación en base a gasto efectivo año 2000.

Tanto la APS como el SAPU están diseñados para la resolución de urgencia no-vitales o de baja complejidad.

Componente 3: Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU).

Atención, traslado y coordinación de urgencia-emergencia, individual y colectiva, por medio de ambulancias equipadas y con personal idóneo para resolver emergencias. Este componente es entregado por centros reguladores que dependen administrativamente de un Servicios de Salud de la Región, aunque el territorio de éstos centros puede abarcar a varios Servicios. Actualmente existen en 3 regiones del país (V, VIII y Metropolitana). Son financiados por FONASA a través del mecanismo de Pago por Prestación Prestada (PPP), mediante el cual se cancela un monto por cada atención efectivamente realizada, de acuerdo al Arancel de la Modalidad de Atención Institucional.

Componente 4: Atención de urgencia en Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) a personas que demanden espontáneamente o sean referidas desde otros establecimientos.

Componente 5: Atención en unidad de paciente crítico (UCI, UTI).

Corresponde a la atención otorgada a personas en situación de inestabilidad derivados de la Unidad de Urgencias y de los servicios clínicos de los hospitales.

Estos dos últimos componentes son provistos directamente por los hospitales pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y son financiados mediante el sistema de Pago por Prestación Prestada (PPP) descrito anteriormente.

Los componentes SAMU, UEH y UCI-UTI, están diseñados para resolver urgencias vitales o de alta complejidad.

1.6 Antecedentes de Gasto

Durante el período 1997-2000 el gasto global del programa creció un 22% en términos reales, alcanzando los \$141.134 millones este último año, sin considerar el componente de atención de urgencia en consultorios y postas rurales². El presupuesto para el año 2001 fue de \$145.938 millones.

2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

2.1 Diseño

El sistema público de salud ha logrado desarrollar una red de urgencias de alta cobertura que ofrece atención al conjunto de la población chilena a través de la incorporación de medios innovadores, como SAPU y móviles de emergencia SAMU.

El programa Red de Urgencia esta radicado en la División de Inversiones de la Red Asistencial (DINRED) del Ministerio de Salud. Por otra parte distintas unidades dentro de dicho Ministerio tienen vinculaciones con los componentes: Actualmente los componentes APS y SAPU están relacionados con la División de Atención Primaria, los componentes UCI-UTI y UEH están relacionados con la Unidad de Gestión de Servicios. Sin embargo los ámbitos de coordinación, así como los roles y atribuciones de cada una de estas instancias y su relación con la DINRED no están claramente definidos en la estructura del programa. Además se percibe la ausencia de algunos actores

² En el nivel APS, no se contó con información que permitiera separar los costos de las atenciones de urgencia de las atenciones de morbilidad general.

relevantes en la instancia de coordinación del programa, como son las unidades encargadas de la administración financiera y de la política de recursos humanos al interior de la institución.

El programa se enfoca prioritariamente en la coordinación de la red pública de urgencia. Por esta razón los aspectos relacionados con la regulación que el Ministerio debe ejercer sobre los proveedores privados de servicios de urgencia, así como la coordinación a nivel de provisión con estos prestadores no están incluidos en su diseño actual.

La decisión de incluir componentes cuyo diseño no está centrado en la resolución de la demanda de urgencia, como la atención en consultorios y postas rurales y la gestión de camas críticas, entraña el riesgo de diluir la preocupación por la gestión de tecnologías más específicas de la atención de urgencia.

Además, la relevancia que se otorga en el diseño a la recuperación de los costos de la atención otorgadas a beneficiarios de seguros de salud privados (ISAPRES y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) es insuficiente.

2.2 Organización y Gestión

La estructura organizativa del programa es de reciente implantación y no existe una sanción formal de ésta en la normativa ministerial vigente.

Pese a los esfuerzos realizados hasta ahora, el sistema de información para la gestión económico-financiera del programa es insuficiente. No existen sistemas que permitan monitorear los costos de los componentes, los que se encuentran repartidos en diversos presupuestos al interior del sector.

Los SAMU de la VIII Región y de la RM dependen de un solo Servicio de Salud, en circunstancias que su ámbito de acción abarca el territorio de más de un Servicio. Lo anterior genera problemas de gestión y de asignación presupuestaria.

En las UEH la distribución de los recursos humanos no se ajusta a los horarios de alta o baja demanda. Tampoco se aprovechan adecuadamente las capacidades y experiencias de los médicos con mayor antigüedad, puesto que estos por lo general están liberados de desempeñarse en funciones productivas.

No existe una definición uniforme de las características del recurso Camas Críticas y de los costos involucrados en su operación, lo que afecta su acreditación ante FONASA y su posterior facturación.

No existen mecanismos explícitos de coordinación e interlocución entre la unidad ejecutora y los responsables de la provisión de los servicios en los Servicios de Salud y en las municipalidades.

2.3 Eficacia y Calidad

El total de atenciones del programa ha pasado de 7.8 millones en 1997 a 10.1 millones en el año 2000, lo que representa un aumento del 29%. Este incremento en el número de prestaciones revela que el programa ha logrado resultados positivos en el ámbito de la oferta. Sin embargo, dada la inexistencia de registro de rechazos y de tasas de uso óptimas definidas por MINSAL, no es posible evaluar si ésta mayor producción ha contribuido a lograr el propósito del programa.

En cuanto a la resolutivez de la atención primaria y su relación con los SAPU(s), según un estudio de 1998, un porcentaje estimado no mayor al 10% de las consultas del SAPU corresponden a patología consideradas de urgencia por el equipo de salud, lo que se explica porque una parte

importante de las consultas de morbilidad general llegan al SAPU al no ser absorbidas por el consultorio diurno.

Además, un análisis realizado con una muestra de atenciones en una UEH de la Región Metropolitana reveló que el 61% de las consultas técnicamente podrían haber sido resueltas en el nivel primario. El panel plantea que es posible avanzar hacia una mejor orientación de la demanda de urgencias de acuerdo a su complejidad.

El modelo SAPU ha significado un avance en términos de oferta de atenciones de urgencia, a través del aumento en el número de centros y la extensión de los horarios de atención. La cantidad de atenciones aumentó de 1.7 millones en 1997 a 2.6 millones en 2000 y la tasa de uso pasó de 200 atenciones por cada mil beneficiarios FONASA en 1997 a 291 en el año 2000. No obstante lo anterior, no es posible evaluar el impacto que estas prestaciones han tenido en términos de reducir la presión sobre los servicios de urgencia hospitalarios.

En cuanto a la resolutivez de los SAPU(s), la tasa de derivación desde este nivel a los hospitales, de acuerdo a datos de 1998, fue de un 2.5% en la RM y de un 2.2% en regiones.

No es posible evaluar la calidad del componente SAPU desde el punto de vista del usuario, puesto que no existe información sobre tiempos de espera y niveles de satisfacción con el servicio entregado.

En lo que respecta al componente SAMU, éste ha aumentado su capacidad instalada en términos de centros reguladores, móviles y acceso telefónico, lo cual se ha traducido en un incremento de las atenciones prestadas. Las salidas de móviles han aumentado en un 145% en el período 1997-2000 alcanzando las 252 mil este último año, mientras que la tasa de uso aumentó de 709 salidas por cada 100 mil habitantes en 1997 a 1.657 salidas el año 2000.

Por otra parte, este componente muestra tiempos de respuesta adecuados. Los actuales tiempos promedio de espera (entre la solicitud y la llegada al lugar del evento) son inferiores a 10 minutos³ en la Región Metropolitana. No obstante el traslado de pacientes ya estabilizados, que debieran efectuarse a través de ambulancias normales, y la norma de esperar en el centro clínico el resultado de la atención para atender su eventual traslado al domicilio o su derivación a otro centro, limita la disponibilidad móviles.

Finalmente una evaluación realizada a comienzos del 2001³ revela que los usuarios (pacientes y acompañantes) tienen una buena percepción del servicio.

Las atenciones del componente urgencia hospitalaria han aumentado en un 21% entre 1997 y 2000, llegando a los 7.3 millones de prestaciones este último año. Con lo anterior, la tasa de uso de este componente aumentó de 606 atenciones por cada mil usuarios de atención cerrada en 1997 a 704 atenciones el año 2000.

Además, la evidencia muestra que los tiempos de espera son en un alto porcentaje⁴ adecuado. Un 59% de los pacientes esperan menos de 15 minutos en un hospital de la RM. No obstante lo anterior, los tiempos de espera no siempre se correlacionan con la gravedad del paciente.

Finalmente, en lo que respecta a camas críticas, los días camas ocupados han aumentado de 190 mil en 1997 a 277 mil en el año 2000, lo que significa un aumento de un 46%. Lo anterior se explica principalmente por el aumento en los días camas disponibles, los que se incrementaron en un 42%

³ Fuente: SAMU Región Metropolitana. Proceso de Evaluación de Móviles. Marzo 2001.

⁴ Fuente: Estudio Complementario de Demanda de Urgencia en un Hospital de la RM, Dirección de Presupuestos, 2001.

durante el mismo período. A pesar del incremento en la oferta de este componente, se aprecia una brecha en el requerimiento de camas de cuidado intermedio, tipo de cama que es esencial para descongestionar la hospitalización de tránsito en las UEH. Estudios del MINSAL estiman el déficit de este recurso en un 81% para el país (334 camas).

Para este componente no existen datos de satisfacción del usuario ni de tiempos de espera.

2.4 Economía (desempeño financiero) / Eficiencia

Economía

La Red de Urgencia recupera los costos en que se incurre por las prestaciones otorgadas a beneficiarios del seguro público, las cuales son facturadas a FONASA. No obstante respecto de la recuperación de costos asociados a las prestaciones entregadas a beneficiarios de seguros privados, existen aspectos que deben ser mejorados. Por ejemplo, en el caso del componente Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH), la recaudación por atenciones a beneficiarios del Sistema ISAPRE pudo haber sido más alta, en atención a que durante los años 98 y 99 solo se facturó un 68%⁵ de estas prestaciones. Además, se observan problemas administrativos en la recuperación de costos de atenciones a pacientes cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP), por lo que una parte no determinada de esta recaudación se pierde.

Eficiencia

Los costos medios por atención, a nivel global, se han mantenido relativamente estables durante el periodo 1997-2000. Hacia el año 2000 el costo promedio por atención prestada en la Red de Urgencia fue de \$ 14.480⁶, dato que se ve fuertemente influenciado por el costo medio de la atención en UEH, que es el componente que presenta un mayor nivel de producción (un 71% del total de atenciones el año 2000).

El costo medio por beneficiario del componente SAPU se ha reducido de \$3.390 a \$2.660 entre 1997 y 2000, lo que representa una caída de un 22%.

Por su parte, el costo medio por salida de los móviles SAMU se incrementó de \$21.310 en 1997 a \$26.270 en 1999 (un 23% de aumento), para luego caer a \$17.150 el año 2000.

Como se observa, el costo medio de la atención es altamente diferenciado por componente. Una atención de urgencia en una UEH tiene un costo más de cuatro veces superior al de una prestación en un SAPU (para el año 2000 estas cifras son \$14.180 y \$2.660 respectivamente). Por lo anterior, la entrega en hospitales de atenciones de urgencia susceptibles de ser resueltas en el nivel primario, resulta altamente ineficiente.

Especialmente en el nivel primario (consultorios) la eficiencia del programa puede ser mejorada, incorporando mecanismos que permitan una mejor diferenciación de la demanda considerando el nivel gravedad de la consulta de urgencia y el tipo de respuesta requerida.

Por otra parte, en el nivel hospitalario (UEH), se detecta un manejo ineficiente de los recursos humanos de alto costo, la cual podría ser mejorada a través de una mejor gestión del equipo asistencial en función de las demandas horarias, mejor organización de los turnos y un mayor desarrollo del sistema de especialistas de llamada.

⁵ En los años 1997 y 2000 se facturó un 95% y un 90% del total de atenciones respectivamente.

⁶ No incluye gastos administrativos puesto que no fue posible elaborar una estimación confiable de este concepto.

Hay ausencia de criterios objetivos de inversión que consideren la infraestructura de urgencia pública y privada existente en un mismo territorio.

Con respecto a la inversión pública, en general, los recursos han sido asignados de acuerdo a las demandas y el interés mostrado por los Servicios de Salud.

Tal como se señaló en el punto 1.5, existen diferentes mecanismos de financiamiento de los componentes del programa. En todos ellos la transferencia de recursos se realiza en forma independiente del nivel de actividad y de los resultados, lo que no genera incentivos para gestionar eficientemente los recursos.

En particular, en el nivel primario, la existencia de diferentes mecanismos de transferencia de recursos genera distintos incentivos. La lógica de financiamiento por programa aplicada a los SAPU, desvincula el financiamiento del nivel de producción, en tanto que el pago per capita, aplicado a los consultorios y postas rurales, incentiva el uso de técnicas de menor costo, como la promoción y prevención de salud.

2.5 Principales Recomendaciones*

2.5.1 Recomendaciones que no Involucran Recursos Adicionales

1. Teniendo en cuenta que el MINSAL tiene un rol de rectoría sobre el conjunto del sistema de salud, es importante considerar la incorporación de ajustes al fin y al propósito del programa que den cuenta de la obligación del Ministerio de normar respecto de prestadores de servicios de urgencia públicos y privados.

2. A nivel de diseño es necesario definir con precisión los componentes de atención en consultorio y postas rurales y camas críticas, acotándolos solo a lo que compete con la atención de urgencia.

Es necesario analizar con detalle las características de la demanda de morbilidad de la APS y estudiar alternativas que permitan separar y priorizar la demanda de urgencia de acuerdo a su gravedad y complejidad.

3. Es importante definir con claridad los roles y mecanismos de coordinación de la unidad ejecutora con las divisiones de MINSAL que se vinculan con los componentes, así como definir la coordinación del nivel central con los ejecutores. Es necesario sancionar oficialmente la estructura del programa en la normativa que rige a MINSAL, estudiando previamente la mejor ubicación de la responsabilidad central del programa en la orgánica del Ministerio.

4. Es importante abordar la solución definitiva de la dependencia y estructura administrativa de los SAMU. La situación actual, que los hace depender de un Servicio de Salud cuando su accionar se extiende a territorios más amplios, genera problemas administrativos y presupuestario.

5. El programa debe contar con un sistema de información que incorpore un conjunto básico de indicadores de resultados, calidad y económico-financieros que permitan la evaluación periódica

* La identificación de necesidades de recursos que acompaña a las recomendaciones corresponde a la efectuada por el panel evaluador. Al respecto es necesario aclarar que más allá de lo señalado por el panel, para efectos de definiciones presupuestarias, la necesidad de recursos adicionales requiere una revisión más amplia de las disponibilidades financieras y uso de recursos de las instituciones, análisis que está fuera de las posibilidades de un panel evaluador. Por tanto, lo que se propone en esta materia no es concluyente.

de su eficacia y eficiencia y que entreguen una retroalimentación en materias de gestión, transferencias de recursos, incentivos y mecanismos de pago.

6. Se deben realizar estudios de costos de las prestaciones que conforman cada uno de los componentes. Revisar el arancel FONASA Modalidad de Atención Institucional para las prestaciones de urgencia, con énfasis en el reconocimiento de las camas existentes en los servicios de urgencia como recursos de mayor costo que las camas comunes.

7. Es necesario mejorar los procedimientos administrativos que permiten recuperar los costos de las atenciones a beneficiarios de ISAPRE, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y de otros seguros en los distintos componentes del programa y aplicar incentivos que estimulen una mejor gestión de los ingresos propios.

Incorporar formas de transferencia de recursos que incentiven la gestión clínico-financiera en los hospitales y sus unidades operativas. Modificar el arancel vigente para el cobro a compañías aseguradoras de los montos por Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, puesto que actualmente se subestima el costo de las prestaciones.

8. Se debe incorporar con mayor fuerza en la gestión del programa la gestión de los recursos humanos especializados y de alto costo. Se deben estudiar fórmulas innovadoras de contratación de médicos en los servicios de urgencia y analizar su distribución horaria. También es necesario abordar la situación de los médicos de alta experiencia y especialización que se liberan de guardias nocturnas en los servicios de urgencia debido a las normas de jubilación anticipada vigentes, a fin de utilizar adecuadamente estos recursos en funciones productivas.

9. Se recomienda estudiar la mejor alternativa para una efectiva articulación de la red pública y la red privada de urgencia, a fin de coordinar los esfuerzos nacionales en esta materia.

10. Es necesario establecer criterios más objetivos para invertir en nueva infraestructura, en especial en la APS. Al respecto, se recomienda el cálculo de tasas de uso, combinando la oferta hospitalaria y de los SAPU existentes en unidades territoriales tipo.

En lo que respecta a los SAMU, es necesario uniformar criterios de acreditación de móviles de manera de facilitar la inversión en las regiones con criterios de necesidades "per-cápita".

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

PROGRAMA REFORZAMIENTO DE URGENCIA Y UNIDADES CRÍTICAS

PANELISTAS:

FERNANDO MUÑOZ (COORDINADOR)

MARÍA L. DAIGRE

FERNANDOS CARTES

JUNIO 2001

**PROGRAMA
RED DE URGENCIA**

**MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTO**

MINISTERIOS RESPONSABLES:

Ministerio de Salud

PANEL EVALUADOR:

**Coordinadora : Fernando Muñoz Porras
María Luisa Daigre
Fernando Cartes**

**INFORME
FINAL DE
EVALUACION**

Santiago, Mayo del 2001

INDICE

Sección	Página
Resumen Ejecutivo	2
I. Antecedentes del programa	8
1. Descripción del programa	8
2. Justificación del programa	8
3. Objetivos del programa al nivel de fin y propósito	10
4. Política global y/o sectorial a que pertenece el programa	10
5. Descripción y cuantificación de bienes y/o servicios (componentes) del programa	11
6. Procesos de producción de los componentes y financiamiento	15
7. Caracterización y número de beneficiarios objetivo	20
8. Programas complementarios	23
9. Período de ejecución del programa	24
10. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación	25
11. Antecedentes financieros	26
12. Reformulaciones del programa	27
13. Funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la unidad ejecutora	27
II. Temas de evaluación	28
1. Diseño del programa	28
2. Organización y gestión del programa	32
3. Eficacia y calidad del programa	35
4. Eficiencia y economía del programa	50
5. Nivel de logro fin del programa	67
6. Justificación de la continuidad	68
7. Sostenibilidad del programa	69
8. Aspectos innovadores del programa	70
III. Priorización de las recomendaciones	70
IV Referencias	74
Anexo A	76
Anexo 1	77
Anexo 2	90
Anexo 3	99
Anexo 4	111

INFORME FINAL

<p>NOMBRE PROGRAMA: RED DE URGENCIA AÑO DE INICIO: SAPU: 1990. SAMU: 1993. CAMAS CRITICAS: NUEVO MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD SERVICIO RESPONSABLE: DIVISION DE INVERSIONES Y DESARROLLO DE LA RED ASISTENCIAL (DINRED)</p>
--

RESUMEN EJECUTIVO

1. Descripción del Programa

El programa: "Red de urgencia" integra una serie de esfuerzos que a través de la historia de la organización de los servicios de salud chilenos han dado respuesta a las demandas de la población por obtener atención médica urgente. El programa incluye los siguientes componentes:

- Atención de morbilidad general de urgencia en consultorios y postas rurales,
- Atención de morbilidad general de urgencia en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU),
- Atención, traslado y coordinación de urgencia-emergencia, individual y colectiva, por medio de los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU o Urgencia 131),
- Atención de urgencia-emergencia en hospitales a personas que demanden espontáneamente o sean referidas desde otros establecimientos y,
- Atención en unidad de paciente crítico (UCI, UTI).

El programa ha sido establecido hoy como una forma de coordinar los esfuerzos que en cada uno de sus actuales componentes se han hecho hasta ahora para ofrecer a la población una atención adecuada y oportuna frente a las emergencias. La evaluación examina el desarrollo de cada uno de los componentes y los resultados tenidos hasta ahora y, en relación con el nuevo programa que los integra, propone recomendaciones dirigidas a fortalecer su accionar futuro.

El programa tiene como fin el de ***"Contribuir a la mejoría del nivel de salud de la población que presenta problemas de urgencia de salud y a la percepción de seguridad de la población al respecto"*** y su propósito es el de ***"Resolución de la demanda de urgencia en la red pública, en forma oportuna y eficaz, de acuerdo a estándares de calidad y equidad en el acceso"***.

La unidad ejecutora del programa es la División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial del Ministerio de Salud (DINRED), la que actúa en conjunto con la División de Atención Primaria (DIVAP) y la Unidad de Gestión de Servicios (UGS) del mismo Ministerio, entidades que son responsables de la supervisión de los servicios de atención primaria y de los servicios de salud agrupados en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) respectivamente.

Durante el período de evaluación, los recursos asignados al programa han representado, en promedio, el 10,6% del presupuesto total del Ministerio de Salud.

Para el desarrollo de la presente evaluación, el panel interactuó en repetidas oportunidades con la unidad ejecutora y con el responsable de la evaluación en la Dirección de Presupuesto. Se conversó además con profesionales de la DIVAP y del área financiera del Ministerio para clarificar la información de temas específicos. Se realizaron visitas de terreno a un Servicio de Urgencia de la RM. El panel recibió información de producción, calidad y económico-financiera de parte de esta última y solicitó un estudio específico dirigido a conocer con mayor precisión las características de la demanda de urgencia en un Hospital de la Región Metropolitana.

2. Resultados de la Evaluación

2.1. Diseño

Las conclusiones fundamentales sobre el diseño del programa son las siguientes:

- El sistema público de salud ha logrado desarrollar una red de urgencias de alta cobertura que ofrece atención de urgencia al conjunto de la población chilena a través de la incorporación de modelos de atención innovadores y de constante crecimiento en materia de producción de servicios.
- Como consecuencia de la decisión del Ministerio responsable de enfocar este programa prioritariamente a la coordinación de la red de urgencia del SNSS y a la respuesta que esta iniciativa da a los beneficiarios del sistema público de salud, la relevancia que se otorga en el diseño a la recuperación de costos derivados de la atención de beneficiarios de seguros de salud privados y de accidentes de tránsito es insuficiente.
- Como resultado de la misma decisión, los aspectos relacionados con la regulación que el Ministerio debe ejercer sobre la totalidad de los proveedores en el ámbito de la atención de urgencia no están incluidos en el diseño actual del programa.
- La Unidad Ejecutora ha logrado identificar responsables de la ejecución del programa al nivel de los servicios de salud, en especial en lo que dice relación con el componente SAMU. Los roles de la unidad ejecutora y los de los "efectores" representados por los servicios de salud para cada uno de los componentes del programa no están claramente definidos.
- A partir de la decisión Ministerial de estructurar un programa integrado de "Red de Urgencia", la unidad ejecutora a hecho ingentes esfuerzos por contar con la información necesaria para la toma de decisiones en la gestión central de esta iniciativa. Durante la evaluación ha quedado de manifiesto la debilidad del sistema de información existente para estos fines.

2.2. Organización y Gestión

Con relación a la organización y gestión del programa, las principales conclusiones son las siguientes:

- La estructura organizativa del programa es de reciente implantación y no existe una sanción formal de la estructura organizacional del programa en la normativa ministerial vigente.

- Pese a los esfuerzos realizados hasta ahora, el sistema de información para la gestión económico-financiera del programa es francamente insuficiente.
- La presencia del área económico-financiera del Ministerio en la coordinación del programa es insuficiente para asegurar la eficiencia de su accionar futuro. Pese a la relevancia del tema de recursos humanos para la gestión del programa, este componente y los especialistas ministeriales en el tema no están incorporados a la estructura de coordinación de la iniciativa.

2.3 Eficacia y Calidad.

El total de atenciones de la red a pasado de 7.8 millones en 1997 a 10.1 millones en el año 2000. lo cual representa una aumento del 29%. Este incremento en el número de prestaciones revela que el programa ha logrado resultados positivos en el ámbito de la producción. Sin embargo dada la inexistencia de estándares y a las limitaciones de información no es posible evaluar si ésta producción ha contribuido a lograr el propósito del programa.

- En lo que respecta a los componentes 1 y 2 (Atención Primaria de Salud o APS), pese a que el modelo de Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) ha significado un avance indudable en términos de oferta cercana de atención de urgencia (las atenciones de este componente han aumentado de 1.757.589 en 1997 a 2.648.161 en 2000), se constata que los establecimientos de atención primaria no están gestionando en forma sistemática la atención de urgencias en los horarios de funcionamiento habitual. No existe información que permita separar las consultas de la APS de acuerdo a su grado de urgencia y no es posible evaluar hoy con claridad el impacto que los SAPU han tenido sobre la demanda de los servicios de urgencia hospitalarios.
- En lo que respecta a los SAMU han aumentado en forma importante sus actividades. Las salidas de móviles han aumentado en un 145% en el período 1997-2000, alcanzando las 252 mil este último año. Además, se han alcanzado promedios de tiempo de respuesta cada vez menores (las salidas de móviles avanzados han aumentado en un 100% en el período de evaluación y los actuales tiempos promedio de espera en la Región Metropolitana son de menos de 10 minutos) pero su eficacia se ve limitada por aspectos de gestión y definiciones relativas al traslado de pacientes. Dado que los SAMU de la VIII Región y de la RM tienen un ámbito de acción que supera al territorio de un servicio de salud, la dependencia de los centros reguladores, personal especializado y del parque de móviles de uno de esos servicios genera problemas de gestión y de asignación presupuestaria.

Es difícil esperar una mayor eficacia de la respuesta de los SAMU ante daños muy relevantes como son las emergencias derivadas de paros cardíacos, ya que la atención especializada de estos eventos debe iniciarse antes de los 5 minutos de producido el daño.

- Las atenciones de urgencia hospitalaria han aumentado en un 21% entre 1997 y 2000, llegando a los 7.3 millones de prestaciones este último año. Además, la

evidencia muestra que los tiempos de espera son adecuados en promedio ¹ (59% de los pacientes esperan menos de 15 minutos en un hospital de la RM), pero que no siempre éstos se correlacionan con la gravedad del paciente.

- Finalmente, en lo que respecta a camas críticas, se aprecia una brecha en el requerimiento de camas de cuidado intermedio, las que son esenciales para la descongestión de la hospitalización "de tránsito" en los servicios de urgencia. Estudios preliminares del Ministerio de Salud estiman el déficit de este recurso en 334 camas para el país, lo que equivale al 81% de las existentes.

2.4 Eficiencia y Economía

- La resolución en hospitales de urgencias susceptibles de ser resueltas en el nivel primario de urgencia, resulta altamente ineficiente. Pese a que esta realidad se observa en la mayor parte de los países desarrollados y en vías de desarrollo, en nuestro medio aún es posible avanzar hacia una mejor gestión de la demanda de urgencias en el conjunto de la red de servicios.

- La eficiencia de la gestión de la atención primaria en lo que respecta a la atención de urgencias puede ser mejorada significativamente, en especial en lo que dice relación con la gestión diferenciada de la oferta de servicios considerando la urgencia de la respuesta que requiere cada consultante.

Se aprecia hoy además la ausencia de criterios objetivos para decidir en materia de inversión en nuevas instalaciones de atención de urgencia que combinen la inversión en SAPU con las alternativas de atención hospitalaria existentes en el territorio de la correspondiente red asistencial.

Los recursos para los SAMU han venido siendo asignados de acuerdo a las demandas e interés demostrado por los servicios hacia los cuales es necesario extender las experiencias de las regiones que iniciaron el desarrollo de este componente. A la fecha no se aprecia un criterio objetivo en la transferencia por regiones de recursos para el SAMU

- La dispersión del manejo presupuestario entre servicios de salud que integran el territorio de un mismo SAMU favorece una atomización de los recursos y no incentiva la gestión de los mismos desde la perspectiva de la totalidad del área de la que el SAMU es responsable.
- La gestión de los recursos humanos de la red de urgencia (composición de los turnos médicos y de otros profesionales) tiene un alto impacto en la eficiencia de la función de producción del programa y se desarrolla basándose en definiciones históricas que no han sido evaluadas recientemente y a la luz de las características de la demanda de atención.
- La acreditación, gestión y facturación de las camas de urgencia hospitalaria es una materia que debe transparentarse ya que no existe una definición uniforme de las características de este recurso y de los costos involucrados en su operación.
- No se observa una política clara que incentive la recuperación de costos derivados de la atención de pacientes cubiertos por seguros privados, en particular de aquellos cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP). Es posible apreciar también fluctuaciones en la evolución de la facturación de acciones a

¹ Fuente: Sepúlveda P. Estudio de Demanda de Urgencia en 1 Hospital de la RM.

FONASA que hacen pensar en serias deficiencias en la información utilizada para este fin.

- Como consecuencia de la falta de definición acerca de las características de las unidades en cuanto centros de costos, la gestión financiera de recursos en los niveles operativos de la Red de Urgencia es prácticamente inexistente. La política de transferencia de recursos sigue estando basada en presupuestos históricos y los hospitales no poseen información ni herramientas que les permitan calcular el costo real de sus prestaciones y la relación de estos costos con su producción, ingresos y gastos.
- La organización del programa centrado en la red pública de atención se constituye en una limitación para la coordinación público-privada que resulta necesaria para optimizar el uso de los recursos con visión de país.

2.5 Análisis sobre el logro del Fin

Considerados en forma aislada, los componentes del programa red de urgencia han significado una contribución significativa al logro del fin del actual programa integrado, el que representa la única alternativa de atención de urgencia para una gran proporción de la población chilena, proporción que llega al 100% dependiendo de las circunstancias en que esta se vea obligada a requerir de tal atención. La estructuración del programa en un todo coherente puede hacer que el fin se logre en mayor extensión y con mayor calidad.

2.6 Justificación de la Continuidad.

Dado el carácter del problema a cuya resolución apunta el programa, su continuidad se justifica plenamente. La necesidad de dar una respuesta oportuna y eficaz a las urgencias y emergencias a nivel nacional es lo que justifica que los componentes que hasta ahora han funcionado en red en forma tácita, pero que al momento de presentar proyectos de expansión o mejoramiento se ven en forma aislada, se consideren dentro de un solo programa integral llamado "Red de Urgencia".

2.7 Sostenibilidad del Programa

La sostenibilidad del actual diseño del programa depende en buena medida del grado de incorporación del mismo en la estructura permanente de toma de decisiones del Ministerio de Salud.

2.8 Aspectos Innovadores

El programa red de urgencia ha venido incorporando innovaciones mundiales y nacionales en materia de atención de urgencia. Es fundamental que hoy, una vez incorporadas las innovaciones y desarrollos históricos en un todo coherente, se rediseñe el programa considerando alternativas que mejoren su eficiencia y calidad de atención. Las recomendaciones de este informe pueden contribuir a dicho proceso.

2.9. Principales Recomendaciones.

- 1) Teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud tiene un rol de **rectoría sobre el conjunto del sistema de salud** chileno, es importante considerar la incorporación de ajustes al fin y al propósito del programa que den cuenta de la obligación del Ministerio de normar respecto a prestadores de servicios de urgencia públicos y privados. Es importante también avanzar

hacia una mayor **coordinación de los esfuerzos nacionales** conjuntos en materia de atención de urgencias.

- 2) Es importante **definir con claridad los roles** de la unidad ejecutora, los integrantes de la mesa de coordinación del programa y sus respectivas competencias, los mecanismos de coordinación y las interlocuciones del programa con los ejecutores al nivel de los servicios. Es necesario sancionar oficialmente esta estructura en la legalidad que rige la estructura ministerial. Debe estudiarse con detalle la mejor ubicación de la responsabilidad central de ejecución del programa en la estructura orgánica del Ministerio. El FONASA o la instancia responsable de la asignación de recursos financieros a los servicios y la División de Recursos Humanos del Ministerio deberían estar representados en la coordinación del programa en el más alto nivel posible.
- 3) El programa debe contar con un **sistema de información** que incorpore un conjunto básico de indicadores de producción, calidad y económico-financieros que permitan la evaluación periódica de la eficiencia del programa y la retroalimentación acerca de la necesidad de introducir modificaciones en materia de gestión, transferencias de recursos, incentivos y mecanismos de pago. El fortalecimiento de este sistema, ya sea por la vía de la incorporación de estos indicadores al sistema de información general del Ministerio o por la del desarrollo de un sistema independiente para el programa, pasa a ser de tal importancia que se justifica la inclusión de un componente (o de actividades relevantes en el diseño del programa) dirigidos a asegurar la existencia de tal sistema en los próximos meses.
- 4) Es necesario analizar con detalle las características de la demanda de morbilidad de la APS y estudiar **formas innovadoras de la gestión de la morbilidad general** que permitan separar y priorizar la demanda de urgencia sea cual sea la hora en que esta se produzca. Resulta necesario además evaluar con detalle el impacto de este modelo de atención en la demanda de los Servicios de Urgencia Hospitalarios.
- 5) Es necesario mejorar significativamente los procedimientos administrativos que permiten **recuperar los costos** derivados de la atención de beneficiarios de ISAPRE en los distintos componentes del programa y aplicar incentivos relacionados al destino de estos ingresos que estimulen a las jefaturas directas y a sus equipos de trabajo a mejorar la gestión de ingresos propios; Incorporar formas de transferencia de recursos que incentiven la **gestión clínico-financiera** en los hospitales y sus unidades operativas; **Modificar el arancel** vigente para el cobro a compañías aseguradoras de los gastos en que se incurre por atención de beneficiarios del seguro de accidentes de tránsito; revisar los **aranceles FONASA MAI** para las prestaciones de urgencia, con especial énfasis en el reconocimiento de las camas existentes en los servicios de urgencia como recursos de mayor costo que las camas comunes y; realizar **estudios de costos** de las prestaciones que conforman cada uno de los componentes.
- 6) Es importante abordar la solución definitiva de la **dependencia y estructura administrativa de los SAMU**. La situación actual, que los hace depender de un servicio de salud cuando su accionar se extiende a territorios más amplios, limita sus posibilidades de actuar con mayor eficiencia. La especificidad del trabajo de estos servicios de atención prehospitalaria resulta más coherente con una estructura más autónoma de gestión.

- 7) La **gestión de los recursos humanos especializados** y de alto costo, que son la base del éxito del programa es un área que debería incorporarse con mayor fuerza en la gestión del mismo. Esto podría lograrse por la vía de incorporar a la División de Recursos Humanos del Ministerio en la mesa de coordinación del programa. Es especialmente importante incorporar la evaluación de los sistemas de turno que se utilizan en los servicios de urgencia hospitalarios, los que no siempre se adecuan a las características de la demanda.
- 8) Desde el punto de vista de las inversiones, es necesario establecer **criterios más objetivos para invertir** en nueva infraestructura, en especial en la atención primaria. Al respecto, el cálculo de tasas de uso de la atención médica de urgencias, combinando las alternativas hospitalarias y los SAPU existentes en unidades territoriales tipo, puede ser de ayuda para la mejor decisión en la materia. En lo que respecta a los SAMU, es necesario uniformar criterios de acreditación de móviles de manera de facilitar la inversión en las regiones con criterios de necesidades per cápita comparables entre regiones de similares características.
- 9) Es importante extender los programas de **capacitación comunitaria** en materia de reanimación del paro cardíaco y dotar de instrumental de desfibrilación a instancias comunitarias, carabineros, escuelas, etc. de manera de abordar la atención inmediata de esta emergencia, lo que es fundamental para asegurar una mayor sobrevivencia de los pacientes que sufran esta condición.

I. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

1. Descripción del programa

El programa: "Red de urgencia" integra una serie de componentes que, a través de la historia de la organización de los servicios de salud chilenos, han dado respuesta a las demandas de la población por obtener atención médica eficiente en la eventualidad de sufrir daños de salud que impliquen riesgo vital y que requieran de su rápida atención en una instancia de atención especializada. El programa incluye los siguientes componentes:

- Atención de morbilidad general de urgencia en consultorios y postas rurales,
- Atención de morbilidad general de urgencia en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU),
- Atención, traslado y coordinación de urgencia-emergencia, individual y colectiva, por medio de los Servicios Metropolitanos de Urgencia (SAMU o Urgencia 131),
- Atención de urgencia-emergencia en hospitales a personas que demanden espontáneamente o sean referidas desde otros establecimientos y,
- Atención en unidad de paciente crítico (UCI, UTI).

2. Justificación del programa

La justificación del programa está dada por la necesidad de ofrecer a la población servicios dirigidos a enfrentar integralmente la demanda de atención de urgencias.

Existen diversas definiciones de urgencia en la literatura del sector salud. A juicio del panel evaluador, una de las que mejor describe las características e implicancias del tema se encuentran en el estudio "Evaluación de SAPU", CIAPEP, Universidad Católica de Chile, 1994, según la cual es conveniente distinguir entre los siguientes servicios de urgencia demandados²:

i) **urgencia no vital**, que son las enfermedades o accidentes que requieren atención inmediata porque, de lo contrario, se pone en riesgo la capacidad física o mental del paciente.

ii) **urgencia vital**, que son las patologías que requieren atención inmediata o, de lo contrario, se pone en riesgo la vida del paciente.

A su vez, ellas pueden requerir tratamientos de diferente grado de complejidad para ser resueltas. Se denominará:

i) **urgencias verdaderas primarias**, las que pueden ser resueltas por un médico general con equipo relativamente simple.

ii) **secundarias y terciarias**, las que requieren de un especialista y de un equipo más complejo para ser resueltas.

El panel evaluador adoptará la definición de urgencia incluida en este estudio como orientadora del quehacer específico y diferenciado de un programa de "Red de Urgencia" en el Ministerio de Salud. La decisión es relevante para juzgar la importancia relativa de cada componente del programa, sobre todo en lo que dice relación con el componente 1 ("atención de morbilidad general de urgencia en consultorios y postas rurales"), el que cae bajo el rubro "urgencias no vitales" de la definición adoptada.

Los componentes de "atención de morbilidad de urgencia en consultorios y postas rurales", "atención de morbilidad general de urgencia en SAPU" y "atención de urgencia-emergencia en hospitales..." incluyen una mezcla de atención de *urgencias no vitales* y *vitales* y los componentes "atención, traslado y coordinación de urgencia-emergencia, individual y colectiva, por medio de los SAMU" y "atención en UCI, UTI" incluyen fundamentalmente la atención de *urgencias vitales* de acuerdo a la definición adoptada.

La progresiva ampliación de la red asistencial en el país fue delineando la oferta de atención de las urgencias de salud que presentaba la población, de manera que este "Programa de Urgencia", sujeto de evaluación, no fue concebido inicialmente como tal. Por tanto, sus componentes no responden necesariamente al concepto de red desde sus inicios, sino que ésta se fue articulando en forma conjunta con el desarrollo de la red asistencial del país, la cual a su vez no es ajena a las tendencias mundiales en la materia.

En sus comienzos toda atención médica en el Sistema Público de Salud era otorgada en Hospitales, donde las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) funcionaban en forma continuada las 24 horas del día, característica que se mantiene hasta ahora.

² La definición completa del estudio se presenta en el anexo 1.

Aprovechando la existencia de una amplia red de atención primaria, Chile fue pionero en Sudamérica en el desarrollo de la atención ambulatoria de urgencia en dichos establecimientos, lo que tuvo como propósito acercar la atención de urgencias a la población y descongestionar a los hospitales para dedicarlos preferentemente a la atención de urgencias vitales.

En las últimas dos décadas el país viene experimentando un cambio en el perfil demográfico que significa el envejecimiento paulatino de la población. A la vez, se ha producido un cambio en el perfil epidemiológico que implica fuertes variaciones en el perfil de demanda, propios de un país en transición demográfica y epidemiológica, aumentando en forma importante las enfermedades crónicas y accidentes y traumatismos, en detrimento de las enfermedades infecto-contagiosas. Cabe hacer presente que estas características son fuertemente demandantes de consultas de urgencia, lo que hace prever un aumento de demanda en las próximas décadas.

Producto del cambio demográfico y epidemiológico antes descrito, comienzan a prevalecer las enfermedades crónicas y daños por accidentes y violencia, cuyo pronóstico depende mucho de la atención oportuna y adecuada desde el primer momento. Se observa que a las Unidades de Emergencia y principalmente a las Unidades de Paciente Crítico, estos pacientes llegan en muy mal estado y tardíamente. A fin asegurar la calidad y oportunidad de esta atención, nace la necesidad de crear un Sistema de Atención de Salud Pre-hospitalaria (SAMU) para manejo oportuno inicial de las Urgencias y Emergencias, producidas en la vía pública, comunidad o lugar de trabajo, estabilizándolas y trasladándolas posteriormente a un centro adecuado para dar continuidad a la atención.

En zonas rurales o urbanas en que no hay SAPU ni hospital cercano, esta situación varía, siendo los Consultorios o Postas Rurales las instancias en donde se debe solucionar todo lo anteriormente descrito, más las urgencias y emergencias hasta lograr traslado a centros de mayor resolutivez, muchas veces de difícil acceso.

Finalmente, la extensión de los servicios, y el uso de tecnologías capaces de asegurar la sobrevivencia de pacientes que anteriormente tenían escasas posibilidades, ha significado una fuerte demanda de camas de hospitalización especializadas (UCI, UTI), las que son esenciales para dar continuidad a la atención iniciada en los Servicios de Urgencia de los Hospitales.

Teniendo presente lo expresado anteriormente, es posible establecer que la atención de urgencia representa una preocupación pública permanente, toda vez que un episodio de urgencia requiere atención oportuna y de calidad, a todos los chilenos. Por lo tanto, la red asistencial pública de urgencia está abierta a todas las personas que demanden atención, independientemente de cualquier consideración social, cultural o económica, e incluso, de nacionalidad, porque la ley establece que no se puede negar la atención a ninguna persona que lo solicite.

El programa "Red de Urgencia", ha sido establecido hoy como una forma de coordinar todos los esfuerzos ya descritos y de ofrecer a la población una atención adecuada y oportuna frente a las emergencias. La evaluación actual examinará el desarrollo de cada

uno de los componentes y los resultados tenidos hasta ahora y, en relación con la evolución de la red de urgencia, se referirá a las decisiones tomadas con el fin de fortalecerla, más que a evaluar resultados de esta misma red, los que solo será factible apreciar en el futuro.

3. Objetivos del programa al nivel de fin y propósito

El programa tiene como fin el de ***“Contribuir a la mejoría del nivel de salud de la población que presenta problemas de urgencia de salud y a la percepción de seguridad de la población al respecto”*** y su propósito es el de ***“Resolución de la demanda de urgencia en la red pública, en forma oportuna y eficaz, de acuerdo a estándares de calidad y equidad en el acceso”***.

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

El Programa responde a los siguientes lineamientos estratégicos y principios orientadores del MINSAL:

- Garantizar el acceso de toda la población a aquellas acciones que aseguren su salud independientemente de cualquier condición que le caracterice.
- Asegurar que el derecho a la salud sea conocido y respetado por todos, en su doble dimensión, como derecho y como deber.
- Asegurar la equidad en el acceso a la salud de los distintos grupos de la población, estableciendo un sistema de protección social que equilibre las distintas condiciones socioeconómicas, geográficas y de riesgo.
- Garantizar la calidad de las acciones con relación a la infraestructura, equipamiento, personal y satisfacción de los usuarios, asegurando la efectividad sanitaria y la eficiencia en la gestión.

Básicamente, los instrumentos legales que dan vida al Programa son:

- Creación y normativa de los Servicios de Salud, Decreto N° 42, 3 de Febrero de 1986.
- Ley N° 19.378 (Estatuto de la Atención Primaria Municipal).
- Ley N° 19.650 (Perfecciona normas del área de la salud). Esta norma incorpora la reglamentación del uso de mecanismos de pago en los servicios de urgencia.
- Decreto Supremo N°2296, 10 de Octubre de 1996, que aprueba Reglamento General de la Ley N° 19.378
- Norma General Técnica N° 13, sobre Manual de Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Resolución exenta N° 1145, 24 de Noviembre de 1995.
- Norma General Técnica N° 17 sobre Sistemas de Atención Médica de Urgencia (SAMU), Resolución Exenta N° 552, 2 Abril de 1997.
- Convenios entre servicios de salud para la operación del SAMU.
- Convenios entre los servicios de salud y las municipalidades para la operación de SAPUs.

5. Descripción y cuantificación de bienes y/o servicios (componentes) del programa.

5.1 Atención de morbilidad general de urgencia en Postas Rurales y Consultorios.

Las postas rurales y consultorios se hacen cargo de la atención general de urgencia que demanda espontáneamente la población próxima a estos centros. En las zonas rurales, las postas y consultorios rurales se constituyen en los únicos establecimientos de salud capaces de resolver la atención de urgencia, ya que se localizan como única oferta de salud en un área determinada. Su capacidad resolutoria es baja, por lo cual si la complejidad de la consulta supera la dotación de recursos productivos de estos establecimientos, ellos deben derivar a consultorios urbanos, a servicios de atención primaria de urgencia (SAPU) u hospital, dependiendo de la complejidad del caso.

En el caso de las zonas urbanas, los consultorios otorgan una atención de mayor resolución respecto de los establecimientos anteriormente mencionados, ya que disponen de recurso humano de mayor calificación y de equipamiento de apoyo diagnóstico. Al igual que en el caso anterior, si la complejidad supera la dotación de recursos productivos de estos establecimientos, el paciente es derivado a un SAPU o a un Servicio de Urgencia Hospitalario.

Como parte de la red de urgencia, los consultorios y postas rurales prestan los siguientes servicios:

- Atención ambulatoria de urgencia, médica o de profesionales no médicos fundamentalmente para *urgencias no vitales* de acuerdo a la definición que adopta esta evaluación.
- Derivación a otros centros de mayor complejidad.

5.2 Atención de morbilidad general de urgencia en SAPU

Los Servicios de Atención Primaria Urgencia se crearon con el propósito de mejorar la accesibilidad y cobertura de atención médica de urgencia y de disminuir la demanda de urgencias de baja complejidad en las Unidades de Emergencia de los Hospitales. A éstos les corresponde proporcionar la primera atención, la estabilización y la resolución de las urgencias de baja complejidad y derivación de aquellos casos de mayor complejidad (*urgencias no vitales y vitales* de acuerdo a la definición adoptada).

Estos establecimientos se localizan, principalmente, en centros urbanos de alta densidad poblacional y atienden a todas las personas, sin distinción previsional o territorial. Su propósito es proporcionar atención médica de urgencia en horarios no habituales de atención de los consultorios.

Los SAPU producen servicios de atención médica ambulatoria a la población usuaria de los establecimientos donde operan, apoyada por acciones de enfermería. Incluye la atención propiamente tal y la referencia oportuna al nivel secundario y terciario cuando el cuadro clínico lo requiere (traslado asistido). La atención puede ser resolutoria o de estabilización de pacientes para su traslado.

Los SAPU operan en dos modalidades básicas: desde las 17 a las 24 horas y desde las 17 a las 08 Hrs. del día siguiente. Ambas implican turnos de festivos y fines de semana.

5.3 Atención, traslado y coordinación de urgencia – emergencia, individual y colectivo, por medio del SAMU (Urgencia 131).

El accionar del Sistema de Atención Prehospitalaria, Urgencia 131, está definido como la atención de urgencia especializada que se brinda a él o los individuos desde el momento en que ocurre el evento, ya sea en la vía pública o la comunidad, hasta que es derivado, trasladado y recibido en el centro asistencial más adecuado. Se constituye así, en el eje coordinador de los demás componentes de la Red de Urgencia.

El sistema Urgencia 131 (SAMU) otorga los siguientes servicios:

- a) Atención de urgencia médica y profesional en la vía pública, comunidad y traslado a un centro asistencial.
- b) Orientación sanitaria desde el centro regulador.
- c) Traslados de pacientes críticos entre establecimientos de salud.
- d) Traslados de pacientes de establecimientos privados (servicios de urgencia, UCI/UTI) a establecimientos públicos de salud.³

5.4 Atención de urgencia-emergencia en hospitales

La atención de urgencia-emergencia hospitalaria recibe tanto la demanda directa como aquella derivada de establecimientos públicos de salud o de establecimientos relacionados (mutuales, privados, FFAA, etc.).

La atención, que se brinda durante las 24 horas, incluye, dependiendo de la capacidad resolutoria:

- a) Atención de consulta espontánea que puede derivar en hospitalización, referencia al Consultorio después de tratamiento inicial (en muchos casos con atención preferente al día siguiente en el consultorio), o resolución completa del problema que motivó la consulta.
- b) Recepción de pacientes graves trasladados por el SAMU que luego de ser estabilizados requieren hospitalización, generalmente en camas intensivas (UCI), del

³ Durante el periodo de la evaluación, el Ministerio de Salud anunció su decisión en el sentido de que esta función, hasta ahora cumplida por el SAMU, será cumplida por servicios públicos y privados de ambulancia, financiados por FONASA para sus beneficiarios, de acuerdo a lo establecido en la ley N° 19.650, más conocida como "Ley FONASA". Dicha decisión está hoy en ejecución y no existe aun una evaluación de la implementación de la misma.

establecimiento. Dependiendo del estado del paciente se le realizan allí los exámenes necesarios o se solicitan posteriormente desde la UCI.

c) Cirugía cuando el cuadro así lo requiere.

d) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuando es necesario.

e) Traslado a otros centros, con regreso posterior a Unidad de Emergencia, para exámenes específicos de alto costo con que no cuenta el Hospital (Ej. Scanner).

f) Derivación a otros centros, públicos o privados, según disponibilidad, cuando no se cuenta con medios adecuados para la atención, quedando el Hospital que deriva como responsable de cancelar los gastos que se produzcan en los centros privados si el paciente es beneficiario (Ej. Falta de disponibilidad de camas críticas, cirugía oftalmológica, etc.).

5.5 Atención en unidad de paciente crítico (UCI y UTI)

La atención en unidad de paciente crítico corresponde a la atención de salud otorgada a personas en situación de inestabilidad y/o riesgo vital, derivadas por orden médica desde servicios clínicos del mismo hospital como: urgencia, pabellón, cirugía, medicina, maternidad, pediatría, etc., o desde servicios clínicos de otros hospitales (no recibe atención espontánea de demanda directa y se requiere una previa coordinación entre las partes para la destinación de las camas).

La atención en estas Unidades incluye los exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios para la resolución de la enfermedad, aún cuando el hospital no cuente con ellos y deba, en oportunidades, comprarlos al sector privado. También incluye tratamientos con medicamentos de alto costo, no financiados por el sistema público a través de la valorización del día cama.

La mayoría de los pacientes que requieren camas intensivas, necesitan de ventilación mecánica o monitoreo invasivo debido a su inestabilidad. Apenas se estabilizan y no requieren de estos apoyos, son trasladados a Unidades de atención intermedia para dejar cabida a la alta demanda por este tipo de camas.

Las camas críticas deben dar respuesta también a urgencias "programadas", como cirugías de alta complejidad cardiovasculares, neuroquirúrgicas, torácicas, etc., las que muchas veces deben ser diferidas por emergencias impostergables, lo cual tiene un impacto significativo en el pronóstico de esos pacientes, al no brindárseles el tratamiento requerido en forma oportuna.

En el cuadro 1, se describen sumariamente los componentes del programa y algunas cifras que dan cuenta de la producción de los mismos en los años recién pasados.

Cuadro 1 CUADRO DE PRODUCTOS Y METAS POR COMPONENTE DEL PROGRAMA DE RED DE URGENCIA - MINSAL

COMPONENTE	PRODUCCIÓN	
Atención de urgencia en Consultorios y Postas Rurales a personas que la demandan		
Atención de urgencia en SAPU	1997	1.757.589 consultas
	1998	1.947.127 "
	1999	2.249.212 "
	2000	2.648.161 "
Atención, traslado y coordinación de urgencia, emergencia, individual y colectivo por medio del SAMU	<u>Salidas Móv. Básicos</u>	<u>Salidas Móv. Avanzados</u>
	1997 75.520	1997 28.194
	1998 93.566	1998 39.097
	1999 128.873	1999 48.195
	2000 195.548	2000 56.470
Atención de urgencia emergencia en hospitales a personas, sistemas relacionados o establecimientos de salud que la demandan	1997	6.054.063 consultas
	1998	6.497.274 "
	1999	6.799.767 "
	2000	7.303.712 "
Atención en Unidad de Paciente Crítico en el hospital a personas que lo requieran	<u>Días cama</u>	
	1997	190.420
	1998	241.745
	1999	252.114
	2000	276.875

En el cuadro 1 no se presentan datos de consultas de urgencia en la APS, ya que no se lleva registro separado de las atenciones de este tipo. El cuadro no incluye metas de producción ya que, para todos sus componentes, el programa se plantea como meta responder a la demanda existente.

6. Procesos de producción de los componentes y financiamiento

6.1 Atención de morbilidad de urgencia en Postas Rurales y Consultorios

Los consultorios tienen un horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 17:00 horas, el cual se extiende hasta las 21:00 horas cuando se ha implementado el Programa de Extensión Horaria.

En el caso de los consultorios urbanos, el recurso humano requerido para la prestación del servicio está formado por médicos, odontólogos, paramédicos, auxiliares, enfermeras, matronas, nutricionistas, kinesiólogos, asistentes sociales y psicólogos; además del apoyo de estadísticos, oficiales administrativos, auxiliares paramédicos, auxiliares de servicio y choferes.

Dado que, en general, la oferta de horas médicas en las postas rurales y consultorios es inferior a los requerimientos de la población⁴, se priorizan las actividades, utilizando uno de los dos criterios siguientes:

- ❖ Se prioriza la atención de controles, programando las horas del recurso humano médico, de forma tal que satisfaga al 100% de esa demanda y destinando a consulta de morbilidad las horas restantes, o
- ❖ Se da prioridad a la consulta de morbilidad y se disminuyen al mínimo los controles a la población adscrita a los diferentes programas.

Los consultorios disponen de las siguientes dependencias: Sección de Orientación Médica y Estadística (SOME), oficinas de administración, boxes de atención y áreas de apoyo.

El mecanismo de financiamiento de la morbilidad general en la atención primaria corresponde a un pago per cápita según población inscrita en el establecimiento de salud, el que se corrige según pobreza y ruralidad. FONASA traspasa los recursos al servicio de salud respectivo, el que a su vez los transfiere al municipio correspondiente. Los municipios contribuyen al financiamiento de la atención primaria en proporciones variables a lo largo del país, aportando en promedio alrededor del 30% del presupuesto de salud municipal.

Los beneficiarios de FONASA (todos los niveles) reciben atención gratuita, mientras que los afiliados a ISAPRE o particulares deben cancelar su consulta.

6.2 Atención de morbilidad de urgencia en SAPU

Los SAPU se encuentran ubicados adosados a los consultorios de atención primaria, generando prestaciones de urgencia de baja complejidad. La mayor parte de ellos tiene un horario de funcionamiento complementario al del consultorio.

⁴ Esta situación de exceso de demanda en la Atención Primaria de Salud ha motivado que el Ministerio de Salud, por expresa petición del Presidente de la República, haya iniciado a comienzos del 2001 un programa para la eliminación de las "colas" en los consultorios urbanos.

El horario de funcionamiento de los SAPU tipo del Ministerio de Salud es el siguiente:

- Modalidad 1. De lunes a viernes desde las 17:00 hrs. a las 08:00 hrs. y 24 horas continuas los sábado, domingo y festivos (123 horas semanales).
- Modalidad 2. De lunes a viernes desde las 17:00 hrs. a las 24:00 hrs. y de 8:00 a 24:00 los sábado, domingo y festivos (67 horas semanales).

Los recursos humanos del SAPU tipo definido por el MINSAL son los siguientes:

- 1 médico turno largo de 15 horas en los días hábiles y 24 horas sábado, domingo y festivos.
- 1 médico turno corto de 5 a 7 horas en los días hábiles y 5 a 12 horas sábado, domingo y festivos.
- 1 Enfermera Coordinadora de 33 o 44 horas semanales.
- 9 auxiliares de enfermería de 44 horas semanales (3 auxiliares por turno).
- 3 choferes de ambulancia 44 horas semanales.
- 3 auxiliares de servicio de 44 horas semanales.

Para producir los bienes y servicios, el programa requiere de una infraestructura, definida por el MINSAL, de 155 m², que incluye boxes de atención, sala de observación, sala de procedimientos y área de enfermería. Existe además una sala de espera y baños para público y residencia médica con baño.

La mayoría de los SAPU dispone de al menos 1 ambulancia para el traslado de pacientes. Algunos de los SAPU son además bases SAMU 131, en cuyo caso además disponen de un equipamiento adicional (monitor desfibrilador, bolsa de insuflación adulto y pediátrica, equipo para reanimación cardiopulmonar básica, laringoscopio y camilla de rescate).

El presupuesto de los SAPU proviene fundamentalmente de dos fuentes de financiamiento, el aporte del Estado vía Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS) y el aporte Municipal. A raíz de la entrada en vigencia de la Ley 19.378, varios SAPU han puesto en funcionamiento un sistema de generación de ingresos propios, los que ingresan al municipio y son reasignados al consultorio o al SAPU. Los SAPU son financiados en base a presupuestos calculados en base a un estudio de los costos de los factores de producción involucrados.

6.3 Atención, traslado y coordinación de urgencia – emergencia, individual y colectivo, por medio del SAMU (Urgencia 131).

El sistema Urgencia 131 (SAMU), requiere de 5 elementos básicos para su funcionamiento:

- 1) Regulación médica regional: disponer de un centro de recepción de las llamadas de urgencia, con personal profesional capacitado, con acceso y dirección médica, cuyo objetivo es organizar la respuesta a la urgencia durante las 24 horas del día.

- 2) Sistema de transporte: móviles destinados a la atención de urgencia (Básicos y Avanzados).
- 3) Personal capacitado en intervención y/o regulación.
- 4) Red de telecomunicaciones: existencia de número único para las llamadas de urgencia, 131 regional. Conectividad radial dentro del territorio.
- 5) Protocolos que definan su accionar

Las actividades básicas ejecutadas en el SAMU son:

- Recepción de llamado e identificación de la complejidad: Los operadores reciben los llamados telefónicos, discriminando de acuerdo a un protocolo preestablecido la derivación del llamado al Médico Regulador. El Médico Regulador discrimina el tipo de demanda y organiza los recursos a movilizar, dando instrucciones para ello a los Despachadores.
- Despacho de Móviles
 - Existen tres tipos de móvil para despachar:
 - ❖ M1 (Unidad móvil básica): vehículo destinado a transporte de pacientes sin riesgo vital. Tripulado por un técnico paramédico y un chofer.
 - ❖ M2 (Unidad móvil de avanzada no medicalizada): vehículo implementado con elementos de apoyo vital avanzado y tripulado por un chofer, un técnico paramédico y uno o dos profesionales paramédicos.
 - ❖ M3 (Unidad móvil de avanzada medicalizada): corresponde a un M2 en cuanto a su implementación, pero tripulado por un chofer, un técnico paramédico y un médico reanimador.
- Estabilización del paciente: Uno de los objetivos principales del sistema es estabilizar a los pacientes antes que lleguen al hospital, con la finalidad de evitar complicaciones, acortando los tiempos de diagnóstico y tratamiento.
- Traslado a centro asistencial: En forma concomitante a la estabilización, el paciente es trasladado a un centro asistencial.

El mecanismo de financiamiento del SAMU corresponde a un pago por prestaciones prestadas (PPP), según precio arancel FONASA modalidad institucional. En lo que respecta a los pacientes beneficiarios de otros seguros de salud, este año se ha iniciado un trabajo dirigido a estandarizar los sistemas de costeo de estas prestaciones con el fin de hacer comparables las tarifas que los servicios de salud pueden cobrar por las mismas.

6.4 Atención de urgencia-emergencia en hospitales

Los factores productivos necesarios para prestar el servicio de atención de urgencia hospitalaria dependen del tipo de servicio de urgencia de que se trate (Servicio de urgencia adulto, materno o infantil) y de la resolutivez del hospital.

En términos prácticos, la diferenciación en recintos distintos entre los programas depende del volumen de la demanda, que se relaciona con el tamaño del hospital. Es así como en hospitales pequeños la atención de los tres programas se efectúa en

forma indiferenciada, mientras que en los grandes cada uno de ellos posee una UEH diferenciada.

Al crecer el tamaño del hospital, la UEH obstétrica es la primera en diferenciarse, presentándose frecuentemente las UEH del adulto e infantil juntas en hospitales de mediana complejidad.

La complejidad de las UEH depende de la complejidad del hospital, ya que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos susceptibles de ser implementados en la Unidad son limitados, dependiendo del nivel de desarrollo de las otras unidades de apoyo para desarrollar su función.

Si bien la dotación de recursos humanos requerida para el funcionamiento de las UEH es flexible de acuerdo a la demanda y resolutivez del hospital, es posible indicar, a modo referencial, que en el caso de la UEH de obstetricia, el recurso humano utilizado para prestar el servicio es de al menos 1 obstetra, 1 matrona y 1 auxiliar paramédico. En el caso de la UEH infantil, el recurso humano utilizado es de 2 pediatras, 1 cirujano infantil y 1 anestesista y en la UEH adulto se utilizan 2 cirujanos, 1 internista, 1 traumatólogo, 2 dentistas y en algunos casos, se dispone de 1 neurocirujano. Toda esta labor es además apoyada por una dotación de enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares.

El mecanismo de financiamiento de las unidades de emergencia hospitalarias es a través de un pago por prestación prestada (PPP) según precio arancel FONASA modalidad institucional.

6.5 Atención en unidades de paciente crítico (UCI y UTI)

Para que ingrese un paciente a UCI es deseable que sea previamente evaluado por el médico residente de la unidad, en lo posible en su lugar de origen (aunque en algunos centros hospitalarios se solicita resumen vía fax de la historia clínica del paciente). Esto se debe a que la admisión y permanencia de enfermos que no se benefician con las técnicas de vigilancia, monitoreo y terapia intensiva que se brinda en estas unidades significa restar posibilidades a otros, que por su patología o condición basal, pudieran obtener un mayor provecho de las mismas.

Todo paciente proveniente de la calle, de su domicilio o de otro centro asistencial debe ingresar a través de la Unidad de Emergencia o de Admisión, donde será evaluado previamente por el residente de la UCI, si las condiciones de gravedad lo permiten, o de lo contrario será trasladado directamente a UCI.

La unidad de cuidados intensivos interactúa permanentemente con los demás servicios clínicos y unidades de apoyo, requiriendo acceso expedito durante las 24 horas del día a servicios tales como: Radiología, laboratorio, banco de sangre, imagenología, alimentación enteral y parenteral, servicios clínicos (para traslado de pacientes), farmacia.

A modo exclusivamente referencial se puede señalar que la unidad de cuidados intensivos requiere del siguiente recurso humano para prestar el servicio requerido:

- ❖ 1 Médico Jefe
- ❖ 1 Subjefe
- ❖ Equipo de médicos residentes, cuyo número dependerá del tamaño de la UCI. Los residentes son médicos con cargos de 28 horas.
- ❖ 1 Enfermera supervisora
- ❖ Enfermeras clínicas o tratantes (1 por cada 3 camas por turno en las UCI indiferenciadas y de 1 por cada 2 camas por turno en aquellas unidades de alta complejidad).
- ❖ Auxiliar técnico paramédico (1 por cada 3 camas por turno, con una dotación mínima de 2 por turno)
- ❖ Kinesiólogo
- ❖ Nutricionista

El mecanismo de financiamiento de las unidades de paciente crítico es a través de un pago por prestación prestada (PPP) según precio arancel FONASA modalidad institucional.

Con respecto a las Unidades de Tratamiento Intermedio (UTI), éstas se diferencian de las UCI por disponer de camas con equipamiento de menor complejidad, con lo cual se puede atender requerimientos de pacientes de UCI que han superado su situación crítica y no necesitan de ventilación mecánica o monitoreo invasivo o de aquellos pacientes provenientes de cirugía u otros servicios clínicos, que requieren de cuidado especial pero que se encuentran en condición estable.

Tal como en el caso anterior, el sistema de pago es por prestación prestada según precio Arancel FONASA Modalidad Institucional.

Las Unidades de Tratamiento Intermedio (UTI), han sido establecidas para concentrar recursos de hospitalización de mayor especialización que los requeridos habitualmente en una sala común pero de menor concentración y complejidad que los de una UCI. Este tipo de camas críticas son las que requieren buena parte de los pacientes que han recibido una primera atención en un servicio de emergencia hospitalaria.

Forma de articulación de los componentes del programa

Frente a un evento de urgencia-emergencia, la comunidad puede acceder a la Red de Urgencia a través de 4 alternativas:

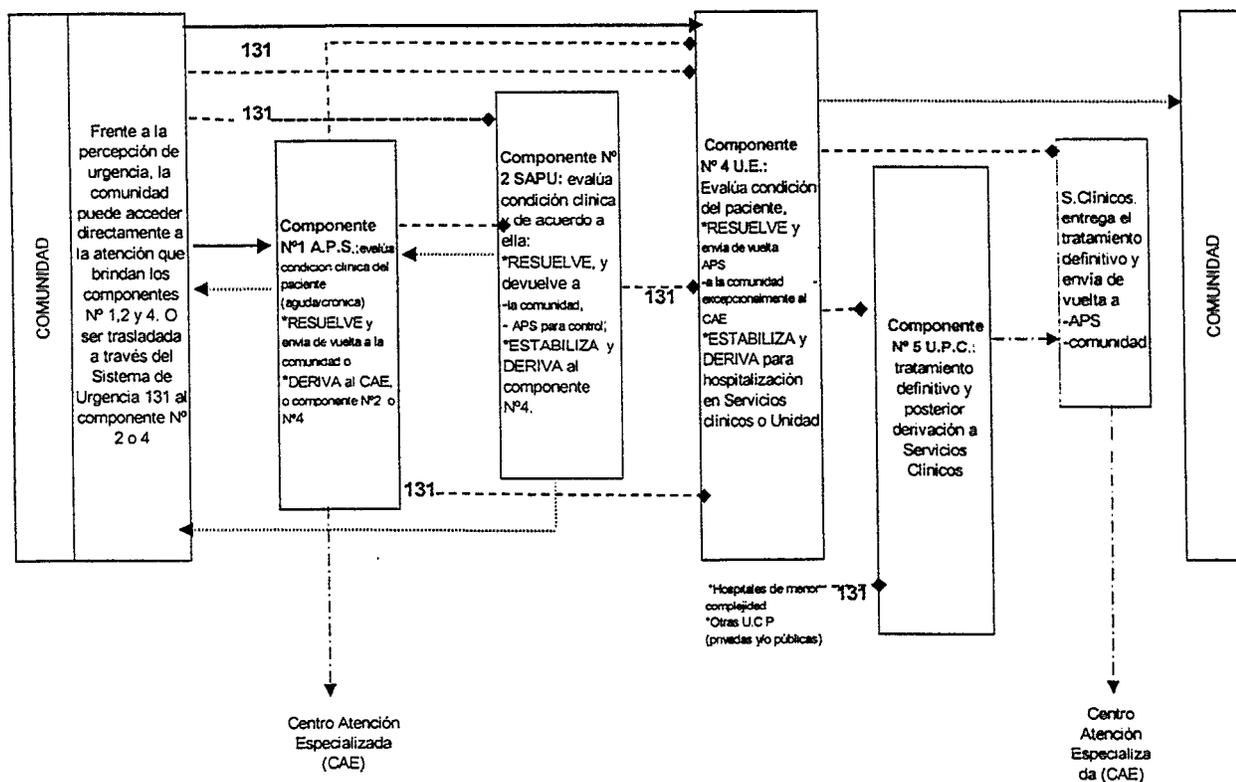
- 1) Solicitando ambulancia al 131. Sus profesionales dan la primera atención de estabilización y derivan de acuerdo a orientación del centro regulador, al SAPU o unidad de emergencia hospitalaria, según sea el caso.
- 2) Acudiendo al SAPU, si la emergencia se presenta en horario de funcionamiento de éste, donde se le resolverá su problema o será derivado a la unidad de emergencia hospitalaria.

- 3) Acudiendo a la unidad de emergencia hospitalaria directamente.
- 4) Acudiendo a la Posta de Salud Rural o Consultorio donde se le resolverá su problema o será derivado a la unidad de emergencia hospitalaria.

En la Unidad de Emergencia, se evalúa la condición clínica del paciente, el que de acuerdo a esto puede:

- a) Ser atendido y dado de alta y/o referido a Consultorio para control y completar tratamiento. Eventualmente, si la gravedad lo requiere, es derivado directamente desde esta Unidad a Consulta con especialista.
- b) Hospitalizarse en servicio clínico
- c) Hospitalizarse en una unidad de paciente crítico.

7. Caracterización y número de beneficiarios objetivo



SIMBOLOGIA	
	Acude en forma espontánea
	Deriva a nivel de mayor complejidad
	Resuelve y envía de vuelta
	Otras derivaciones

El componente N°3 SAMU, actúa como eje coordinador en la derivación y traslado de pacientes críticos, desde los niveles de menor complejidad a los de mayor complejidad

El programa se dirige a la totalidad de la población que utiliza la red de servicios públicos para satisfacer sus demandas de atención de urgencia. En este sentido, y

dado que todos los habitantes del territorio estamos en riesgo de tener que ocupar esta red, dependiendo del tipo y lugar de ocurrencia de la emergencia, los beneficiarios potenciales del programa alcanzan al 100% de la población del país. A juicio de la unidad ejecutora, la mejor estimación de población beneficiaria real de la atención hospitalaria de urgencia sería la de la población atendida en la atención cerrada de estos establecimientos.

La población total del país al año 2001 se caracteriza y cuantifica en la tabla siguiente (Tabla 1)⁵:

Tabla 1
Estructura etarea de la población chilena para el año 2001

Región	Población Total 2001	% de Población por Grupo Etareo		
		Infantil	Adulto	Adulto Mayor
1	405183	27,733	66,262	6,005
2	474487	28,321	65,839	5,840
3	278058	29,071	64,925	6,004
4	586062	29,214	63,336	7,450
5	1578861	26,984	64,353	8,663
6	798911	25,426	65,479	9,095
7	922843	28,421	64,232	7,347
8	1956401	28,819	64,264	6,917
9	883251	29,252	63,031	7,716
10	1072619	28,632	63,939	7,428
11	96405	30,149	64,586	5,265
12	158907	25,045	67,548	7,407
13	6189964	27,720	65,029	7,251
TOTAL	15403953	28,060	64.832	7,106

La población nacional crecerá en un 19.13% entre 1992 y 2005. Al hacer un análisis más específico, puede observarse que el grupo etareo que experimentará un mayor crecimiento en el período será el de adultos mayores, con un 37,4%, lo que significa la incorporación de 395.164 personas a este grupo de edad.

Otras características a considerar son la distribución territorial de los asentamientos humanos y la ruralidad, variables que influyen en el acceso a la atención de Urgencia y, consecuentemente, en el diseño, planificación y gestión del trabajo en Red.

⁵ Fuente: Ficha de antecedentes del programa.

Así se observa una mayor cantidad de asentamientos y postas rurales en la zona central-sur que en el norte del país, como reflejo de la mayor cantidad de población en esa área.

En lo que respecta a sexo, esta variable no es significativa para efectos de diferenciación al interior del programa.

Respecto a nivel socio económico, un análisis de la situación socioeconómica de los demandantes, (CASEN 1998) muestra la importante proporción de personas pertenecientes a los 2 deciles más pobres (30,4% del total) entre los beneficiarios de FONASA, quienes preferentemente demandan atención de urgencia en el sistema público.

Respecto a la condición previsional de la población que demanda este tipo de prestaciones a establecimientos públicos, cabe señalar que el mayor peso de los consultantes corresponde al grupo indigente.

En la atención primaria la principal demanda está dada por los quintiles de menos ingreso. Las de mayor ingreso tienen la opción de acudir a atenciones ambulatorias de sistemas privados de salud, lo que ocurre en menor medida cuando la atención demandada incluye exámenes de alto costo u hospitalización.

Una variable muy importante de considerar, se relaciona con la adscripción de la población a los regímenes de seguridad social que la ley establece para los efectos de protección de la salud. De acuerdo con la encuesta CASEN para 1998, la población chilena se distribuye en este aspecto de la forma en que se presenta en la tabla 2⁶:

En materia de edad, la distribución global ya presentada varía significativamente. De acuerdo a la misma encuesta, solo el 6,7% de los mayores de 65 años están adscritos al sistema ISAPRE, y el 80,4% de los adultos mayores están adscritos al sistema público.

Al nivel de las regiones, también existe una importante variación, ya que los afiliados a ISAPRE varían entre el 31,5% de los habitantes de la Región Metropolitana y el 9,5% en la VII Región. Los del sistema público fluctúan entre el 76,4% en la IV Región y el 48,9% en la I Región. Un grupo de especial interés es el de los así llamados "Particulares", grupo que representa el 15,9% de la población de la X Región y solo el 4,8% de los habitantes de la VIII Región. Cabe hacer notar que este grupo esconde una gama de población muy amplia que va desde el indigente hasta el pequeño empresario independiente que no declara ingresos por las vías establecidas en la ley.

La información acerca de cobertura previsional es de especial interés para el programa en evaluación, ya que, como se comentó más arriba, los beneficiarios del mismo pueden representar a la totalidad de la población, la que debe retribuir la

⁶ Fuente: CASEN 1998

atención recibida en la red pública de urgencias de acuerdo a su cobertura previsional. Al analizar las fuentes de financiamiento de la red, será muy importante examinar el grado en que los servicios públicos recuperan costos de las prestaciones de parte de la población cubierta por el sistema ISAPRE así como de parte de los seguros obligatorios para accidentes de tránsito (SOAP).

Tabla 2
Distribución porcentual de la población por sexo según sistema previsional de salud

Sistema	Hombre	Mujer	Total
Público	59,4	64,2	61,9
FFAA	3,0	2,9	2,9
ISAPRE	23,7	22,4	23,0
Particular	12,5	9,4	10,9
Otro	0,3	0,3	0,3
No sabe	1,1	0,8	0,9
Total	100,0	100,0	100,0

8. Programas complementarios

En general, el programa es complementario con aquellas acciones que se desarrollan para absorber la demanda de morbilidad general en el nivel de cada uno de los componentes. Así, en la atención primaria se desarrollan diversos programas dirigidos a enfrentar integralmente aquellos problemas de salud relevantes (de la mujer, infantil y adolescente, salud mental, hipertensión, diabetes, tuberculosis, epilepsia, etc.), en los que se incluye la atención de la morbilidad correspondiente.

En el mismo nivel, el programa es complementario con aquellas acciones no programática que desarrollan los proveedores privados, los que también absorben una proporción indeterminada de consultas de similar grado de "urgencia" al de las que se resuelven en el sistema público municipal (SAPU y Consultorios o Centros de salud). La población concurre a los proveedores privados de acuerdo a su capacidad de pago, ya sea como beneficiarios del seguro público administrado por FONASA en su modalidad de libre elección, o como beneficiarios de las ISAPRE.

En materia de servicios de urgencia hospitalarios, la oferta privada se reduce a la que ofrecen las clínicas de mayor tamaño existentes en las grandes ciudades, lo que es similar a lo que ocurre en materia de oferta de camas críticas. En la Región Metropolitana, por ejemplo, existen 9 establecimientos pertenecientes a empresarios privados o a las mutuales de seguridad que cuentan con servicios de urgencia de nivel equivalente a los que ofrecen los hospitales públicos de mayor complejidad. A estos hay que agregar los grandes hospitales de las FFAA de Santiago, V y VIII regiones. Fuera de Santiago, el sector privado cuenta con 2 o 3 alternativas al

sistema público en las ciudades de mayor tamaño (Concepción, Valparaíso, Antofagasta, Temuco).

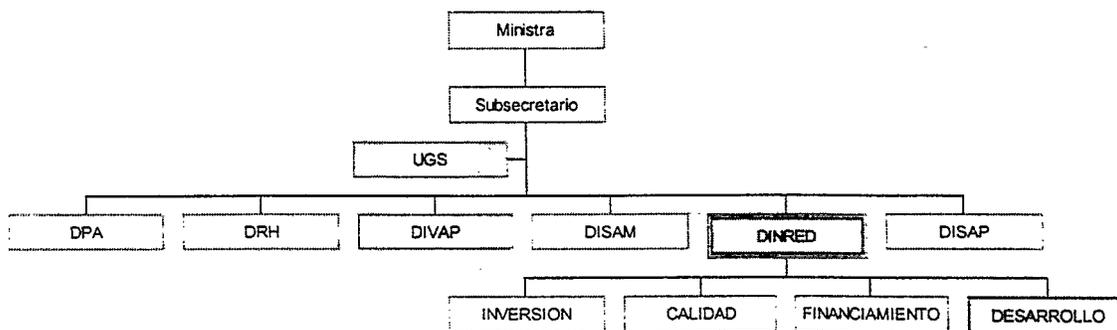
9. Período de ejecución del programa

El programa no tiene plazo definido de término. Sus componentes exigen que opere en forma permanente.

10. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación

El sistema de salud público chileno reconoce fundamentalmente los roles normativo, financiador y de provisión. El rol normativo recae en el Ministerio de Salud propiamente tal, para lo cual cuenta con una estructura orgánica que se describe en la figura 1.

Figura 1
Organigrama del Ministerio de Salud



La coordinación del programa se radica en la División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial (DINRED), unidad que cumple esta función a través de su Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial. En la coordinación del programa participan también la División de Atención Primaria (DIVAP) y la Unidad de Gestión de Servicios (UGS).

La Unidad de Gestión de Servicios (UGS), unidad asesora del Subsecretario, fue concebida con el propósito de colaborar en la gestión de los Servicios de Salud a través de instrumentos como los Compromisos de Gestión. En esta unidad recae la responsabilidad del componente "Unidades de Emergencia Hospitalarias" del Programa de Urgencia, debido a que éstas forman parte de los hospitales, los cuales a su vez dependen de las Direcciones de Servicios de Salud.

Por otra parte, el componente de atención primaria depende de la División de Atención Primaria, que tiene a su cargo la normativa, monitoreo y control del nivel primario de atención. Esta unidad se relaciona con los municipios, seremis y servicios de salud y establecimientos de atención primaria.

Aun cuando no se trata de un componente formal del programa, la División de Recursos Humanos colabora con el mismo para la coordinación de los esfuerzos de

inversión y desarrollo de la red de urgencia con las restricciones que se tenga en materia de desarrollo de los costosos recursos humanos que se requieren para la marcha del programa.

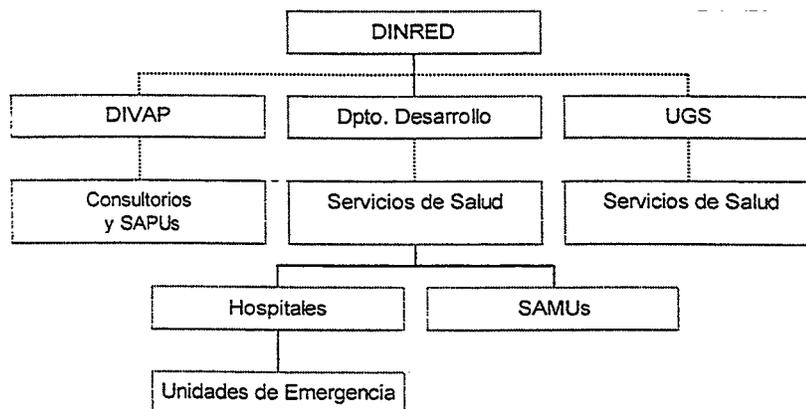
La jefatura de la DINRED efectúa la coordinación entre las distintas unidades involucradas, proceso que se describe en la figura 2.

En lo que respecta a los componentes del Programa, es importante establecer que la forma cómo éstos se relacionan con la Unidad Ejecutora no está estipulada en la normativa vigente del sector salud.

El Reglamento Orgánico de los servicios de salud establece que los Servicios de Urgencia hospitalarios tienen por objeto prestar en forma permanente, durante las 24 horas del día, atención médica, odontológica o de otra naturaleza que debe otorgarse de inmediato a pacientes ambulatorios u hospitalizados, en presencia de condiciones impostergables que afecten su estado de salud. El mismo Reglamento establece, además, que es una unidad asistencial administrativa perfectamente integrada y coordinada con los servicios clínicos y unidades de apoyo, de modo de obtener la utilización eficaz de todos los recursos del establecimiento.

Entre estas últimas, se ubica otro de los componentes del Programa, cuál es la Unidad de Paciente Crítico, cuyas camas son ocupadas principalmente por los pacientes que ingresan por urgencia y que requieren de hospitalización. Sin embargo, la asignación de estas camas corresponde al Jefe del Servicio UCI –UTI, por cuanto ésta es una unidad asistencial administrativa del hospital diferente de Urgencia, ubicadas ambas en el mismo nivel jerárquico. Esta situación dificulta en la práctica el traslado de aquellos pacientes que se hospitalizan en los servicios de urgencia y que requieren de cuidados más intensivos que los que es posible brindar en las camas de las salas comunes de los servicios clínicos.

Figura 2
Diagrama funcional de la gestión del programa



Del mismo modo, la normativa establece que el Servicio de Urgencia debe contar con camillas de observación, donde los pacientes permanecen un máximo de 8 horas, después de las cuales retorna al domicilio o es hospitalizado en el servicio clínico que corresponda de acuerdo a la patología que presente. Sin embargo, en la práctica ocurre que con frecuencia el hospital no dispone de las camas que urgencia necesita, lo que ha redundado en que las Urgencias han implementado sus propias camas. Como la normativa no reconoce esta situación, la actividad de éstas camas de Urgencia no se facturan, dejando de percibir ingresos el hospital por estas prestaciones.

11. Antecedentes financieros

En la tabla 3, se presenta la evolución del presupuesto del Ministerio de Salud en el período 1997-2000. Como puede apreciarse, el conjunto de los componentes del programa Red de Urgencia representa una proporción muy relevante del total del presupuesto del Ministerio, proporción que es aún más alta si se considera que este presupuesto incluye el de los organismos autónomos, el destinado a la administración de la sede o casa central del Ministerio y el dirigido a financiar los bienes de salud pública.

En el período de análisis, el programa ha representado, en promedio, un 10,6 por ciento del total del presupuesto de salud, lo que se aprecia en la tabla 3.

El Programa "Red de Urgencia y Camas Críticas" no cuenta con presupuesto asignado. Como metodología de cálculo para estimar este presupuesto se decidió, en acuerdo con la contraparte ministerial, hacer equivalente el gasto con el presupuesto. Para estos efectos y dado que la contabilidad gubernamental del sector público establece registros contables por objeto de gasto y no por programas o productos, fue necesario adoptar un conjunto de decisiones metodológicas para efectuar la estimación del gasto del Programa.

No se trabajará el gasto del Componente 1 APS, por cuanto no fue posible diferenciar el gasto de la urgencia primaria del resto del gasto de la atención primaria.

El gasto del Componente 2, SAPU, corresponde a las transferencias efectuadas por el Ministerio de Salud a las cuales se les adicionó un 30% por concepto de Aporte Municipal. Dado que hasta la fecha no se cuenta con este último dato, el análisis de costos se hará con esta estimación. Sin embargo, es importante dejar establecido que se trata de una estimación gruesa y poco precisa, por cuanto el aporte municipal varía en cada comuna, lo que distorsiona los resultados. La contraparte ha informado que ha reunido casi la totalidad de estos datos, sin embargo hasta la fecha no ha sido proporcionada al panel de evaluación.

Tabla 3
Presupuesto total del programa
1997-2000
(En millones de \$ de 2001)

Año	Presupuesto Ministerio / Servicio responsable	Presupuesto Programa	
		Monto	% ⁷
1997	974.217	115.955	11,9
1998	1.045.981	98.241	9,4
1999	1.112.753	103.921	9,3
2000	1.168.594	141.134	12,1
2001	1.259.971		

12. Reformulaciones del programa

Más que modificaciones, el programa ha incorporado componentes y niveles de coordinación que han terminado por conformar su actual estructura, lo que se explicó latamente en el punto 2 de esta sección. Durante el período de evaluación la adición más importante es la estructuración del programa como tal, con sus actuales componentes y con una estructura de coordinación central. Como se señaló al describir el programa, todos sus componentes han existido desde el momento en que se incorporaron como intervenciones para enfrentar mejor la demanda de urgencia.

Hasta antes de definirse la actual estructura de supervisión central, los componentes, en cuanto áreas de acción del quehacer de los servicios y de la atención primaria, eran objeto de supervisión y coordinación de cada una de las divisiones del Ministerio (DIVAP, UGS, DINRED). Cabe constatar que no existe sanción administrativa formal de la actual estructura de coordinación.

Desde el punto de vista legislativo, no hay proyectos de ley preparados o en preparación para ser enviados al parlamento en los próximos meses, que estén dirigidos a reformular el programa o afecten indirectamente a sus distintos componentes.

13. Funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la unidad ejecutora

La responsabilidad del monitoreo y evaluación del programa radica en la División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial del Ministerio de Salud; instancia que coordina su accionar para estos efectos con la Unidad de Gestión de Servicios y la División de Atención Primaria. Las tres dependencias monitorean y evalúan los componentes que les son más cercanos. Así, la DIVAP se preocupa de los componentes 1 y 2 (Atención Primaria y SAPU), la UGS cumple la misma función

⁷ Corresponde al % del presupuesto del programa con relación al presupuesto del Ministerio o Servicio responsable.

para los componentes 3, 4 y 5 en cuanto estos corresponden al quehacer de los servicios de salud y en la DINRED se ha establecido una coordinación y responsables a cargo del monitoreo y la evaluación del componente 3 (SAMU) y el 5 (Camas Críticas).

II TEMAS DE EVALUACION

1. DISEÑO DEL PROGRAMA

1.1. Análisis de aspectos relacionados con el Diseño del Programa

1.1.1. Diagnóstico de la Situación Inicial

En materia de identificación del problema/necesidad que aborda el programa, la principal constatación respecto al diseño del mismo es la que dice relación con su estructuración desde la óptica de la provisión pública de servicios de salud. Esta constatación es relevante, ya que el problema que se pretende enfrentar es el de la atención de las demandas de atención de urgencia de la población chilena, lo que implica la utilización de la totalidad de los recursos existentes en el país para dicho propósito. La decisión de la unidad ejecutora apunta a restringir el programa a la red pública de servicios en cuanto encargada de atender las necesidades de una población que supera a la de beneficiarios de FONASA y que en determinadas condiciones puede abarcar al total de la población chilena.

En lo que respecta al diseño del programa, la principal observación que es necesario adelantar, dice relación con la inclusión en un solo proyecto de un conjunto de componentes que, en el plano operativo, son ejecutados por el SNSS o por la Atención Primaria fundamentalmente a cargo de las municipalidades. Esta decisión obliga a definir con precisión los ámbitos en los que las unidades ministeriales a cargo de la supervisión de la red de proveedores públicos participan de la coordinación del programa "red de urgencia" o dicho de otra manera, ¿Qué áreas del quehacer de los servicios en materia de atención de urgencias van a ser coordinadas por este programa con la participación de representantes de la Unidad de Gestión de Servicios? Y ¿Qué áreas del quehacer de la APS en materia de atención de urgencias van a ser coordinadas por este programa con la participación de representantes de la División de Atención Primaria?

Lo anterior es relevante si se considera que en la mesa de coordinación del programa participan hoy, además de la DINRED, la División de Atención Primaria y la Unidad de Gestión de Servicios, a las que a juicio del panel deberían sumarse la instancia a cargo de las transferencias financieras a los servicios y la División de Recursos Humanos (ver recomendaciones).

La decisión implica además la necesidad de definir aquellas acciones que otorgan mayor especificidad e identidad a la atención de urgencia, con el fin de evitar una difusión de los esfuerzos de coordinación hacia ámbitos que son más propios del

quehacer general de los proveedores de atención médica. En este sentido, los componentes con mayor especificidad son los de SAPU, SAMU y UEH.

Resumiendo, a juicio del panel aún falta alguna elaboración del Ministerio respecto a la definición del problema a enfrentar por parte de este programa. Si no se define claramente el ámbito en que este programa opera de acuerdo a la especificidad de la temática de urgencia, se corre el riesgo de concentrar en el mismo la totalidad de la acción asistencial de los establecimientos del SNSS y buena parte de la acción de los consultorios de APS. El diseño actual es adecuado en la medida en que se avance en esta definición.

1.1.2. Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico

La lógica vertical de la matriz de marco lógico es adecuada, con excepción de lo que dice relación con la capacidad de las actividades incluidas en el componente 5 (camas críticas) de contribuir al logro del mismo. Dado que las actividades descritas en el marco lógico para este componente no incluyen la transferencia de recursos o la acreditación⁸ de las camas críticas para que ocurra dicha transferencia, la capacidad de que culminen en el objetivo (componente): “Atención en unidad de paciente crítico a personas derivadas por orden médica” es más limitada que lo que ocurre con las actividades de los otros componentes.

Las principales observaciones respecto al propósito se refieren a la conveniencia de ampliarlo para incluir el rol normativo del Ministerio sobre los otros proveedores que otorgan servicios de urgencia aparte del SNSS y los municipios y a la necesidad de eliminar los primeros dos supuestos, ya que se trata de condiciones que, o son demasiado obvias como para considerarlas supuestos de existencia o validez del propósito del programa, o son independientes de la necesidad de cumplir con el propósito aun cuando la prioridad del tema sea menor para las autoridades. Debería eliminarse el supuesto: “La población puede acceder a la red de atención de urgencia” y al menos debería eliminarse parte del supuesto “El tema de urgencia es prioridad para las autoridades nacionales y regionales” ya que la prioridad nacional es consustancial a la existencia del programa.

1.1.3. Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico

Las principales observaciones del panel a la lógica horizontal del marco lógico han significado sucesivas modificaciones y perfeccionamientos del mismo, hasta llegar a su actual versión, la que se incluye en anexos. Sin perjuicio de esto, el marco es aún perfectible, por lo que se resumen a continuación los principales comentarios que su lógica horizontal le sugieren al panel evaluador.

Con relación a los **componentes** se sugiere incluir los siguientes indicadores para los componentes en que sea pertinente:

⁸ Los servicios de salud poseen camas que, en los hechos, operan como camas de tratamiento intermedio pero que no han sido acreditadas por el nivel central como tales, ya sea por que no cumplen la totalidad de los requisitos para obtener tal acreditación o porque tales parámetros no han sido claramente definidos. Como consecuencia, la transferencia de FONASA por los egresos procedentes de dichas camas es equivalente a la que se entrega por las camas de sala común, la que es inferior a la de las camas críticas reconocidas.

- Un indicador de acceso a algún tipo de atención médica de urgencia como: N° de consultas SAPU + N° de consultas en Servicio de Urgencia/Población
- Indicadores de calidad como: Tiempo de espera promedio para atención según grado de urgencia de la consulta y Grado de satisfacción del usuario con la atención recibida
- Indicadores de economía como % de recuperación por seguro de accidentes y % de recuperación por atención de beneficiarios de ISAPRE
- Indicadores de eficacia como: N° hospitalizaciones UCI / N° total consultas de urgencia hospitalarias y N° hospitalizaciones UTI / N° total consultas de urgencia hospitalarias

1.1.4. Reformulaciones del Programa

Como se señaló anteriormente, se trata de un programa que se ha estructurado en su actual diseño a partir del presente año, por lo que no existen antecedentes respecto a su operación. Las conclusiones sobre su actual diseño se basan en una apreciación respecto a la evolución previa de cada uno de sus componentes y acerca de los riesgos potenciales que entraña su actual formulación.

En resumen, la reformulación que ha llevado al actual diseño del programa es adecuada pero que puede ser mejorada significativamente si se consideran las recomendaciones surgidas de esta evaluación, en especial las que se relacionan con el ámbito de acción del programa, esto es su potencialidad de incluir componentes relativos al conjunto de las redes de prestadores de servicios de urgencia, y aquellas que guardan relación con su estructura (roles de las distintas instancias participantes de la coordinación de los componentes y actividades del programa).

1.2. Conclusiones sobre el Diseño

Las conclusiones fundamentales sobre el diseño del programa tienen que ver con la conveniencia de examinar con detención los roles de la unidad ejecutora y los de los "efectores" representados por los servicios de salud; la necesidad de incorporar con mayor relevancia la normativa y la coordinación del sistema público con los otros sistemas de atención de urgencia existentes y la necesidad de mejorar la construcción de los indicadores; los que parece necesario organizar en un sistema de información simple y que dé respuesta a las necesidades de la unidad ejecutora en materia de toma de decisiones.

Como se señaló en el punto 1.1 de este capítulo, el diseño del programa se basa en su acotamiento a la gestión de la red de urgencia del sistema público de salud. Esta decisión es perfectamente válida pero implica una definición de población beneficiaria más amplia que la que acude a los establecimientos públicos para la atención de otras demandas de atención médica. La decisión, además, implica que el Ministerio sigue teniendo un rol de rectoría irrenunciable sobre el conjunto del sistema de salud y, por lo tanto, debe preocuparse del accionar del sector privado

en materia de atención de urgencias, al menos en el plano de sus atribuciones normativas.

Para los efectos de la atención hospitalaria y prehospitalaria, la población beneficiaria real debería ser más cercana a la población total, ya que todos los habitantes del territorio pueden acceder a este tipo de servicios, los que en buena parte del país son monopólicos. La importancia de este hecho radica en que la eficiencia del programa debe medirse haciendo un énfasis importante en la recuperación de costos por atención a beneficiarios de ISÁPRE u otros seguros, lo que no se ve reflejado en la preponderancia que se otorga a este tema en el marco lógico del programa.

En lo que dice relación con la estructura del programa, como se señaló en el mismo punto a que se refiere el párrafo anterior, la decisión de incluir componentes que van desde la atención de morbilidad general en la atención primaria hasta la gestión de las camas críticas, entraña el riesgo potencial de diluir la preocupación por la gestión de las tecnologías más propias y específicas de la atención de urgencia (Calidad de los recursos humanos, sistemas de turnos, atención prehospitalaria y atención disponible las 24 horas, por nombrar las más obvias) en un marco más general que abarca buena parte del quehacer general de los servicios de salud.

La decisión tiene también obvias implicancias en materia de organización y gestión del programa, las que se detallaran en el punto correspondiente.

1.3. Recomendaciones sobre el Diseño

Sobre la base de los antecedentes analizados, las principales recomendaciones en materia de diseño del programa son las siguientes:

- Teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud tiene un rol de rectoría sobre el conjunto del sistema de salud chileno, es importante considerar la incorporación de ajustes al fin y al propósito del programa que den cuenta de la obligación del Ministerio de normar respecto a prestadores de servicios de urgencia de los subsistemas público y privado. Ejemplo de esta función rectora sobre prestadores privados es la norma sobre condiciones y estándares a cumplir por estos últimos en materia de móviles de rescate, servicios de urgencia en clínicas y consultorios privados, sistemas de turnos, calificación del personal, etc.
- También parece necesario, dado que se trata de un programa cuyos beneficiarios trascienden a los cotizantes de FONASA, dar mayor importancia a la recuperación de costos en cada uno de los componentes del programa. En la sección 1.1.3, se sugirieron algunos indicadores dirigidos a medir esta importante actividad, de la que depende la posibilidad de allegar a la red pública de atención de urgencias recursos adicionales a los que es posible obtener desde la hacienda pública.

- Aunque las implicancias de esta recomendación se extienden al área de organización y gestión del programa, es necesario que al nivel del diseño se considere una separación clara de los componentes que deben ser incluidos en la estructura del programa respecto a aquellos que son más bien preocupación permanente de la supervisión de las unidades ministeriales a cargo de supervisar la acción global de los servicios. Al respecto es necesario definir con precisión el componente de atención primaria y el de camas críticas, los que deben acotarse solo a lo que compete a un programa dedicado a la atención de urgencia.

En efecto, dado que la gestión de la atención de morbilidad en la APS considera múltiples aspectos, uno de los cuales tiene que ver con la urgencia de las consultas, es necesario que la DIVAP y la DINRED definan sus roles en relación con este tema en particular. A juicio del panel, el rol del programa debería ser el de “abogar” ante la DIVAP porque esta estimule a los establecimientos de APS a gestionar la demanda de morbilidad considerando la urgencia de los motivos de consulta. Sería riesgoso que el programa reemplazara a la DIVAP en esta tarea, ya que podrían generarse confusiones entre los actores a cargo de la APS. Algo similar ocurre en el caso de las camas críticas, en la medida que este recurso es de utilización múltiple y existen instancias, como la UGS, a cargo de la supervisión de su uso eficiente en el contexto de su acción global de acompañamiento de la gestión de los servicios de salud.

- Con relación al marco lógico del programa, se recomienda ampliar su propósito para incluir el aspecto normativo del Ministerio y su repercusión en la calidad de los servicios de urgencia ofrecidos por otros proveedores, incluir indicadores de calidad de la atención en SAPU y UEH, incluir indicadores de recuperación de costos en los componentes en que es pertinente y eliminar el supuesto: “La población puede acceder a la red de atención de urgencia”. Se sugiere además modificar el supuesto: “El tema de urgencia es prioridad para las autoridades nacionales y regionales”, cambiándolo por: “El tema de urgencia es prioridad para las autoridades subnacionales”.

2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

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

2.1.1. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación

La estructura de coordinación del nivel central del Ministerio con las redes de servicios del SNSS implica una relación directa de las divisiones y unidades ministeriales con sus contrapartes al nivel de los servicios. En el caso de este programa se han definido responsables de la atención prehospitalaria en cada servicio de salud con SAMU o en vías de desarrollar tal modelo de atención. Sin embargo, no parece haber una definición clara de las instancias y roles de contraparte que deben existir, específicamente para fines de desarrollo y gestión de

la red de urgencias y sus componentes entre la estructura central del programa y los servicios de salud.

Al momento de elaborar el presente informe, no existe sanción oficial de la estructura organizacional del programa en la legalidad interna del Ministerio. A juicio de este panel evaluador no aparece claramente justificada la asignación de la responsabilidad central del programa a la División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial.

La debilidad de los sistemas de información utilizados por el programa ha quedado en evidencia durante el desarrollo de la evaluación. Por tratarse de una iniciativa organizacionalmente nueva, a la unidad ejecutora le ha sido difícil contar con la información necesaria para la construcción de los indicadores del programa. Esta falencia ha sido evidente en lo que respecta a la información de producción y la correspondiente información económico-financiera.

Con relación al tema de recursos financieros, no parece existir una instancia responsable de validar la información con la que el programa debe evaluar su progreso. En la mesa de coordinación, el FONASA no está presente, lo que no resulta lógico si se piensa que el seguro público de salud adopta definiciones cruciales para el desarrollo del programa, como las que dicen relación con aranceles y mecanismos de pago de las prestaciones de urgencia. La coordinación más estrecha con FONASA es aún más necesaria en el contexto de las nuevas atribuciones que la ley otorga a esta última institución en materia de pago por prestaciones de urgencia vital otorgadas por establecimientos privados a sus beneficiarios.

2.1.2. Funciones y Actividades de Seguimiento y Evaluación que realiza la Unidad Ejecutora

La principal carencia en materia de recursos indispensables para el seguimiento y evaluación realizado por la unidad ejecutora está representada por la ausencia de un sistema de información dedicado a tales efectos, integrado al sistema de información general utilizado por el Ministerio para la evaluación y seguimiento del accionar del SNSS.

También es necesario mencionar como un problema la ausencia de mecanismos explícitos de coordinación entre la unidad ejecutora y los responsables de la ejecución de las acciones del programa en los servicios de salud estatales o municipales.

2.2. Conclusiones sobre la Organización y Gestión del Programa

Las conclusiones sobre organización y gestión se desprenden del análisis incluido en los dos puntos anteriores. Se resumen a continuación:

- La estructura organizativa del programa y su inserción en la organización ministerial son de reciente implantación y no existe una sanción formal de la estructura organizacional del programa en la normativa ministerial vigente.
- Los roles de las unidades ministeriales en la mesa de coordinación del programa y las interlocuciones entre esta estructura y sus contrapartes en los servicios deben definirse con claridad.
- Pese a los esfuerzos realizados hasta ahora, el sistema de información para la gestión económico-financiera del programa es francamente insuficiente.
- La presencia del área económico-financiera del Ministerio en la coordinación del programa es insuficiente para asegurar la eficiencia de su accionar futuro. Pese a la relevancia del tema de recursos humanos para la gestión del programa, este componente y los especialistas ministeriales en el tema no están incorporados a la estructura de coordinación de la iniciativa.

2.3. Recomendaciones sobre la Organización y Gestión

Las principales recomendaciones en materia de organización y gestión son las siguientes:

- Es importante definir con claridad el rol de la unidad ejecutora, los integrantes de la mesa de coordinación del programa y sus respectivas competencias, los mecanismos de coordinación y las interlocuciones del programa con los ejecutores al nivel de los servicios. Es necesario sancionar oficialmente esta estructura en la legalidad que rige la estructura ministerial.
- Los representantes de cada una de las divisiones y unidades ministeriales integradas a la mesa de coordinación del programa deben representar plenamente al jefe de su respectiva instancia y deben actuar en la coordinación de la red de urgencias en el ámbito definido para el programa, delimitando su quehacer del resto de las labores de supervisión de los servicios que le corresponden a sus respectivas unidades. Lo anterior es indispensable dado lo difuso de los límites del ámbito del programa respecto a las áreas de quehacer general de cada una de las reparticiones ministeriales.
- El FONASA o la instancia responsable de la asignación de recursos financieros a los servicios debería estar representado en la coordinación del programa en el más alto nivel posible.
- Dado que se trata de un programa orientado a hacer más eficientes un conjunto de acciones de los servicios de salud y del nivel primario en materia de atención de urgencias, parece necesario considerar la alternativa de centrar un programa de esta naturaleza en la Unidad de Gestión de Servicios. Sin perjuicio de lo anterior, el panel considera que la actual decisión de centrar el programa en la División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial es válida, en la medida en que se clarifiquen los roles de cada instancia en la estructura organizacional del programa.

- El programa debe contar con un sistema de información que incorpore un conjunto básico de indicadores de producción, calidad y económico-financieros que permitan la evaluación periódica de la eficiencia del programa y la retroalimentación acerca de la necesidad de introducir modificaciones en materia de gestión, transferencias de recursos, incentivos y mecanismos de pago.

3. EFICACIA Y CALIDAD DEL PROGRAMA

3.1. Análisis de aspectos relacionados con la eficacia del programa

3.1.1 Desempeño del programa en cuanto a la producción de componentes

A continuación se presenta un análisis para cada componente del programa en cuanto a su capacidad de producción. La información de producción e indicadores por componente en el ámbito nacional y desagregado por regiones se presenta en el Anexo (a) al fin de este capítulo.

a. Consultorios y Postas Rurales

Este componente ha sido incluido para establecer un marco referencial de la atención de urgencia; sin embargo, la información de producción disponible impide identificar la producción de "urgencia" de este componente (atención de morbilidad general), con lo cual se pierde el sentido original de su incorporación.

b. SAPU

Cobertura:

La producción total del componente SAPU aumentó desde 1.757.589 atenciones en 1997 a 2.648.161 atenciones en el año 2000, lo cual representa un aumento de aproximadamente un 51% en dicho período. Una parte de este aumento en producción se explica por el aumento de cobertura de SAPU en el país, ya que de 49 SAPU operando el año 1997 se aumentó a 62 SAPU operando el año 2000 (59 en el ámbito de la administración municipal, fiscalizados y regulados por los servicios de salud respectivos, y 3 de administración directa de los servicios de salud).

Otra variable que pudo haber influido en este aumento de producción es la regularización de los horarios de funcionamiento de los SAPU existentes. De acuerdo a la evaluación realizada por el Ministerio de Salud en 1998, se constató que sólo un 31,2% de los SAPU urbanos operaban en la modalidad de 123 horas semanales y que un 27,1% operaba menos de 65 horas

semanales. Producto de esta evaluación, el Ministerio de Salud decidió disminuir la remesa a aquellos consultorios que tuviesen menos de 67 horas, lo que tuvo como efecto la adecuación de la mayoría de los SAPU a los horarios de 123 horas o de 67 horas (en aquellos SAPU que no tienen residencia médica).

Al analizar para el año 2000 el indicador promedio país de "número de consultas por beneficiario", es posible apreciar que éste se incrementa desde 201 consultas por cada 1.000 beneficiarios en 1997 a 291 por cada 1.000 beneficiarios en el 2000. Al analizar la distribución regional de este indicador, destacan por sobre el promedio país la Región Metropolitana y la Segunda Región (581 y 416, respectivamente), mientras que la Tercera Región destaca por tener sólo 28 consultas de SAPU por cada 1.000 beneficiarios de FONASA⁹, el menor valor después de Coyhaique (sin SAPU hasta el año 1999) y Punta Arenas (sin SAPU).

Resolutividad:

De acuerdo al "Informe de Servicios de Atención Primaria de Urgencia" (MINSAL/DIVAP, 1998), un porcentaje estimado no mayor de 10% de la consulta total del SAPU corresponde a patología considerada de urgencia por el equipo de salud¹⁰. Un alto porcentaje de las consultas de "urgencia no vital" corresponde a patologías no absorbidas por el consultorio diurno por falta de horas médicas, cuyo rechazo en la atención es absorbido por el SAPU.

De acuerdo al mismo informe, del total de consultas atendidas en los SAPU la derivación de pacientes a los servicios de urgencia del hospital de referencia corresponde a un 2,5% en la Región Metropolitana y a un 2,2% en regiones.

Si bien este componente ha sido eficaz en dar respuesta a una demanda no satisfecha de atención continua, de urgencia no vital y de traslado asistido a las urgencias vitales, no es claro el efecto que este componente ha tenido sobre las Unidades de Emergencia Hospitalarias, ya que no se cuenta con una evaluación de esto durante el período de análisis.

Oportunidad:

Con respecto a la evolución del tiempo de espera en SAPU, lamentablemente el panel no dispuso de este tipo de información para el período de análisis; sin embargo, a modo referencial se puede señalar que la Ficha de Evaluación de Programas Gubernamentales para el año 1997, de la Dirección de

⁹ Los datos de población beneficiaria de FONASA utilizados por el panel corresponden a aquellos proporcionados por la contraparte del MINSAL; sin embargo, dicha información no coincide con lo informado por el Director de FONASA a la prensa (diario La Tercera 12/04/2001, página 9), en el que se indica que la población beneficiaria de FONASA habría aumentado de 8.753.407 beneficiarios en 1997 a 10.157.686 en el 2.000. De ser válidos los últimos resultados, las tasas de uso que utilizan esta variable como denominador estarían sobrevaloradas.

¹⁰ Existen estudios que indican una mayor proporción de urgencias verdaderas del total de consultas efectuadas en los SAPU. El panel ha decidido utilizar el estudio MINSAL / DIVAP 1998 por ser el más reciente y corresponder al período de tiempo bajo análisis.

Presupuesto, concluye que el tiempo de espera en SAPU es bastante menor que en las Unidades de Emergencia Hospitalarias (13 minutos en lugar de 44 minutos en las UEH.)

Satisfacción de beneficiarios:

El panel no dispuso de información para la evaluación de este aspecto.

c. SAMU

Cobertura:

Durante el período de análisis sólo las regiones V, VIII y Metropolitana contaron con SAMU operativo con regulación, estabilización y transporte. En estas regiones la producción del SAMU aumentó desde 75.520 salidas de móviles básicos y 28.194 salidas de móviles avanzados en 1997 a 195.548 salidas de móviles básicos y 56.470 salidas de móviles avanzados en el año 2000 (equivalente a un aumento de 159% y 100%, respectivamente).

Esta mayor producción se explica por un aumento en el período de análisis tanto del número de móviles como del número de bases y por el aumento del número de comunas con acceso telefónico al 131.

Resolutividad:

No existen antecedentes cuantitativos que avalen una opinión respecto del cumplimiento de la demanda existente; sin embargo, es un hecho que existe un grado de rechazo debido a la no disponibilidad de móvil o bien por que las líneas telefónicas se encuentran saturadas.

Oportunidad:

En términos de oportunidad de la atención, es posible apreciar que tanto en la R.M. como en la VIII Región se ha incrementado el tiempo promedio desde el despacho del móvil hasta la llegada al lugar del evento. Cabe hacer notar que de acuerdo a la información entregada por la contraparte del MINSAL, el tiempo promedio de llegada es superior a 5 minutos, lo que no es suficiente para hacer posible la mayor sobrevida del Infarto Agudo del Miocardio, causa importante de muerte en la que la atención adecuada en los primeros cinco minutos es de gran importancia para el pronóstico vital.

Satisfacción usuarios:

De acuerdo a una evaluación realizada a comienzos del 2001 a usuarios de móviles M2 de la Región Metropolitana, este componente goza de buena percepción por parte de los usuarios, quienes consideran que la atención prestada y el trato es bueno.

En la citada evaluación de la percepción de los usuarios (pacientes y acompañantes), se destaca que existe un importante grado de desconocimiento del número telefónico 131.

d. Atención en Unidades de Emergencia Hospitalarias

Cobertura:

El total de atenciones de urgencia en hospitales de la red pública aumentó en un 21% durante el período 1997-2000 (desde 6.054.063 a 7.303.712 atenciones de urgencia). Al analizar el indicador "Consultas por usuario atención cerrada", es posible apreciar un incremento del promedio nacional desde 606 consultas por cada 1.000 usuarios de atención cerrada en 1997 a 704 consultas por cada 1.000 usuarios de atención cerrada el año 2000.

Al analizar la variación regional de las tasas de uso por consultas hospitalarias es posible constatar que desde la V región al norte las tasas de uso son superiores al promedio nacional (destacando la V, III y I), mientras que desde la Región Metropolitana al sur, con excepción de la IX región, todas tienen tasas de uso inferiores al promedio nacional, siendo la X Región la que presenta la menor posibilidad de acceso a la atención de urgencia hospitalaria (427 atenciones por cada 1.000 usuarios de atención cerrada).

Para formarse una mejor idea del acceso de la población a la atención de urgencia, se han sumado las atenciones SAPU a las atenciones de urgencia hospitalarias y se ha dividido este valor por la población total. Este nuevo indicador muestra que a nivel nacional la tasa de uso ha aumentado de 534 a 654 atenciones por cada 1.000 habitantes (22%).

Al revisar este indicador a nivel regional, se aprecia que la X región presenta la tasa de uso más baja a nivel nacional y la V región el valor más alto (400 y 985 atenciones por cada 1.000 habitantes, respectivamente), lo que muestra un cierto nivel de inequidad en el acceso a la atención de urgencia. En términos geográficos, se aprecia que desde la Región Metropolitana al norte - con excepción de la II Región- la tasa de uso de atención de urgencia se encuentra por sobre promedio nacional, mientras que hacia el sur -con excepción de la IX Región- la tasa de uso es inferior al promedio nacional.

Otra situación interesante de analizar se aprecia al comparar los datos de la III Región, cuyo indicador agregado de atenciones SAPU más urgencia hospitalaria se encuentra por sobre el promedio nacional (726 atenciones por cada 1.000 habitantes), a pesar de que en términos de atenciones SAPU esta región era la que tenía la menor tasa de uso a nivel nacional. Una situación similar presenta la V Región.

Resolutividad:

De acuerdo al informe "Evaluación Satisfacción de Consultantes – Unidad de Emergencia Hospital de las Higueras" (Servicio de Salud Talcahuano, marzo 2001), un 54,1% de los usuarios encuestados percibe el motivo de consulta como enfermedad leve, llama la atención de que a pesar de ello acuda a la Unidad de Emergencia.

Por otra parte, el estudio de demanda de urgencia en un hospital de la RM realizado a petición de este panel muestra que del total de registros revisados (814), un 61% de esas consultas pudo técnicamente, de acuerdo al juicio experto, haber sido resueltas en el nivel primario de atención de salud (urgencia verdadera primaria).

Tal como se aprecia en la tabla 4, el 68,1% de los datos de la muestra que registraban procedencia correspondían a demanda espontánea de la población, de la cual un 70% pudo ser atendida en el nivel primario de atención (urgencia verdadera primaria) y sólo el 30% restante requería una atención con el nivel de complejidad propio de una UEH (urgencia UEH).

El segundo origen más importante de consultas proviene de personas traídas a la UEH por Carabineros de Chile en sus radio patrullas (17% de la muestra), de las cuales un 68% pudo técnicamente ser atendida en el nivel primario de atención de salud.

Tabla 4
Caracterización tipo de urgencia en UEH de acuerdo a la procedencia

Procedencia	Consultas		Urgencia Primaria		Urgencia UEH	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Espontánea	525	68,1%	369	70,3%	156	29,7%
Referencia SAMU	64	8,3%	13	20,3%	51	79,7%
Referencia SAPU	36	4,7%	12	33,3%	24	66,7%
Referencia Consultorio	0	0,0%	0	-	0	-
Referencia Hospital	15	1,9%	0	0,0%	15	100,0%
Radio Patrulla	131	17,0%	89	67,9%	42	32,1%
Datos	771	100,0%	483	62,6%	288	37,4%

Oportunidad:

Con respecto al tiempo de espera para atención, si bien este es un indicador que varía de acuerdo a las condiciones particulares de cada UEH, a modo referencial en la tabla 5 se presentan los resultados de tiempo de espera desde la inscripción hasta el control de los signos vitales registrados en el estudio realizado en la Unidad de Emergencia del Hospital de las Higueras.

Tabla N° 5
Tiempos de Espera desde la inscripción hasta el control de signos vitales – UEH Hospital de las Higueras

Categoría	N°	%
Menos de 15 minutos	130	44,2
Entre 15 y 30 minutos	81	27,6
Entre 30m y 1 hora	43	14,6
Entre 1 y 2 horas	20	6,8
Más de 2 horas	6	2,0
No contestan	14	4,8
TOTAL	294	100,0

Fuente: Informe Evaluación Satisfacción Consultantes - Unidad de Emergencia Hospital las Higueras, Servicio de Salud Talcahuano (marzo 2001)

De acuerdo al estudio: “Estudio de demanda de urgencia en 1 hospital de la RM” el tiempo de espera promedio para atención fue de 22 minutos, con la distribución de tiempos que se presenta en la Tabla 6.

Tabla 6
Tiempos de espera promedio para atención en el servicio de urgencia

Categoría	N°	%
Menos de 15 minutos	442	59%
Entre 15 y 30 minutos	134	18%
Entre 30m y 1 hora	94	13%
Entre 1 y 2 horas	67	9%
Más de 2 horas	9	1%
TOTAL	746	100%

Fuente: Sepúlveda P. Estudio de demanda de urgencia en 1 hospital de la RM

Satisfacción de usuarios:

El panel no dispuso de información para evaluar este aspecto del componente de urgencia hospitalaria.

e. Unidad de paciente crítico (UCI y UTI).

Por corresponder a una nueva área de intervención del programa, no ha tenido evaluación de su desempeño.

Durante el año 2000 se efectuó un catastro de camas críticas, que permitió estimar brechas a nivel regional como una forma de aproximación y cuantificación del déficit de inversiones que deberá abordar el programa.

La estimación de brechas en materia de necesidad de camas críticas (Intensivas e intermedias), se presenta en las tablas 7, 8 y 9. Las tablas han

sido construidas en base a la definición de un parámetro ideal que resume la información de los estándares utilizados en algunos países europeos adaptándola a la realidad de nuestro sistema de salud.

De acuerdo a lo señalado en la tabla 7, el déficit de camas de intensivos para adulto sería de 77 para el país, concentrándose la carencia en las regiones VI a X y en la RM. El déficit de camas de intermedios para el mismo grupo sería de 334, concentradas en las regiones IV a X y en la RM. Cabe hacer notar que este último tipo de camas es imprescindible para superar el “cuello de botella” de los servicios de urgencia hospitalarios, en los que es común apreciar la hospitalización en camillas de examen de personas que deberían ser trasladadas a unidades de cuidado intermedio.

Los déficit de camas críticas para niños (Tabla 8) resultan mucho menores que los de adulto, probablemente porque el estándar utilizado se refiere solo a las camas para hospitalizar niños que alguna vez en su vida podrían necesitar una cama de este tipo por enfrentar una urgencia. No se consideran en el estándar las camas críticas de uso electivo, como aquellas que se destinan a la recuperación de pacientes luego de cirugía de alta complejidad. Por eso la RM aparece con un exceso de camas, que con seguridad son aquellas de los hospitales de referencia para este tipo de procedimientos.

En el caso de las camas de neonatología, el estándar se refiere a aquellas camas críticas para el manejo de patologías del recién nacido, sin considerar la necesidad de camas de menor complejidad para estos infantes, las que siempre entrañan una mayor dificultad de manejo que las camas de infantes mayores de 28 días. Dado que en este tipo de camas críticas la relación con su utilización en urgencias es más laxa que lo que ocurre en los otros grupos considerados, el dato es expuesto fundamentalmente como referencia.

Tabla 7
Estimación del déficit de camas críticas de adulto por región

Región	Población Usuaría At. Cerrada	Camas UCI por 100.000 Usuarios	Brecha (5 x 100.000 Usuarios)	Déficit total	Camas UTI por 100.000 Usuarios	Brecha (10 por 100.000 Usuarios)	Déficit total
	178,273	6.74	1.74	3.10	5.59	-4.41	-7.86
II	151,365	5.29	0.29	0.44	5.95	-4.05	-6.13
III	128,015	7.81	2.81	3.60	12.5	2.5	3.20
IV	368,736	5.15	0.15	0.55	4.34	-5.66	-20.87
V	826,445	3.84	-1.16	-9.59	6.43	-3.57	-29.50
VI	491,304	1.63	-3.37	-16.56	3.05	-6.95	-34.15
VII	485,307	2.88	-2.12	-10.29	4.53	-5.47	-26.55
VIII	1,003,203	3.96	-1.04	-10.43	3.97	-6.03	-60.49
IX	481,723	1.38	-3.62	-17.44	2.07	-7.93	-38.20
X	636,446	3.26	-1.74	-11.07	1.47	-8.53	-54.29
XI	63,298	7.9	2.9	1.84	0	-10	-6.33
XII	109,992	5.45	0.45	0.49	15.46	5.46	6.01
XIII	2,514,242	4.19	-0.81	-20.37	7.41	-2.59	-65.12
TOTAL	7,438,349	3.97	-1.03	-76.61	5.51	-4.49	-333.98

Tabla 8
Estimación del déficit de camas críticas infantiles por región

Región	Población Usuaría At. Cerrada	Camas UCI por 100.000 Usuarios	Brecha (5 x 100.000 Usuarios)	Déficit total	Camas UTI por 100.000 Usuarios	Brecha (10 por 100.000 Usuarios)	Déficit total
I	69,646	4.39	-0.61	-0.42	23.20	13.20	9.19
	61,286	13.05	8.05	4.94	0	-10.00	-6.13
III	53,799	0.00	-5.00	-2.69	0	-10.00	-5.38
IV	154,962	4.52	-0.48	-0.75	0	-10.00	-15.50
V	311,356	2.99	-2.01	-6.24	2.80	-7.20	-22.41
VI	171,009	2.92	-2.08	-3.55	0	-10.00	-17.10
VII	197,070	3.04	-1.96	-3.85	7.10	-2.90	-5.71
VIII	414,913	2.81	-2.19	-9.10	5.92	-4.08	-16.93
IX	202,635	2.31	-2.69	-5.45	1.65	-8.35	-16.92
X	261,446	3.68	-1.32	-3.46	1.89	-8.11	-21.20
XI	27,936	0.00	-5.00	-1.40	0	-10.00	-2.79
XII	37,569	5.32	0.32	0.12	10.65	0.65	0.24
XIII	978,193	7.05	2.05	20.05	8.83	-1.17	-11.44
TOTAL	2,941,820	4.83	-0.17	-5.00	5.78	-4.22	-124.14

Tabla 9
Brecha de camas críticas para Neonatos

	RN Vivos totales	Nº Críticas. por 1.000 RN Vivos	Brecha (2 x 1000 RN vivos)	Déficit total
I	9,023	2.55	0.55	4.98
II	10,168	0.59	-1.41	-14.34
III	4,874	1.85	-0.15	-0.75
IV	10,539	1.90	-0.10	-1.08
V	26,472	1.60	-0.40	-10.52
VI	13,478	1.63	-0.37	-4.96
VII	16,015	1.31	-0.69	-11.03
VIII	33,514	1.17	-0.83	-27.95
IX	18,257	0.90	-1.10	-20.08
X	21,254	2.21	0.21	4.41
XI	1,846	0.00	-2.00	-3.69
XII	2,652	3.77	1.77	4.70
XIII	113,410	2.06	0.06	6.57
TOTAL				-73.72

Cabe hacer notar que para el caso de las camas UCI adultos y pediátricas, las brechas fueron estimadas sin considerar las camas necesarias para dar respuesta a urgencias “programables”, lo que implica que el déficit real es mayor que el indicado en las tablas 7 y 8.

3.1.2 Nivel de logro del propósito del programa

El propósito del programa es la “resolución de la demanda de urgencia en la red pública, en forma oportuna y eficaz, de acuerdo a estándares de calidad y equidad en el acceso”.

El aumento en la producción de los componentes del programa y el incremento de las tasas de uso a escala regional y nacional muestran que el componente ha sido eficaz en el ámbito de la producción; sin embargo, dada la inexistencia de estándares o tasas de uso óptimo definidas por el Ministerio de Salud y sumado a la no existencia de registros formales de rechazo en estos componentes, impiden que este panel pueda evaluar adecuadamente el grado de cumplimiento del nivel de logro del propósito del programa.

3.1.3 Beneficiarios efectivos del programa

No es posible establecer el número de beneficiarios efectivo de cada componente. Por lo tanto, para los efectos de este estudio se asimilará el concepto de beneficiario al número de atenciones prestadas en cada componente.

A modo referencial se incluye en las tablas 10 y 11 la información de atenciones y población objetivo de cada uno de ellos para el período de análisis.

La población objetivo para cada componente es la siguiente:

Consultorios y postas rurales	: Población FONASA
SAPU	: Población FONASA
SAMU	: Población Total País
Atención UEH	: Población Usuaría Atención Cerrada
Unidades Pacientes Críticos	: Población Usuaría Atención Cerrada

De acuerdo a la DINRED, la mejor estimación de población objetivo para los componentes atención UEH y Unidades de Pacientes Críticos es la población usuaria de atención cerrada del sistema público; sin embargo, a juicio del panel esto debiera ser estudiado en función del perfil previsional de las consultas de urgencia, ya que de acuerdo a los antecedentes disponibles durante los años 1998 y 1999, la facturación FONASA de atenciones de urgencia representó un 68% del total de atenciones producidas en este componente, lo cual se podría interpretar como que el porcentaje restante (32%) corresponde a usuarios con otra categoría previsional (el año 2000 la facturación FONASA representó un 90% del total de consultas realizadas).

Tabla 10
Población objetivo

Región	Población Beneficiaria: FONASA (*)				Población Total País				Población Usuaría Atención Cerrada			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
1Nº	207.638	211.089	214.478	217.827	379.710	386.226	392.625	398.947	235.982	240.027	243.997	247.919
2Nº	208.759	211.684	214.559	217.400	449.776	456.083	462.286	468.411	204.202	207.061	209.873	212.651
3Nº	155.928	158.714	161.450	164.153	259.799	264.464	269.047	273.576	172.653	175.755	178.802	181.814
4Nº	381.036	386.491	391.854	397.148	553.363	561.665	569.825	577.881	501.646	509.113	516.452	523.698
5Nº	1.000.505	1.012.631	1.024.571	1.036.350	1.507.118	1.525.494	1.543.566	1.561.406	1.098.312	1.111.678	1.124.824	1.137.800
6Nº	508.964	515.716	522.353	528.908	758.351	768.663	778.801	788.814	636.966	645.547	653.982	662.313
7Nº	637.012	643.083	649.049	654.945	889.805	898.418	906.882	915.246	663.547	669.922	676.187	682.377
8Nº	1.268.861	1.282.671	1.296.250	1.309.658	1.874.124	1.895.160	1.915.844	1.936.271	1.373.512	1.388.611	1.403.456	1.418.116
9Nº	603.276	609.506	615.631	621.678	846.038	855.585	864.975	874.245	662.961	670.204	677.326	684.358
10Nº	682.884	689.755	696.514	703.187	1.028.211	1.039.478	1.050.558	1.061.496	870.077	879.492	888.751	897.892
11Nº	60.536	61.559	62.564	63.554	90.770	92.214	93.636	95.035	87.141	88.527	89.891	91.234
12Nº	86.154	86.831	87.497	88.154	153.995	155.274	156.530	157.769	144.020	145.220	146.399	147.561
13Nº	2.951.855	2.996.501	3.040.409	3.083.757	5.831.294	5.922.990	6.013.185	6.102.211	3.336.955	3.389.580	3.441.342	3.492.434
País	8.753.408	8.866.231	8.977.179	9.086.719	14.622.354	14.821.714	15.017.760	15.211.308	9.987.974	10.120.737	10.251.282	10.380.167

Tabla 11
Producción de los componentes del programa

Región	Evolución N° de Consultas SAPU				Evolución N° de Consultas Unidades de Emergencia				Producción Camas Críticas (Días Cama Ocupados)*			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
1	14.719	22.815	28.248	42.255	274.682	264.798	282.040	286.806	3.437	3.487	3.370	5.308
2	45.066	63.124	74.970	90.539	167.002	164.596	167.566	184.501				
3	3.815	5.759	3.758	4.648	111.423	156.917	174.770	193.876	2.752	3.546	3.822	4.064
4	56.322	62.631	72.266	86.694	56.124	337.043	341.438	378.584	1.680	8.941	8.700	10.186
5	71.974	84.248	101.511	143.756	1.222.761	1.228.954	1.275.186	1.393.744	10.277	15.941	16.016	15.839
6	51.732	49.013	42.417	53.096	335.981	350.276	348.102	381.600				
7	59.432	72.224	84.890	90.694	324.556	330.503	355.074	391.039	11.827	15.267	13.681	15.304
8	157.187	159.556	184.591	191.761	712.698	766.765	828.090	790.142	20.995	24.051	26.429	33.451
9	106.075	96.613	100.089	109.968	475.248	461.084	472.512	519.396				
10	31.989	31.129	35.490	41.882	322.614	325.743	350.395	383.270	12.717	14.634	14.841	14.442
11	0	0	0	151	50.841	50.413	49.716	53.707				
12	0	0	0	0	73.108	78.449	90.706	93.286	2.840	3.156	2.336	2.306
13	1.159.278	1.300.015	1.520.982	1.792.717	1.927.025	1.981.733	2.064.172	2.253.761	123.895	152.722	162.919	175.975
Pais	1.757.589	1.947.127	2.249.212	2.648.161	6.054.063	6.497.274	6.799.767	7.303.712	190.420	241.745	252.114	276.875

* Para el componente Camas Críticas no existe la información de personas atendidas, sino sólo la correspondiente a los días cama ocupados (dato de facturación).

SAMU - Total Salidas (M1, M2 y M3)				
Región	1997	1998	1999	2000
	31.754	54.405	55.809	97.513
8	0	9.006	41.021	71.919
13	71.960	69.252	80.238	82.586
Pais	103.714	132.663	177.068	252.018

3.1.4 Grado de focalización del programa

Las características del programa no son compatibles con la focalización de sus acciones, ya que se encuentra dirigido a la población total y no es posible concentrar los recursos en un determinado grupo.

3.1.5 Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos

Como se señaló anteriormente, sólo existe evaluación del grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos del componente SAMU¹¹.

Esta evaluación muestra que con respecto a la atención del SAMU en el lugar de los hechos y durante el traslado a un Centro Asistencial, los pacientes lo califican como:

Excelente : 76%, 25 opiniones
Buena : 21%, 07 opiniones
Suficiente : 03%, 01 opiniones

¹¹ SAMU Región Metropolitana, Proceso de Evaluación SAMU 131 – Móviles M2, Marzo 2001.

Con respecto al trato recibido de parte del Equipo de Atención del SAMU, los pacientes lo califican como:

Excelente : 79%, 26 opiniones
 Bueno: 21%, 07 opiniones

En esta evaluación, se midió también la opinión de los acompañantes de pacientes atendidos por SAMU respecto al trato de la operadora:

Amable: 54 %, 20 opiniones .
 Indiferente: 03 %, 01 opinión.
 No llamó él o no contesta: 43 %, 16 opiniones.

3.1.6 Resumen evaluativo de los logros del programa

Evolución de Indicadores / Información					
Objetivo	Indicador	Cuantificación			
		1997	1998	1999	2000
Propósito	Nº total atenc. SAPU / Población Fonasa (x1000)	200,8	219,6	250,5	291,4
	Nº total atenc. Urgencia Hosp. / Pob. Atenc. Cerrada (x1000)	606,1	642,0	663,3	703,6
	Nº total atenc. (SAPU+UEH) / Población Total País (x1000)	534,2	569,7	602,6	654,2
	Nº total de salidas SAMU / Población total (x100.000)	709	895	1.179	1.657
Componentes	Nº Móv. Básicos SAMU / Pob. Total País (x100.000)	0,42	0,48	1,24	0,94
	Nº Móv. Avanzados SAMU / Pob. Total País (x100.000)	0,06	0,11	0,18	0,18
	Nº Bases SAMU / Pob. Total País (x100.000)	0,18	0,24	0,38	0,40
	Nº Comunas con acceso teléfono 131 red fija/ Total Comunas	0,18	0,35	0,55	0,59
	Población con acceso teléfono 131 red fija/ Pob. País	Sin información			
	Nº Comunas con acceso telef. 131 red Móvil/ Total Comunas				
	Población con acceso teléfono 131 red Móvil/ Pob. País				

Al observar la evolución de las atenciones del componente SAPU y de las UEH, es posible apreciar que ambos han aumentado sistemáticamente su producción. Sería de gran utilidad contar con la información de producción de morbilidad general de APS, ya que una posible causa de este aumento en la demanda por ambos componentes podría encontrarse en una disminución de la oferta de morbilidad general en APS durante el período de análisis, lo que podría haber generado un trasvasije de atenciones hacia el SAPU y las UEH.

Por otra parte, si bien no se dispone de estudios que cuantifiquen el impacto real que ha tenido el SAPU sobre las UEH en el período de análisis, es posible suponer que de no existir el SAPU, un porcentaje no despreciable de las personas atendidas en ese nivel hubiesen demandado atención en la UEH.

3.2 Conclusiones sobre la eficacia del programa

El programa ha incrementado sistemáticamente la producción de acciones en cada uno de sus componentes, persistiendo brechas de cobertura para cada uno de ellos.

APS Y SAPU:

En lo que respecta a los componentes de atención de morbilidad general en APS y SAPU, pese a que el modelo de Servicios de Atención Primaria de Urgencia ha significado un avance indudable en términos de oferta cercana de atención de urgencia y, en algunos casos, de descongestión de los servicios de urgencia hospitalarios, resulta necesario evaluar su diseño como fórmula única de atención de urgencias en la APS. En efecto, el hecho de que exista una instancia de atención de urgencias a partir de las 17 horas, parece condicionar el que durante el horario de funcionamiento normal del consultorio quienes sufran las mismas dolencias por las que acuden al SAPU en la tarde, deban concurrir al hospital más cercano. Para la presente evaluación no se contó con información que permitiera contrastar la demanda de morbilidad de la APS en sus horarios normales con la del SAPU correspondiente, pero evaluaciones anteriores del Programa de Reforzamiento de la APS han constatado que un alto porcentaje de la demanda en esta última instancia corresponde a rechazos de la atención de morbilidad general del horario normal.

SAMU:

En lo que respecta a la atención prehospitalaria, los SAMU han alcanzado promedios de tiempo de respuesta -desde la recepción de la llamada hasta la llegada al lugar- cada vez menores, pero su eficacia se ve limitada por la exigencia de permanecer en el SUH al que trasladan el paciente hasta que este recibe la correspondiente atención, por lo que la espera, en el caso de pacientes que están en condiciones de esperar, limita la posibilidad de que ese móvil pueda acudir con celeridad a otro requerimiento.

Respecto al mismo tema, aun cuando los tiempos de llegada del SAMU al sitio en que se le requiere han ido disminuyendo, siempre serán insuficientes para mejorar la sobrevida del paro cardíaco, cuyo pronóstico depende de la atención especializada en los primeros minutos de producido el evento.

UEH:

En relación a la atención de urgencia hospitalaria, la evidencia muestra que los tiempos de espera son adecuados en promedio, pero que no siempre se correlacionan con la gravedad del paciente.

CAMAS CRITICAS:

Finalmente, en lo que respecta a camas críticas, la gran brecha se aprecia en el requerimiento de camas de cuidado intermedio, las que son esenciales para la descongestión de la hospitalización "de tránsito" en los servicios de urgencia. Al respecto, el análisis de brechas basado en estándares extranjeros adaptados a la realidad chilena, presenta limitaciones para estimar con propiedad la magnitud de las carencias.

3.3 Recomendaciones sobre la eficacia

- Es necesario analizar con detalle las características de la demanda de morbilidad de la APS y estudiar **formas innovadoras de la gestión de la morbilidad general** que permitan separar y priorizar la demanda de urgencia sea cual sea la hora en que se produzca. El SAPU debería ser concebido como una dependencia del consultorio abierta las 24 horas del día para atender lo urgente, de manera similar a lo que ocurre en los servicios de urgencia de los hospitales de baja complejidad del SNSS. Un rediseño de esta naturaleza contribuiría además a hacer más eficiente la asignación de recursos estatales y municipales a la APS, a través de un per cápita que contuviese los recursos para el SAPU, estableciéndose mecanismos de control por parte de los servicios de salud que cautelen el uso adecuado de los recursos.
- Es necesario establecer criterios más objetivos para invertir en nueva infraestructura SAPU. Las tasas de uso muestran que el acceso de la población a alguna forma de atención de urgencia presenta variaciones regionales que se explican por las diferencias de oferta de servicios. La medición del acceso al nivel de unidades más pequeñas de delimitación geográfica que las regiones, ayudaría a definir las prioridades de inversión en atención de urgencia, fundamentalmente de tipo primario.
- La información de calidad en términos de satisfacción de usuarios es aun muy insuficiente. Es necesario establecer un mecanismo sistemático y homogéneo para recabar esa información en el ámbito de los servicios.
- Dado que los tiempos de respuesta del sistema pre-hospitalario son insuficientes para mejorar la sobrevida del paro cardíaco, es importante establecer programas de capacitación comunitaria en materia de reanimación del paro cardíaco y dotar de instrumental de desfibrilación a instancias comunitarias, carabineros, escuelas, etc. De manera de abordar la atención inmediata de esta emergencia, lo que es fundamental para asegurar una mayor sobrevida.
- Las fórmulas de gestión de la gravedad de la demanda de los servicios de urgencia deben extenderse al conjunto de estas unidades. Sea que se trate de triage¹² a cargo de médicos u otros profesionales (enfermeras, p.e.), los servicios deberían experimentar sobre la base de las buenas prácticas de otros.
- En materia de estudios, un análisis de la eficacia de la atención de urgencias en función de la complejidad de la atención prestada (SAPU y SUH) sería de gran utilidad para la toma de decisiones.

¹² El "triage" es una forma de gestión de la atención de urgencia mediante la cual los pacientes son seleccionados de acuerdo al grado de urgencia de la atención que requieren, priorizando la atención de los más graves. Esta selección es hecha por un profesional de salud mediante una rápida entrevista a la llegada del paciente.

4. EFICIENCIA Y ECONOMIA DEL PROGRAMA

4.1.1. Análisis de Aspectos relacionados con la Eficiencia del Programa

4.1.2. Análisis de actividades y/o componentes

En general, las actividades consideradas para la generación de componentes fueron adecuadas, ya que permiten cumplir con los objetivos propuestos. Con respecto de su administración, en el sector salud la práctica de introducir criterios de eficiencia es incipiente, por lo que no existe información histórica que permita hacer un juicio evaluativo sobre este tópico.

Desde el punto de vista de funcionamiento de la atención de urgencia bajo el concepto de red, se aprecia una desarticulación entre el nivel primario y el hospitalario, que repercute en la eficiencia del programa. Como se señaló en las conclusiones acerca de eficacia, la atención primaria de urgencias presenta un vacío de cobertura en los horarios vespertino y nocturno, debido a su diseño de funcionamiento. Por razones ajenas al Programa Red de Urgencia tales como sobredemanda en la atención primaria, que se traduce en rechazos y ausencia de triage, las urgencias que se producen en otros horarios se trasladan a los hospitales, lo que es una solución de mayor costo y por tanto, más ineficiente. Información recabada recientemente¹³ señala que el 61% de la demanda en hospitales corresponde urgencias solucionables en el nivel primario. No ha sido posible establecer si éstas demandas corresponden al horario en que no funciona el SAPU, situación que sería deseable investigar. Como se verá más adelante, la resolución de urgencias banales en el nivel hospitalario es una alternativa altamente ineficiente, por el mayor costo de esta consulta en hospitales que en el nivel primario.

Existen diferentes mecanismos de financiamiento de los componentes del programa. Los establecimientos de atención primaria (componente 1) se financian sobre la base de un monto per cápita para el total de población adscrita a cada establecimiento. Estos recursos son transferidos por el Ministerio de Salud a los Servicios de Salud, los cuales a su vez los transfieren a los municipios. Adicionalmente, éstos últimos contribuyen al financiamiento de esta atención en una proporción estimada del 30%. Por su parte, el mecanismo de transferencia a los SAPU es el mismo de la atención primaria, con la diferencia de que el presupuesto de este componente se calcula sobre la base de una estimación de costos de los factores productivos para un modelo de establecimiento tipo. Con respecto del SAMU, existe un presupuesto anual para cada una de las tres regiones en que existe este componente, el que es transferido a los Servicios de Salud en forma duodecimal. Los componentes hospitalarios, UEH y Camas críticas, se financian sobre la base del valor de su producción, llamada "facturación" y que se calcula multiplicando el total de

¹³ Estudio "Análisis de la Demanda de Urgencia en un hospital de la Región Metropolitana". Paola Sepúlveda. Abril 2001

prestaciones otorgadas por su valor unitario en el Arancel FONASA para la modalidad de atención institucional (MAI).

No obstante lo anterior, es necesario dejar establecido que en todos los componentes la transferencia de recursos se realiza en forma independiente del nivel de actividad que ellos realicen y no existen mecanismos ni prácticas de evaluación que permitan relacionar presupuesto con actividad, así como tampoco con resultados. Esto se origina porque, a pesar de que en los componentes 3, 4 y 5 los establecimientos asistenciales generan información de su facturación, en la práctica las transferencias que el nivel central efectúa a los Servicios de Salud no se corresponden con su nivel de actividad, sino que éstas obedecen a criterios históricos. Esta realidad tiene como efecto que los niveles asistenciales no perciben incentivos para gestionar más eficientemente los recursos. Por el contrario, la percepción es que los servicios catalogados más eficientes (su producción es de menor costo que el promedio nacional) son “castigados” ya que en la asignación presupuestaria no intervienen variables de costos de producción o niveles de producción o indicadores de resultado. Cabe hacer presente que lo señalado precedentemente no es una situación privativa del Programa de Urgencia, sino que es común al sector salud en su conjunto.

Desde el punto de vista del financiamiento, la existencia de dos mecanismos diferentes de transferencia de recursos para el SAPU y la atención primaria, financiamiento por programa en el primer caso y per cápita en el segundo, no parece ayudar en la articulación de ambos componentes, porque obedecen a lógicas distintas. La lógica del financiamiento por programa asegura el financiamiento independientemente de nivel de producción, en tanto que el sistema per cápita está concebido para incentivar al gestor a desarrollar innovaciones que le permitan ofrecer servicios adecuados a la población y que le generen ahorros para impulsar innovaciones futuras. El sistema es especialmente útil en la APS, en donde sirve de incentivo al desarrollo de actividades de promoción y prevención que ayuden a mantener sana a la población. En el caso de la atención de morbilidad, la gestión de la demanda utilizando triage u otras fórmulas, se vería estimulada por un percápita que incluyera entre sus componentes el actual presupuesto del SAPU.

El análisis del componente SAMU muestra una anomalía con relación a la gestión financiera, derivada de su irregular estructura administrativa. Dado que éste no cuenta con personalidad jurídica ni patrimonio, no puede administrar recursos. Por lo tanto, su financiamiento y gestión financiera tiende a diluirse en el presupuesto de los distintos Servicios de Salud que conforman las redes regionales. A modo de ejemplo se puede señalar que en la Región Metropolitana los gastos de operación de las bases se asignan y son gestionados por los seis Servicios de Salud de la región, en tanto que el correspondiente al Centro Regulador está incorporado en el S.S.M. Central. Esta forma de operar no incentiva la gestión de los recursos con visión sistémica, así como tampoco la evaluación y monitoreo orientado a resultados.

En lo que respecta a la atención de urgencia en hospitales –componentes 4 y 5- el análisis indica que tanto los componentes identificados como sus actividades,

son adecuados al cumplimiento de los objetivos. Sin embargo, en el nivel hospitalario ocurre algo similar a lo descrito en la atención de urgencia primaria, en lo que respecta a las camillas de observación. En efecto, la falta de disponibilidad en forma oportuna de camas en los servicios de clínicos del hospital para efectuar el drenaje del Servicio de Urgencia, se traduce con frecuencia en que las camillas de urgencia son ocupadas para hospitalización, lo que tiene dos efectos altamente ineficientes. Por una parte, se produce lista de espera en los pacientes que acuden a consultar ya que, aún cuando existe disponibilidad de recursos humanos, el cuello de botella está en las camillas para atender a los pacientes y por otra, dado que la normativa vigente establece que los Servicios de Urgencia no tienen camas acreditadas y por lo tanto, sólo pueden facturar consultas y camillas de observación, estas hospitalizaciones no son retribuidas al hospital.

En materia de costos de producción, cabe hacer presente que las prestaciones otorgadas en los Servicios de Urgencia tienen un costo mayor que las del resto del hospital. Se pueden identificar al menos tres factores que presionan en forma importante sobre estos costos: (i) alto valor de la hora médica producto de la ley de urgencia, (ii) sistema de turnos, donde se observa un elevado costo fijo en las horas de menor demanda de producción, y (iii) existencia de médicos liberados de guardia, situación que debería ir en crecimiento, producto que la paulatina incorporación de médicos a este sistema.

4.1.2. Alternativas de gestión más eficientes para alcanzar los mismos resultados

Es posible introducir cambios para mejorar la eficiencia del Programa Red de Urgencia, los que tienen que ver con los aspectos organizacionales y de gestión de los componentes.

En lo que respecta a la resolución de urgencias de nivel primario, un modelo de atención que podría subsanar el vacío de oferta de atención las 24 horas es, replicando el modelo hospitalario, habilitar en los consultorios primarios que lo requieran un box de atención de urgencia dotado de los recursos –humanos y equipos- necesarios para satisfacer la demanda de urgencias primarias. Cabe hacer presente que estos son los mismos recursos existentes actualmente en los SAPU. La gestión de esta alternativa debe ser complementada con un triage efectivo para diferenciar las urgencias de la morbilidad general, así como con mecanismos de transferencias de recursos orientados a pagos por resultados, de tal manera que incentiven la mantención de la calidad de salud de la población para evitar que las urgencias sean producidas por falta de oportunidad en la atención de morbilidad. Una modalidad adecuada de financiamiento puede ser que esta atención de urgencia se incorpore al Per Cápita, de tal manera que los municipios que lo posean reciban un Per Cápita con plus de Urgencia¹⁴.

¹⁴ Esta sugerencia es válida en un escenario de sanidad financiera, ya que su implantación en las actuales condiciones podría incentivar a los municipios a retirar su aporte en forma proporcional al incremento del per cápita.

Con respecto del SAMU, su autonomía de los Servicios de Salud para constituirse en un ente regional que permita la gestión centralizada de los recursos, parece ser una alternativa que tendría la ventaja de optimizar el uso de recursos mediante la adecuada coordinación de ellos. De esa manera el Centro Regulador podría cumplir mejor su rol de ser la instancia encargada de articular y potenciar la oferta de recursos disponibles para esta atención, tanto en el sector público como privado, a fin de optimizar el uso de las capacidades ociosas de uno u otro sector.

En lo que dice relación con la atención hospitalaria, se hace necesario transparentar la situación de camas en los servicios de urgencia, regularizando su gestión. No se dispone de un estudio que permita fundamentar cual sería la mejor solución en este caso, pero el juicio de experto indica que en aquellos hospitales de alto nivel de resolución, la urgencia requiere disponer de camas de tratamiento intermedio gestionadas desde el servicio de urgencia o prioritariamente desde dicho servicio. En esta materia, no se dispone de estándares nacionales que permitan determinar la relación entre consultas de urgencia y requerimientos de camas producto de estas consultas.

Otro aspecto que es necesario abordar es la función de producción y específicamente dentro de ella, la forma como está actualmente estructurado el uso del recurso humano, como factor productivo. Teniendo presente que se trata del recurso de más alto costo dentro de la producción de servicios de salud, tanto en cantidad como en precio unitario, se hace necesario revisar si la actual forma cómo éstos recursos se combinan es la más eficiente. En esta materia destacan entre otras medidas de gestión del recurso humano, aspectos tales como:

- gestión del equipo asistencial en función de las demandas horarias,
- organización de los turnos médicos,
- mayor desarrollo del sistema de especialistas de llamada, cuando éste sea más conveniente que la contratación a tiempo fijo¹⁵
- asignación de los médicos liberados de guardia a funciones donde se aprovechen sus capacidades y experiencia,
- capacitación técnica del personal en temas de gestión clínico- financiera

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

No se observa una superposición o duplicación de trabajo con otras instancias con el mismo objetivo, como la oferta privada para la atención de urgencia. Si es posible observar una ausencia de coordinación, al menos explícita, entre la red pública de servicios de urgencia y los ofrecidos por otros sectores. Tal coordinación, aparte de hacer más eficiente la gestión de recursos nacionales para salud, podría hacer más racional la inversión futura de los distintos proveedores.

¹⁵ Se refiere a que, en lugar de formar parte estable del pool de especialistas de turno, éstos profesionales podrían acudir al establecimiento según se les demande, como ocurre en algunos establecimientos privados

4.1.4. Análisis de Costos

Como ya se señaló, se adoptó la decisión metodológica de hacer equivalentes el gasto con el costo, dado que el Programa de Urgencia no cuenta con Presupuesto asignado en todos sus componentes, así como tampoco se gestiona al interior de los establecimientos asistenciales con concepto de centro de costos. Por lo tanto y dado que la contabilidad gubernamental del sector público establece registros contables por objeto de gasto y no por programas o productos, fue necesario adoptar un conjunto de decisiones metodológicas para efectuar la estimación del gasto de los componentes del Programa, las que se describen a continuación.

No se trabajará el gasto del Componente APS, por cuanto no fue posible diferenciar el gasto de la urgencia en este nivel del resto del gasto de la atención primaria.

El gasto del Componente SAPU corresponde a las transferencias efectuadas por el Ministerio de Salud, a las cuales se les adicionó una estimación del 30% por concepto de Aporte Municipal, dado que no fue posible establecer la cifra real de aporte municipal promedio¹⁶. Sin embargo, es importante dejar establecido que se trata de una estimación poco precisa, por cuanto el aporte municipal varía en cada comuna.

El gasto del Componente SAMU se estimó sobre la base de la actividad valorizada. Es decir, al número de salidas de móviles registrada (o estimada) para cada año se le aplicó el Arancel FONASA para la Modalidad de Atención Institucional (MAI). Se adoptó este criterio y no el de las transferencias efectuadas por cuanto en los primeros años de funcionamiento del SAMU no hubo transferencias específicas para todos los Servicios de Salud, por lo que en esos casos, el costo de esta actividad fue financiada con las transferencias generales de FONASA, es decir, se financiaron con recursos producidos por otras actividades asistenciales. En tal circunstancia, el criterio de "actividad valorizada" permite homogeneizar los datos y hacerlos comparables.

El gasto del Componente Unidades de Emergencia Hospitalarias corresponde también a actividad valorizada según Arancel FONASA MAI, donde la unidad de medida es la Consulta de Urgencia. Sin embargo, existen además otras prestaciones que reciben los pacientes atendidos en estas unidades, tales como exámenes de apoyo diagnóstico, intervenciones quirúrgicas y días cama, las cuales no son asignadas a los costos de Urgencia, puesto que los recursos no se gestionan bajo el prisma de "Centro de Costo". Por tal concepto, a la actividad de consultas valorizadas se le aplicó un corrector de 38% que corresponde al valor estimado para esta actividad adicional¹⁷. El mismo estudio establece que los costos reales de la actividad de urgencia está subestimada en un 39% en el Arancel, por lo que la actividad valorizada fue corregida por este concepto en esa misma proporción.

¹⁶ Los municipios aportan, en promedio, un 30% del presupuesto de salud con recursos propios.

¹⁷ Estudio "Estimación de Prima por Riesgo, Centro de Costo Urgencia". Julio 1988, FONASA/MINSAL

Para la estimación del gasto del Componente Camas Críticas se realizó el mismo ejercicio anterior, es decir, la "actividad valorizada". Se obtuvo como resultado una facturación superior a la que correspondería por las camas acreditadas, lo que indicaría que el SNSS está facturando como camas críticas recursos no acreditados como tales. Desechada por lo tanto esa alternativa, se optó por valorizar la actividad en función del número de camas existentes normatizadas a una tasa de ocupación de 70%, a las cuales se les aplicó una serie de correctores obtenidos de estudios de costos¹⁸

Del gasto total del Programa Red de Urgencia sin considerar el gasto asociado a las atenciones de urgencia proporcionadas en los consultorios y postas rurales, el 90% se concentra en los componentes UEH y Camas críticas, que corresponden a atención en hospitales, con cifras promedio cercanas al 65% para las consultas en Unidades de Emergencia Hospitalarias y 25% para Camas Críticas. El 10% restante se distribuye en SAPU (6%) y SAMU (4%).

Con respecto de la evolución anual, llama la atención la disminución en un 15% del costo del programa en 1998 con relación al año anterior, para subir en el año 99 en 5,8 % y en 35,8% en el 2000. Estas variaciones se explican porque el componente UEH, que es el de mayor peso relativo en el gasto total, tiene igual comportamiento, sin considerar el gasto asociado a las atenciones de urgencia realizadas en consultorios y postas rurales.

Tabla 12
Costo por Componente Años 1997-2000¹⁹ (MM\$-pesos 2001)

	1997	1998	1999	2000
APS	N/d	N/d	N/d	N/d
SAPU	5.966	6.472	6.704	7.043
SAMU	2.210	3.063	3.775	4.473
UEH	82.870	64.213	67.619	93.093
Camas críticas	24.909	24.493	25.823	36.525
Total	115.955	98.241	103.921	141.134

¹⁸ Estudio "Estimación de Prima por Riesgo, Centro de Costo Urgencia". Julio 1988, FONASA/MINSAL

¹⁹ Esta información se obtiene del ítem 2.2 de la Ficha de Antecedentes Presupuestarios y de Costos proporcionada por la Institución encargada del programa.

Estructura porcentual

	1997	1998	1999	2000
APS	N/d	N/d	N/d	N/d
SAPU	5,15	6,59	6,45	4,99
SAMU	1,90	3,12	3,63	3,17
UEH	71,47	65,36	65,07	65,96
Camas críticas	21,48	24,93	24,85	25,88
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Análisis por componente

El gasto del **SAPU** muestra un incremento sostenido entre los años 1997 y 2000 de un 8,5%, 3,6% y 5,1% respectivamente, situación que se corresponde con el crecimiento de las consultas en un 10,8%, 15,5% y 17,7% para los mismos años. El mayor aumento de la producción en relación al gasto, se traduce en una disminución de los costos unitarios promedio de producción, como se verá más adelante.

Con respecto del componente **SAMU**, las cifras indican que el aumento anual del gasto es bastante más significativo que el del componente anterior, lo que se explica por tratarse de una actividad de reciente desarrollo y en plena fase de expansión. El gasto crece entre el 97 y el 98 en 36,8%, al año siguiente en 23,2% y en 18,5% el año 2000. Esto significa un incremento de 102,4% entre el 97 y 2000. Una posible explicación es la incorporación al SAMU de las V y VIII Regiones a partir de 1998 y el crecimiento de esta actividad en los años siguientes.

Dado que el Ministerio de Salud (FONASA) asigna recursos específicos al SAMU mediante transferencias, se ha estimado conveniente realizar, además del análisis del gasto, un análisis de estas transferencias. En las tablas que se muestran a continuación se ha estimado un gasto per cápita sobre la base de las transferencias, por cuanto esta asignación de recursos lleva implícita una definición de prioridades por parte de las autoridades centrales. Al mismo tiempo se ha incluido el parámetro "salidas per cápita" para establecer la relación entre gasto y producción.

Tabla 13
Transferencias al SAMU y salidas percápita

Transferencias per cápita (\$)

	1997	1998	1999	2000
V Región			61	109
VIII Región		234	304	315
R, Metropolitana	40	118	131	135

Salidas per cápita

	1997	1998	1999	2000
V Región			0.0145	0.0625
VIII Región		0.0048	0.0214	0.0371
R, Metropolitana	0.0123	0.0117	0.0133	0.0135

Como se puede apreciar en la tabla, en la V Región sólo se han efectuado transferencias para el SAMU a partir del año 1999, aún cuando la actividad ya se realizaba en los años 97 y 98, la cual fue financiada por los Servicios de Salud con sus recursos generales. El análisis comparativo de cifras indica que no hay consistencia en la asignación de recursos por regiones, porque en los años 99 y 2000 la asignación per cápita a la VIII Región es cercana al 300% de la Región Metropolitana. Con respecto de la V Región, en el año 2000 la transferencia se acerca al monto de la RM.

Con respecto de la actividad que respalda estas transferencias, se observa relación entre las regiones VIII y Metropolitana, al menos en el año 2000 donde la actividad de la VIII triplica a la de la RM. Sin embargo, la actividad registrada en la V región no guarda relación con la transferencia, puesto que duplica a la VIII región y quintuplica a la RM.

Es importante resaltar estas diferencias por cuanto las disparidades en las asignaciones per cápita reflejan criterio de inequidad en la asignación de recursos. Al mismo tiempo, no existen razones técnicas que permitan avalar las distintas tasas de uso de los móviles SAMU entre regiones, por lo que es presumible que existan imprecisiones en la información.

El componente **Unidades de Emergencia Hospitalarias** muestra un comportamiento errático en el período analizado, ya que presenta fuertes variaciones. Estas se originan en iguales variaciones de la facturación, sin que exista una explicación para ello. Por otra parte, cabe destacar que el dato de consultas consignado en el capítulo

anterior es sustancialmente mayor que el dato de consultas facturadas. Se supone que se trata de fuentes distintas de información. En este capítulo se optó por considerar el número de consultas facturadas para calcular los costos por beneficiario, por cuanto es consistente con la metodología de cálculo del gasto (facturación). Sin embargo, la red de urgencia pública no atiende sólo a beneficiarios públicos, por lo que la producción total no debe necesariamente coincidir con la facturación, atribuyendo la diferencia a beneficiarios de otros seguros distintos de FONASA (ISAPRE, SOAP, etc.), situación que debería reflejarse en la recuperación de costos (Ingresos Propios).

El componente **Camas críticas**, segundo en importancia relativa en términos de su costo, en los primeros tres años evaluados se mantiene en torno a la misma cifra. Sin embargo, en el año 2000 el gasto presenta un súbito incremento de 41,4% con respecto de año anterior, sin que exista explicación para esta brusca variación en la información disponible.

Análisis de la composición del gasto

Con respecto de la composición del gasto, la información disponible señala que un 62,33% corresponde a recursos humanos y el 37,67% restante a gastos del ST 22, Bienes y Servicios de Consumo. (Ver Anexo 2). Los datos entregados por el Ministerio omiten el gasto en inversión. El precio del Arancel FONASA MAI, metodología utilizada para estimar el gasto, retribuye los gastos en que los proveedores han incurrido por concepto de personal, bienes y servicios de consumo y depreciación del equipamiento (médico, de oficina y vehículos). No considera los gastos de inversión en infraestructura y equipamiento mayor, por cuanto ésta tiene financiamiento ministerial centralizado.

Las cifras que se presentan en las Tablas siguientes (14 a 18), donde dice "Costo total componentes por beneficiario", se deberá entender que se trata de los costos unitarios de los productos de cada componente, puesto que, como ya se señaló, la decisión metodológica fue asimilar los beneficiarios efectivos a los productos de cada componente.

El análisis que se realizará a continuación considera solamente los costos de los componentes y no los costos totales, por cuanto el panel no valida los costos administrativos presentados por la contraparte de esta evaluación, ya que se desconoce la metodología con la cual éstos fueron estimados.

Tabla 14
Costo Total Componentes por Beneficiario
Años 1997-2000 (En pesos año 2001)

Año	Costo Total componentes por Beneficiario²⁰
1997	14.910
1998	14.530
1999	14.290
2000	14.480

Los datos presentados en la tabla 14 reflejan el costo medio del Programa Red de Urgencia, el cual tiene un comportamiento prácticamente igual en los cuatro años evaluados, debido principalmente a que el componente de mayor peso relativo dentro del total, UEH, tampoco presenta variaciones. Esto se debe a la metodología de cálculo, puesto que como se señaló en el capítulo anterior, al no disponerse de tasa de uso, el concepto de beneficiarios efectivos se asimila a prestaciones producidas. A su vez, como el costo se obtiene de la facturación (número de atenciones prestadas por su precio Arancel MAI), se produce una interdependencia entre ambas partes de la ecuación y por tanto, el costo unitario no varía.

Sin embargo esta cifra promedio no da cuenta de las especificidades de los distintos productos que componen la Red de Urgencia cuyos costos unitarios por beneficiario son disímiles, por lo que se presenta a continuación igual cálculo para cada componente.

Tabla 15
Costo Total Componente SAPU por Beneficiario
Años 1997-2000²¹ (En pesos año 2001)

Año	Costo Total componente SAPU por Beneficiario
1997	3.390
1998	3.320
1999	2.980
2000	2.660

Como se puede apreciar, los costos por beneficiario han tenido una tendencia decreciente en el período evaluado, puesto que han variado desde \$3.390 en 1997, \$3.320 en 1998, \$2.980 en 1999 y \$2.660 en 2000. Es altamente probable que esto sea efecto de escala de producción. No se dispone de información que permita aventurar la hipótesis de modificación en los procesos productivos tendiente a la optimización de

²⁰ El costo total de los componentes por beneficiario se obtiene dividiendo el total de costos de los componentes del programa por el n° de beneficiarios efectivo. Los beneficiarios efectivos se asimilan al número de atenciones.

²¹ Incluye 30% de Aporte Municipal

factores, pero en cualquier caso el resultado es de una eficiencia creciente de este componente.

Sin embargo, al hacer el análisis por región se observa que los promedios nacionales esconden grandes diferencias entre regiones (Ver Anexo 2). A modo de ejemplo se puede señalar que en el año 2000 el menor costo lo registró la VI Región con \$2.260 por consulta, mientras que la III Región alcanzó a \$20.010. Este resultado es consistente con lo expresado en el capítulo anterior, donde se observa que la tasa de uso del SAPU en la III Región es la más baja del país, lo que probablemente provoca que el alto peso de los costos fijos se traduzca en un alto costo unitario. Además, es posible que el hecho de no disponer de las cifras reales de Aporte Municipal esté distorsionando estos resultados, puesto que es probable que no todos los SAPU cuenten con un 30% por este concepto, que es el porcentaje de aporte municipal incluido en estos datos.

Tabla 16
Costo Total Componente SAMU por Beneficiario
Años 1997-2000 (En pesos año 2001)

Año	Costo Total componente SAMU por Beneficiario
1997	21.310
1998	23.090
1999	26.270
2000	17.150

Con respecto del componente SAMU, sus costos unitarios de producción alcanzan a \$17.150 en promedio para el año 2000. Estos costos presentan una tendencia creciente los tres primeros años, para disminuir en 35% el año 2000. El análisis de las cifras regionales en cada año indica costos estables para la Región Metropolitana, no así para las regiones V y VIII, cuyo comportamiento es errático (costos altos en la VIII región en 1998 y en la V región en 1999) (Ver Anexo 2). La disminución en el año 2000 podría indicar que los SAMU de las regiones V y VIII entraron en una escala de producción más normatizada, lo que estaría indicando que sus costos unitarios tienden a estabilizarse en cifras cercanas a las de la Región Metropolitana.

Tabla 17
Costo Total Componente UEH por Beneficiario
Años 1997-2000 (En pesos año 2001)

Año	Costo Total componente UEH por Beneficiario (\$)
1997	14.470
1998	14.460
1999	14.620
2000	14.180

Nota: Se utiliza como dato de producción las consultas facturadas a Fonasa (Ver Anexo 2)

Los costos por beneficiario de las Unidades de Emergencia Hospitalarias presentan casi nulas variaciones en los años evaluados, así como tampoco se observan grandes diferencias en los resultados por región. Esto es bastante esperable por cuanto este componente es el más consolidado en el tiempo dentro del Programa y por tanto no presenta variaciones ni en los volúmenes de producción ni en los procesos productivos que pudieran ocasionar modificaciones en los costos unitarios. Cabe recordar que estas cifras corresponden a la atención de beneficiarios del sistema público, facturada a FONASA y por tanto, no incluye la atención de beneficiarios de otros seguros de salud.

Desde el punto de vista de la producción y en concordancia con el concepto de red asistencial, las actividades que realizan los diferentes componentes del Programa son complementarias entre sí, por lo que sus productos no son comparables. No obstante, es posible establecer alguna relación entre las consultas de urgencia hospitalarias y las del SAPU, en particular si se tiene presente que un 61% de la demanda hospitalaria corresponde a la urgencia banal, susceptible de ser resuelta en el nivel primario²². Desde el punto de vista de la eficiencia, el indicador que permite establecer esta comparación es el costo promedio unitario de producción, que resulta ser en el año 2000 de \$14.180 para la consulta integral de urgencia hospitalaria y de \$2.660 para la consulta SAPU. Es decir, la consulta en hospitales es más de cuatro veces más cara que en el SAPU. Para hacer más comparables ambos productos se deberá corregir la consulta hospitalaria restando el 38 % por concepto de actividades más caras, resulta una cifra de \$8.963. La diferencia entre ambas consultas se explica principalmente por el mayor costo del recurso humano que labora en el servicio de urgencia de un hospital respecto del personal SAPU. Además, el hospital tiene asociados una cantidad importante de costos indirectos derivados de su mayor complejidad con respecto del SAPU, lo que incide en forma significativa en sus mayores costos unitarios.

Producto de lo anterior, resulta evidente la mayor eficiencia del SAPU para la atención de las urgencias susceptibles de ser solucionadas en el nivel primario.

Tabla 18
Costo Total Componente CAMAS CRITICAS por Beneficiario Años 1997-2000²³ (En pesos año 2001)

Año	Costo componente Camas Críticas por Beneficiario
1997	122.060
1998	93.590
1999	95.040
2000	121.740

²² Fuente: Estudio "Análisis de la Demanda de Urgencia, muestreo en Posta 3, Servicio de Urgencia Hospital San Juan de Dios, Servicio de Salud Metropolitano Occidente". Abril 2001

²³ el denominador de este costo es la prestación Día Cama Ocupada, que es la unidad que mide la producción de las camas críticas.

Nota: Los datos de producción corresponden a los "Días Cama Ocupados".

Cabe hacer presente que la información que se presenta no incluye las regiones II, VI, IX y XI, por no disponer de datos de producción. Los resultados obtenidos indican que, a diferencia del componente anterior, las camas críticas presentan una disminución de 33% en los años 98 y 99, para retomar la cifra del 97 en el año 2000.

El análisis de los costos por región indican que poca dispersión, con la excepción de las regiones III y VII, cuyos costos unitarios son ostensiblemente más bajos que el resto de las regiones, lo que hace bajar el promedio. (Ver Anexo 2)

Tabla 19
Costos administrativos

Costos Administrativos del Programa 1997-2000
(MM\$ 2001)

Año	Total Gasto Efectivo
1997	115.955
1998	98.241
1999	103.921
2000	141.134

Los costos administrativos entregados por la contraparte corresponden a una estimación del 1,98 y 1,97% del gasto total. Estas cifras no son validadas por el panel de evaluación porque se desconoce el fundamento de tal estimación. Una primera aproximación al tema hace pensar que el porcentaje de costos administrativos de cada componente varía en función del volumen de producción y debería ser inversamente proporcional a la magnitud de recursos movilizados. Por lo anteriormente expuesto, el panel no valida los datos entregados por la contraparte.

4.1.5. Condiciones para una eventual recuperación de costos.

En general, la red pública de urgencia recupera los costos en que incurre por las prestaciones otorgadas, mediante el cobro a las instituciones aseguradoras de los pacientes.

- Las prestaciones otorgadas a los beneficiarios del seguro público de salud son cobradas a FONASA, mediante el mecanismo llamado "facturación".
- Las prestaciones otorgadas a beneficiarios de otros seguros son cobrados a éstos, ya sea que sean de Isapre, Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP) u otros seguros, para lo cual se utilizan distintos Aranceles.

En lo que respecta a la recuperación de los beneficiarios FONASA, ya se señaló que el hecho de que la normativa no reconozca los días de hospitalización en aquellas Unidades de Emergencia Hospitalarias que tienen camas, tiene el efecto de que estas prestaciones no se facturan y por tanto, significan menos ingresos para las UEH. Esta

situación se origina en que no se han acreditado como tales todas las camas críticas en funcionamiento.

Con relación al componente UEH debe destacarse que la fuerte variación experimentada en la facturación en el período de evaluación, ha significado una disminución importante en la recuperación de los establecimientos hospitalarios por este concepto. La relación entre consultas producidas y consultas facturadas que se presenta a continuación, indica que los ingresos propios deberían haberse incrementado en las proporciones que se indican.

Tabla 20
Relación entre consultas producidas y consultas facturadas

Año	Consultas producidas (CP)	Consultas facturadas (CP)	Relación CF/CP	Incremento teórico de ingresos por facturación a privados ²⁴
1997	6,054,063	5,727,562	0.95	0.05
1998	6,497,274	4,441,996	0.68	0.32
1999	6,799,767	4,627,488	0.68	0.32
2000	7,303,712	6,568,716	0.90	0.10

Por otra parte, en la red pública se atiende gran parte de los accidentados (SOAP). La legislación establece que los establecimientos públicos deben cobrar a las compañías aseguradoras el valor establecido en el Arancel FONASA Modalidad Libre Elección (MLE), nivel 3, por las prestaciones otorgadas a sus asegurados. Sin embargo, información recogida en terreno por el panel de evaluación²⁵ indica que existen dificultades de tipo administrativo y de gestión para hacer efectivos estos cobros, por lo que una proporción importante de estos costos no se recuperan. Entre las principales dificultades destaca el alto porcentaje (29%) de pacientes que no registran clasificación previsional, de los cuales es altamente probable que exista un alto contingente de beneficiarios SOAP. Adicionalmente, existe la práctica de facturar a FONASA las atenciones de los pacientes "sin aclarar", lo que se traduce en un subsidio cruzado de FONASA a beneficiarios de otros seguros. La siguiente tabla ilustra la afirmación.

Tabla 21
Atenciones según calidad previsional

FONASA	64%
ISAPRE	2%
Particulares	1%
Otro	29%
SOAP	4%

²⁴ Asume una tarifa a privados igual al arancel FONASA. Se trata de una facturación hipotética, que se obtiene por diferencia con la facturación a FONASA.

²⁵ "Estudio de demanda de urgencia en un hospital de la Región Metropolitana". Paola Sepúlveda. Abril 2001

Además de la pérdida de recursos por la vía de no cobro a las aseguradoras, el hospital también pierde recursos por las atenciones que sí cobra a estas instituciones, debido a que el Arancel que se aplica (MLE) no cubre totalmente los costos de producción de las prestaciones de más alto costo en la atención de urgencia, como son el día cama en sala, UCI y UTI. La siguiente tabla muestra los valores para estas prestaciones que consigna el Arancel Libre Elección y el Arancel MAI, precio este último que FONASA retribuye a los establecimientos por la atención de los beneficiarios del seguro público.

Tabla 22

	ARANCEL MLE	ARANCELMAI	DIFERENCIA
Día cama ocupado sala	\$ 3.990	\$20.770	\$ 17.780
Día cama UCI	\$29.780	\$93.750	\$ 63.970
Día cama UTI	\$14.320	\$45.290	\$ 30.970
Camilla de observación	\$ 2.400	\$ 3.360	\$ 960

Como se puede observar, las diferencias en las tarifas por cada día de hospitalización son un claro incentivo para que el hospital facture estas atenciones a FONASA y se evite el engorroso trámite de cobrar a las compañías de seguros.

Colabora además en esta situación, el hecho de que en materia de gestión financiera, en los hospitales públicos no existe la práctica de gestionar los recursos con visión de centro de costos, lo que lleva aparejado una preocupación por la recuperación de acuerdo a tarifas que a lo menos cubran los costos de producción.

4.2. Conclusiones sobre la Eficiencia del Programa.

- La resolución en hospitales de urgencias susceptibles de ser resueltas en el nivel primario de urgencia, resulta altamente ineficiente. Pese a que esta realidad se observa en la mayor parte de los países desarrollados y en vías de desarrollo, en nuestro medio aún es posible avanzar hacia una mejor gestión de la demanda de urgencias en el conjunto de la red de servicios.
- La eficiencia de la gestión de la atención primaria en lo que respecta a la atención de urgencias puede ser mejorada significativamente, en especial en lo que dice relación con la gestión diferenciada de la oferta de servicios considerando la urgencia de la respuesta que requiere cada consultante.
- Se aprecia hoy además la ausencia de criterios objetivos para decidir en materia de inversión en nuevas instalaciones de atención de urgencia que combinen la inversión en SAPU con las alternativas de atención hospitalaria existentes en el territorio de la correspondiente red asistencial.
- Los recursos para los SAMU han venido siendo asignados de acuerdo a las demandas e interés demostrado por los servicios hacia los cuales es necesario extender las experiencias de las regiones que iniciaron el desarrollo de este componente. A la fecha no se aprecia un criterio objetivo en la transferencia por regiones de recursos para el SAMU

conforman cada uno de los componentes, los que deberían permitir una mejor negociación de recursos y una asignación más transparente de los mismos, así como también la fijación de tarifas a particulares.

- La **gestión de los recursos humanos especializados** y de alto costo, que son la base del éxito del programa es un área que debería incorporarse con mayor fuerza en la gestión del mismo. El estudio de fórmulas innovadoras de contratación de los recursos profesionales médicos en los servicios de urgencia es una de las alternativas de gestión que parece importante estudiar con profundidad. También parece necesario abordar la situación de los recursos médicos de alta experiencia y especialización que se liberan de guardias nocturnas en los servicios de urgencia gracias a las normas de jubilación anticipada existentes, a fin de utilizar adecuadamente a estos recursos altamente calificados, en funciones productivas.
- En materia de cambios estructurales que podrían contribuir a mejorar la gestión del programa, es importante mencionar la necesidad de abordar la solución definitiva de la **dependencia administrativa de los SAMU**, en especial la de la Región Metropolitana. La dependencia del Centro Regulador de uno de los cinco Servicios existentes en Santiago entraña una debilidad estructural de la iniciativa. Fórmulas de mayor autonomía y flexibilidad administrativa permitirían mejorar la gestión, la contratación de recursos humanos y transparentar el carácter de las relaciones entre el SAMU y los servicios de los que dependen los servicios de urgencia hospitalarios, tendiente a incrementar la eficiencia del componente.
- Ya se ha mencionado la necesidad de **coordinar** los esfuerzos nacionales conjuntos en materia de atención de urgencias. Si bien los programas del sector privado y de otras instituciones responden a lógicas distintas, los beneficiarios se intercambian con frecuencia y todos los sectores podrían beneficiarse de políticas de estado que les permitan usar sus recursos con mayor eficiencia. Se recomienda que se estudie cuál sería la mejor alternativa para la efectiva articulación de la red pública y la red privada de urgencia.
- En relación a la modalidad de transferencia de recursos para los diferentes componentes del programa, se recomienda que se estudien y apliquen mecanismos orientados a pagos por resultados, los que necesariamente deberán tener presente las especificidades de la atención de urgencia, que de alguna manera han sido abordadas en el estudio "Prima por Riesgo", ya citado.
- Paralelamente, se recomienda que se generen mecanismos que incentiven la contención de costos, a fin de incrementar la eficiencia del Programa.
- Las condiciones para la adecuada **recuperación de costos** están dadas en la legislación vigente. Sin embargo, los procedimientos administrativos que permiten recuperar los costos que demanda al sistema público la atención de beneficiarios de ISAPRE o los Aranceles vigentes para la recuperación de los gastos en que incurren los servicios para resolver la demanda de pacientes cubiertos por el seguro de accidentes de tránsito, pueden ser mejorados significativamente. Es importante cuantificar el grado de recuperación de costos actual en cada uno de los

componentes para dimensionar la magnitud de la brecha entre los recursos recuperados y los potencialmente recuperables, como paso previo al desarrollo de mecanismos de cobranza más eficientes.

- Con relación al **SOAP**, se recomienda modificar el **Arancel vigente** para el cobro a las compañías aseguradoras de las prestaciones otorgadas a sus asegurados en establecimientos públicos (Arancel FONASA Libre Elección), para lo cual se recomienda que se aplique el mismo arancel que FONASA paga por sus beneficiarios (Arancel MAI), el que está basado en costos de producción. Dado que, de todos modos, la equivalencia de los aranceles seguiría desincentivando el cobro del SOAP, debería estudiarse una fórmula de recuperación por parte de FONASA de las atenciones cubiertas por el SOAP registradas en los hospitales.
- También es importante revisar el **Aranceles FONASA MAI** para las prestaciones de urgencia, con especial énfasis en el reconocimiento de las camas existentes en los servicios de urgencia como recursos de mayor costo que las camas comunes, para posibilitar una recuperación de recursos más cercana a la realidad del gasto de los servicios en esta materia.
- Finalmente, se recomienda que se efectúe un estudio que permita establecer la relación técnica entre consultas de urgencia y demanda de camas hospitalarias.

5 NIVEL DE LOGRO DEL FIN DEL PROGRAMA

5.1 Análisis de Aspectos relacionados con el Nivel de Logro del Fin del Programa

5.1.1 Contribución del programa al logro del fin. Efectos no planeados

El programa red de urgencia puede hacer una contribución significativa al logro del fin de cada uno de los componentes del mismo, los que durante mucho tiempo han representado la única alternativa de atención de urgencia para una gran proporción de la población chilena, proporción que llega al 100% para varios de ellos. La estructuración del programa en un todo coherente puede hacer que el fin se logre en mayor extensión y con mayor calidad.

5.2 Recomendaciones sobre el Nivel de Logro del Fin del Programa

La principal recomendación sobre el nivel de logro del fin del programa tiene que ver con la necesidad de definir estándares y metas claras para la acción del programa que descompongan el fin en objetivos medibles en el tiempo. Es posible construir tales estándares para cada uno de los componentes y contrastar los aumentos de producción y calidad con dichas metas y estándares.

6 JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD

6.1 Análisis de Aspectos relacionados con la Justificación de la Continuidad

El abordaje del problema de la atención de urgencias desde una perspectiva integral, ha motivado la organización actual de los componentes del programa incluyendo en un solo proyecto componentes de la atención primaria y hospitalaria de urgencias además de la atención prehospitolaria que resulta esencial para la protección de la población en este ámbito. El panel ya ha comentado en torno a los requerimientos para hacer más eficiente esta decisión de integración y ha constatado la ausencia de una preocupación de este programa por aquellos aspectos relacionados con el ejercicio rector del ministerio sobre el conjunto de los servicios de salud presentes en el área de la atención de urgencia. Más allá de estas conclusiones y recomendaciones, los siguientes elementos deberían considerarse para decidir en torno a la continuidad del programa:

- La tendencia al envejecimiento de la población chilena generará una mayor demanda por atención de urgencia dado el mayor riesgo que presenta la población mayor de 65 años de presentar patologías crónicas que dan origen a frecuentes consultas de urgencia, a un aumento de solicitudes al SAMU y, finalmente, a la necesidad de contar con un mayor número de camas críticas para darle continuidad y resolución al manejo del paciente.
- La atención de urgencias debe concebirse como el continuum de acciones que se inician con la percepción por parte de la población de la necesidad de una atención médica urgente y culminan con su acceso oportuno a la máxima capacidad de resolución de su problema por parte del sistema de salud.
- La capacidad de resolución reconoce diversos grados de especialización y debe ser lo más adecuada posible a la complejidad y severidad del problema de salud que aqueja a la persona.
- El ministerio, en su rol normativo y supervisor de la acción de los servicios de salud debe organizar sus programas de manera de asegurar una respuesta eficiente frente a las urgencias a lo largo del territorio nacional.
- Los componentes del programa abordan un nudo de tecnologías específicamente diseñadas para la atención de urgencias (Turnos de personal especializado, traslado y rescate de personas que sufren emergencias, atención de las emergencias en instancias especializadas) que se insertan en la complejidad y heterogeneidad de acciones que desarrollan los servicios de salud.

6.2 Conclusiones sobre la Justificación de la Continuidad

Dado el carácter del problema a cuya resolución apunta el programa, su continuidad se justifica plenamente. En relación con su forma de ejecución actual, es necesario señalar que la continuidad exige un fortalecimiento y definición clara de su estructura así como una evaluación permanente de la gestión del programa que permita introducir las modificaciones requeridas por un esfuerzo que, en su actual organización es de reciente incorporación al conjunto de programas del Ministerio de Salud.

7 SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA

7.1 Análisis de Aspectos relacionados con la Sostenibilidad del Programa

7.1.1 Condiciones para la sostenibilidad del Programa.

La amplitud de sus componentes, la diversidad de unidades y actores involucrados en la gestión del programa y el carácter de la toma de decisiones del mismo son factores que requieren del máximo grado de consenso al nivel de las estructuras de decisión superior del Ministerio para asegurar la sostenibilidad del mismo de acuerdo a su actual diseño.

7.2 Conclusiones sobre la Sostenibilidad del Programa

La sostenibilidad de la actual forma de ejecución del programa depende en buena medida del grado de incorporación de esta fórmula de gestión en la estructura permanente de toma de decisiones del Ministerio de Salud. El Ministerio deberá desarrollar siempre alguna acción programática para enfrentar la demanda de urgencia y la actual decisión es una de varias posibles en materia de ubicación del programa en la estructura ministerial y carácter de la organización del mismo.

7.3 Recomendaciones sobre la Sostenibilidad del Programa

Las principales recomendaciones en torno a la sostenibilidad del programa dicen relación con la apertura que sus actuales responsables deben tener para analizar su actual estructura y organización y contrastarla con otras alternativas de ubicación del mismo en la estructura ministerial, así como con posibles cambios en su amplitud y componentes. La incorporación de aspectos normativos que afecten al el sector privado y sobre otros proveedores públicos, aumentaría la sostenibilidad dado que el desarrollo de la rectoría parece ser una de las áreas de mayor relevancia en la futura reforma del sector salud.

8 ASPECTOS INNOVADORES DEL PROGRAMA

8.1 Análisis de Aspectos Innovadores del Programa

Se trata de un programa que incorpora en su actual diseño las innovaciones ocurridas en los últimos 50 años en materia de gestión de urgencias en el extranjero y en Chile. La innovación nacional más importante esta dada por la experiencia del país en materia de desarrollo de Servicios de Atención Primaria de Urgencia, modelo que hoy es replicado en otros países dada su buena evaluación como fórmula de resolución cercana a la población y como complemento más eficiente de las clásicas fórmulas de atención en los servicios de urgencia hospitalarios.

En materia de atención prehospitalaria, el programa ha apostado a la fórmula de gestión europea (Francia, España) de rescate y reanimación en el lugar de ocurrencia de la emergencia, modelo que se ha preferido al de los Estados Unidos dirigido al rescate y traslado más rápido posible del paciente al centro hospitalario ("catch and run"). Los antecedentes de la evaluación futura del programa basándose en los indicadores incorporados en el marco lógico, deberían arrojar luces respecto a lo acertado de esta decisión. Cabe hacer notar que a estas alturas del desarrollo de los SAMU chilenos, el modelo europeo ha sido modificado para incluir en sus definiciones los resultados de la experiencia nacional. Ejemplo de estas modificaciones es la norma de limitar la estabilización del paciente en el lugar del accidente a 10 minutos, al cabo de los cuales el paciente es trasladado sin esperar a una eventual mejor condición de traslado.

8.2 Conclusiones sobre Aspectos Innovadores del Programa

El programa red de urgencia ha venido incorporando innovaciones mundiales y nacionales en materia de atención de urgencia. Si bien cada una de estas innovaciones y en especial las últimas (SAMU, SAPU) han sido evaluadas positivamente en términos de su impacto en la sobrevida y calidad de la atención, es fundamental que hoy, una vez incorporadas las innovaciones y desarrollos históricos en un todo coherente, se reevalúe cada componente considerando alternativas que mejoren su eficiencia y calidad de atención.

III. PRIORIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

- 1 Teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud tiene un rol de **rectoría sobre el conjunto del sistema de salud** chileno, es importante considerar la incorporación de ajustes al fin y al propósito del programa que den cuenta de la obligación del Ministerio de normar respecto a prestadores de servicios de urgencia de los subsistemas público y privado. Ejemplo de esta función rectora sobre prestadores privados pueden ser la norma sobre condiciones y estándares a cumplir por estos últimos en materia de móviles de rescate, servicios de urgencia en clínicas y consultorios privados, sistemas de turnos, calificación del personal, etc. Es importante también avanzar hacia una mayor

coordinación de los esfuerzos nacionales conjuntos en materia de atención de urgencias. Si bien los programas del sector privado y de otras instituciones responden a lógicas distintas, los beneficiarios se intercambian con frecuencia y todos los sectores podrían beneficiarse de políticas de estado que les permitan usar sus recursos con mayor eficiencia.

- 2 Es importante **definir con claridad los roles** de la unidad ejecutora, los integrantes de la mesa de coordinación del programa y sus respectivas competencias, los mecanismos de coordinación y las interlocuciones del programa con los ejecutores al nivel de los servicios. Es necesario sancionar oficialmente esta estructura en la legalidad que rige la estructura ministerial. Debe estudiarse con detalle la mejor ubicación de la responsabilidad central de ejecución del programa en la estructura orgánica del Ministerio. Los representantes de cada una de las divisiones y unidades ministeriales integradas a la **mesa de coordinación** del programa deben representar plenamente al jefe de su respectiva instancia y deben actuar en la coordinación de la red de urgencias en el ámbito definido para el programa, delimitando su quehacer del resto de las labores de supervisión de los servicios que le corresponden a sus respectivas unidades. El FONASA o la instancia responsable de la asignación de recursos financieros a los servicios y la División de Recursos Humanos deberían estar representados en la coordinación del programa en el más alto nivel posible.
- 3 El programa debe contar con un **sistema de información** que incorpore un conjunto básico de indicadores de producción, calidad y económico-financieros que permitan la evaluación periódica de la eficiencia del programa y la retroalimentación acerca de la necesidad de introducir modificaciones en materia de gestión, transferencias de recursos, incentivos y mecanismos de pago. Idealmente, este sistema debe estar integrado al sistema de información general del Ministerio para la evaluación y supervisión de los servicios de salud estatales y municipales. El diseño de un sistema periódico y permanente de evaluación de satisfacción de usuarios es un requisito importante para que el sistema de información apoye el conjunto de las áreas de decisión del programa. Para que el sistema de información cumpla con el propósito de colaborar con la evaluación sistemática del nivel de logro del propósito del programa, el programa debería generar un conjunto de **estándares** para cada uno de sus componentes, los que también deberían ser evaluados periódicamente en términos de su pertinencia y adecuación a la realidad nacional.
- 4 Es necesario analizar con detalle las características de la demanda de morbilidad de la APS y estudiar **formas innovadoras de la gestión de la morbilidad general** que permitan separar y priorizar la demanda de urgencia sea cual sea la hora en que se produzca. El SAPU debería ser concebido como una dependencia del consultorio abierta las 24 horas del día para atender lo urgente, de manera similar a lo que ocurre en los servicios de urgencia de los hospitales de baja complejidad del SNSS. Un rediseño de esta naturaleza contribuiría además a hacer más eficiente la asignación de recursos estatales y municipales a la APS, a través de un per cápita que

contuviese los recursos para el SAPU, estableciéndose mecanismos de control por parte de los servicios de salud que cautelen el que el destino de los fondos sea el adecuado.

5 En relación con los aspectos económico-financieros del programa, es necesario:

5.1 Mejorar significativamente los procedimientos administrativos que permiten **recuperar los costos** derivados de la atención de beneficiarios de ISAPRE en los distintos componentes del programa. Debe dimensionarse con propiedad la magnitud de la brecha entre los recursos recuperables y los efectivamente recuperados y estudiarse incentivos relacionados al destino de estos ingresos que estimulen a las jefaturas directas y a sus equipos de trabajo a mejorar la gestión de ingresos propios.

5.2 Incorporar formas de transferencia de recursos que incentiven la **gestión clínico-financiera** en los hospitales. Ejemplo de estos mecanismos de transferencia son los pagos asociados a resultados finales que incluyan en sus costos los diversos factores de producción involucrados. Los hospitales deben ser estimulados a usar herramientas de costeo de prestaciones que les permitan comparar los resultados financieros de sus diversas unidades y que, dentro de una misma unidad, les permitan análisis comparativos de pabellones, salas de hospitalización, médicos, etc. El conocer con precisión los costos de sus prestaciones permitiría también a los hospitales sostener una relación más transparente con el FONASA y con los aseguradores que cubren a los pacientes ingresados en sus dependencias.

5.3 **Modificar el arancel** vigente para el cobro a compañías aseguradoras de los gastos en que se incurre por atención de beneficiarios del seguro de accidentes de tránsito. Este arancel debería ser al menos equivalente al de la modalidad institucional de FONASA y debería estudiarse el traspaso a FONASA de la responsabilidad de gestionar su recuperación desde las aseguradoras cuando se trate de beneficiarios del seguro público.

5.4 Revisar los **aranceles FONASA** para las prestaciones de urgencia, con especial énfasis en el reconocimiento de las camas existentes en los servicios de urgencia como recursos de mayor costo que las camas comunes, para posibilitar una recuperación de recursos más cercana a la realidad del gasto de los servicios en esta materia.

6 En materia de cambios estructurales que podrían contribuir a mejorar la gestión del programa, es importante mencionar la necesidad de abordar la solución definitiva de la **dependencia y estructura administrativa de los SAMU**. La dependencia del Centro Regulador de uno de los Servicios existentes en la región entraña una debilidad estructural de la iniciativa. Fórmulas de mayor autonomía y flexibilidad administrativa permitirían mejorar la gestión, la contratación de recursos humanos y transparentar el carácter de las relaciones entre el SAMU y los servicios de los que dependen los

servicios de urgencia hospitalarios. El ejemplo español, que otorga a los servicios de rescate el carácter de empresas autónomas del estado debería estudiarse como un modelo interesante a tener en cuenta como modelo.

- 7 La **gestión de los recursos humanos especializados** y de alto costo, que son la base del éxito del programa es un área que debería incorporarse con mayor fuerza en la gestión del mismo. El estudio de fórmulas innovadoras de contratación de los recursos profesionales médicos en los servicios de urgencia que permitan reforzar los horarios de mayor demanda es una de las alternativas de gestión que parece importante estudiar con profundidad. También parece necesario abordar la situación de los recursos médicos de alta experiencia y especialización que se liberan de guardias nocturnas en los servicios de urgencia gracias a las normas de jubilación anticipada existentes, a fin de utilizar mejor estos recursos altamente calificados, en funciones productivas.
- 8 Desde el punto de vista de las inversiones, es necesario establecer **criterios más objetivos para invertir** en nueva infraestructura, en especial en la atención primaria. Al respecto, el cálculo de tasas de uso de la atención médica de urgencias, combinando las alternativas hospitalarias y los SAPU existentes en unidades territoriales tipo, puede ser de ayuda para la mejor decisión en la materia. En lo que respecta a los SAMU, es necesario uniformar criterios de acreditación de móviles de manera de facilitar la inversión en las regiones con criterios de necesidades per cápita comparables entre regiones de similares características.
- 9 Es importante extender los programas de **capacitación comunitaria** en materia de reanimación del paro cardíaco y dotar de instrumental de desfibrilación a instancias comunitarias, carabineros, escuelas, etc. de manera de abordar la atención inmediata de esta emergencia, lo que es fundamental para asegurar una mayor sobrevivencia de los pacientes que sufran esta condición.

IV. Referencias

1. Bibliografía

- Criterios de ordenación de Recursos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. Madrid 1996.
- Dto. N° 2296. Reglamento General de la ley 19378. Ministerio de Salud. Santiago. 1996.
- Resolución exenta N° 1145. Aprueba norma técnica sobre manual de los SAPU. Ministerio de Salud. 1995.
- Norma general técnica sobre atención prehospitalaria. Ministerio de Salud. Santiago. 1996
- Reglamento orgánico de los servicios de salud. Dto. 42/86 (actualizado al 31 01 01). Ministerio de Salud. Santiago. 2000.
- Ley 18469. Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud. Ministerio de Salud. 1999.
- Diario oficial de la República de Chile. 24 de Diciembre de 1999. Ley N° 19650. Perfecciona normas del área de la salud.
- Diario oficial de la República de Chile. 11 de Febrero de 2000. Ley 19664. Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la ley 15076.
- Programa desarrollo de la red de urgencia a nivel regional y nacional. Ministerio de Salud. DINRED. Mayo de 1998.
- Modelo de gestión de atención prehospitalaria. A. Misraji, A. Villarroel, A. Merello. Minsal. Julio de 1995.
- Informe final comisión de urgencia Región Metropolitana. Minsal. Agosto 1997.
- Plan de desarrollo de la red de urgencia regional. DINRED. MINSAL. Mayo 2000.
- Distribución de camas críticas. 1997-2000. DINRED. MINSAL
- Elementos para desarrollo de red de urgencia. DISAP. MINSAL. Septiembre 1999.
- Catastros de camas críticas año 2000. DINRED. MINSAL.
- Informe final Diagnóstico de camas de UCI de adultos. DINRED. MINSAL. 1998.
- Programa nacional de capacitación en urgencia. DINRED. MINSAL. 2000.
- Informe final. Estimación de prima por riesgo. Centro de costo urgencia. Gómez P, Loyola V., Cordova A. Et al. MINSAL. 1998.
- Informe final de evaluación PRAPS. Ministerio de Hacienda. DIPRES. 1997.
- Red de urgencia regional. Propuestas regionales de modelos de atención de urgencia prehospitalaria por componente, mecanismos de intervención e indicación de monitores.
- SAMU Región Metropolitana. Proceso de evaluación. Móviles M2. Marzo 2001.
- *Estudio de la demanda de urgencia en un hospital de la Región Metropolitana, Sepúlveda P. Estudio a solicitud del panel de evaluación.*

2. Entrevistas Realizadas

- Dr. Gonzalo Lopetégui. Director del Servicio de Urgencia. Hospital Barros Luco Trudeau.
- Dr. Carlos Hermansen. Director (s). Hospital Barros Luco-Trudeau
- Dr. Jorge Salamanca. Subdirector (s). Hospital Baros Luco-Trudeau

- Dr. Enrique Ayarza. UGS Minsal.
- Sra. Soledad Zuleta. DIVAP Minsal.
- Dr. Miguel Gasic. Director Hospital Traumatológico
- Dr. Oriel Arias. Director SAMU IX Región
- Dr. Alvaro Sepúlveda. Subdirector SAMU IX Región

ANEXO A
INDICADORES DE EFECTIVIDAD
PROGRAMA RED DE URGENCIA – MINSAL

Región	N° Consultas APS/(Pop. Beneficiaria FONASA (x1000))			N° Consultas SAPU/(Pop. Beneficiaria FONASA (x1000))			N° Consultas SUH/(Pop. At. cerrada (x1000))					
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
1	20,3	28,5	57,4	86,8	70,9	108,1	131,7	194,0	1164,0	1103,2	1155,9	1156,9
2	55,0	62,5	72,1	99,8	215,9	298,2	349,4	416,5	817,8	794,9	798,4	867,6
3	302,8	12,1	12,9	5,8	24,5	36,3	23,3	28,3	645,4	892,8	977,4	1066,3
4	771,5	8,8	11,8	22,9	147,8	162,1	184,4	218,3	111,9	662,0	661,1	722,9
5	26,1	36,0	17,1	30,6	71,9	83,2	99,1	138,7	1113,3	1105,5	1133,7	1224,9
6	35,2	37,0	43,0	36,9	101,0	95,0	81,2	100,4	527,5	542,6	532,3	576,2
7	178,2	167,9	157,4	173,6	93,3	112,3	130,8	138,5	489,1	493,3	525,1	573,1
8	292,4	304,5	295,9	420,1	123,9	124,4	142,4	146,4	518,9	552,2	590,0	557,2
9	122,1	131,5	129,9	131,0	175,8	158,5	162,6	176,9	716,9	688,0	697,6	759,0
10	487,6	483,2	535,0	537,2	46,8	45,1	51,0	59,6	370,8	370,4	394,3	426,9
11	273,1	253,8	402,6	414,3	0,0	0,0	0,0	2,4	583,4	569,5	553,1	588,7
12	230,6	257,7	262,8	240,6	0,0	0,0	0,0	0,0	507,6	540,2	619,6	632,2
13	74,9	71,9	79,9	90,9	392,7	433,8	500,3	581,3	577,5	584,7	599,8	645,3
Total País	177,0	140,5	145,3	170,9	200,8	219,6	250,5	291,4	606,1	642,0	663,3	703,6

Región	N° Mov. Básicos operativos/ Población Total (x 100.000)				N° Mów. Avanzados/ Población Total (x 100.000)			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
1	762,2	744,7	790,3	824,8	0,0	0,0	0,8	0,8
2	471,5	499,3	524,6	587,2	0,0	0,0	5,2	5,1
3	443,6	615,1	663,6	725,7	0,0	0,0	1,1	1,1
4	203,2	711,6	726,0	805,1	0,0	0,0	1,9	1,9
5	859,1	860,8	891,9	984,7	2,4	2,5	3,0	3,2
6	511,3	519,5	501,4	551,1	0,0	0,0	0,0	0,0
7	431,5	448,3	485,1	526,3	0,0	0,0	2,0	2,0
8	464,2	488,8	528,6	507,1	0,0	0,5	1,1	1,3
9	607,1	651,8	662,0	719,9	0,0	0,0	0,1	0,0
10	344,9	343,3	367,3	400,5	0,0	0,0	3,2	3,2
11	560,1	546,7	530,9	566,7	0,0	0,0	0,0	0,0
12	474,7	505,2	579,5	591,3	0,0	0,0	0,0	0,0
13	529,3	554,1	596,2	663,1	0,4	0,4	0,4	0,4
Total País	534,2	569,7	602,6	654,2	0,4	0,5	1,2	0,9

ANEXO A
INDICADORES DE EFECTIVIDAD
PROGRAMA RED DE URGENCIA - MINSAL

Región	Nº Bases SAMU/ Población Total (x 100.000)				Comunas con acceso 131 red Fija/ Total Comunas (%)				Comunas cf acceso 131 red móvil/ Total Comunas (%)			
	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000	1997	1998	1999	2000
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	0,0%	55,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5	1,0	1,0	1,4	1,5	39,5%	44,7%	55,3%	73,7%	39,5%	39,5%	55,3%	73,7%
6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
8	0,0	0,4	1,0	1,1	0,0%	5,8%	138,5%	138,5%	0,0%	3,8%	57,7%	69,2%
9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
11	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
12	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
13	0,2	0,2	0,2	0,3	87,3%	87,3%	90,9%	90,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total País	0,2	0,2	0,4	0,4	18,3%	34,8%	65,5%	69,0%	4,3%	4,9%	14,8%	18,6%

ANEXO 1. Marco Lógico Aprobado por la Unidad Ejecutora (Versión del 16 03 01. Definitiva)

INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACION		SUPUESTOS
OBJETIVOS	FORMULA			
FIN Contribuir a la mejoría del nivel de salud de la población que presenta problemas de urgencia de salud y a la percepción de seguridad de la población al respecto.				
PROPOSITO Resolución de la demanda de urgencia en la red pública. en forma oportuna y eficaz. de acuerdo a estándares de calidad y equidad en el acceso	<p>Eficiencia % Población con acceso oportuno y equitativo a atención de urgencia</p> <p>1. N° de habitantes con acceso at. Urgencia 24 hrs en Hospitales de mediana y alta complejidad por región/N° total de habitantes por región</p> <p>1. N° total de atenciones por nivel (SAPU, UEH, SAMU):Población Usuaría de cada nivel (país - región)</p> <p>1. N° de consultas SAPU + N° de consultas SUH/Población</p> <p>2. Calidad % Grado de satisfacción del usuario externo con la atención otorgada</p>	<p>Anuarios Estadísticos INE;</p> <p>Informe n° 3: catastro establecimientos de salud</p> <p>RMC producción urgencia</p> <p>Dpto. Estadística Minsal</p> <p>Informes Operación SAMU regionales</p> <p>Estudio 1997-98 Satisfacción Usuario (DISAP)</p> <p>Reforma de Salud</p> <p>Encuesta realizada en RM año 2001</p> <p>Encuesta estudio carga de trabajo Centro Regulador (CIR) RM</p>	<p>La población puede acceder a la red de atención de urgencia</p> <p>El tema de urgencia es prioridad para las autoridades nacionales y regionales</p> <p>Oportunidad de disponibilidad de recursos financieros y productivos</p>	

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	2.3 Calidad	2.3 N° Profesionales capacitados en SAPU por región 1998 /N° total profesionales SAPU (país -- región)	Municipios Informes DIVAP	
		2.3 N° de técnicos y choferes capacitados en SAPU por región/N° total de técnicos y choferes de SAPU por región (país -- región)	Informes DIVAP	
	2.4 Economía	2.4 Transferencias/N° de consultas (país -- región)	Consolidado de datos de ingreso.	
	Rendimiento de transferencias		Encuesta anual de satisfacción	
3. Atención, traslado y coordinación de urgencia – emergencia, individual y colectivo, por medio del SAMU (Urgencia 131 o SAMU) a personas que la demanden.	3.1 Eficacia	3.1 (N° Móviles Básicos/Población Total) X 100.000 (país -- región)	Informes DIVAP Dpto. Estadísticas Minsal Fonasa	
	Cobertura Poblacional Red Prehospitalaria	3.1(N° Móviles avanzados/Población Total) X 100.000 (país -- región)	Informes Operación SAMU regionales SS	
		3.1 (N° Bases/Población Total) X 100.000 (país -- región)	Informes Operación SAMU regionales SS	
		3.1 N° Comunas con acceso solo a teléfono de red fija URGENCIA 131 /N° Total Comunas	Informes Operación SAMU regionales	

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	<p>FORMULA (pais - región)</p> <p>3.1 Población con acceso solo a teléfono de red fija URGENCIA 131 /Población Total (pais - región)</p> <p>3.1 N° Comunas con acceso solo a teléfono de red móvil URGENCIA 131 /N° Total Comunas (pais - región)</p> <p>3.1 Población con acceso solo a teléfono de red móvil URGENCIA 131 /Población Total (pais - región)</p> <p>3.1 N° Profesionales capacitados en atención prehospitalaria por región 1998,2000/N° total profesionales SAMU (pais - región)</p> <p>3.1 N° de Técnicos y choferes capacitados/N° total de técnicos y choferes (pais - región)</p> <p>3.2 Costo Operación Móviles Básicos y Avanzados/ Salidas Móviles Básicos y Avanzados</p>	<p>SS</p> <p>Informes Operación SAMU regionales</p>	
<p>3.2 Eficiencia Costo promedio de atención por móvil básico y avanzado</p>			

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
		FORMULA (país – región)	
	3.2 Costo Medio Salidas Móviles básicos y avanzados (anual) (país – región)	3.2 Costo Medio Salidas Móviles básicos y avanzados (anual) (país – región)	Informes Operación SAMU regionales- Fonasa
	3.3 Calidad Tiempo de respuesta salidas	3.3 Tiempo promedio de respuesta a) Desde intento de comunicación hasta respuesta telefónica b) Desde comunicación hasta llegada del móvil	Informes Operación SAMU regionales
	3.4 Economía Relación entre facturación y gasto	3.3 Rechazos / Total de llamadas	Informes Operación SAMU regionales (muestra RM)
	Relación entre prestaciones otorgadas y facturadas	3.4 Facturación total (PPP+ Ingresos propios) /gasto total	Informes Operación SAMU regionales (muestra RM)
		3.4 Atenciones facturadas/ atenciones otorgadas (separando públicos de no públicos, previsión de las salidas)	Informes Operación SAMU regionales
		3.4 Atenciones Pagadas/Atenciones Facturadas	Informes Operación SAMU regionales (muestra)

OBJETIVOS	INDICADORES		FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>4. Atención de urgencia – emergencia en hospitales a personas que demanden directamente la atención, que provengan de sistemas relacionados o de establecimientos de salud que la demanden.</p>	<p>4.1 Eficacia Consultas por Usuario Atención Cerrada</p> <p>4.2 Eficiencia</p> <p>4.3 Calidad Tiempo de espera</p>	<p>4.1 N° Consultas Médicas Urgencia /Población Usuaría Atención Cerrada (país - región)</p> <p>4.3 (Hora Atención - Hora arribo UE:H)</p> <p>4.3 (Hora ejecución examen – Hora solicitud)</p> <p>4.3 (Hora de Hospitalización – Hora indicación de Hospitalización)</p>	<p>Informes Operación SAMU regionales (muestra)</p> <p>Dpto Estadísticas Minsal (RMC Respetivo) Anuarios estadísticos INE</p> <p>UGS – SS</p> <p>UGS –SS</p>		
<p>5. Atención en Unidad de Paciente Crítico (UCI y UTI) a personas derivadas por orden médica.</p>	<p>4.4 Economía % Recuperación por atención a otros seguros (muestra)</p> <p>5.1 Eficacia Cobertura Camas Críticas (UCI-UTI) por población Índice de demanda de camas críticas</p>	<p>4.5 Recuperación de costo de atención a beneficiarios de otros seguros 4.4 \$ Pagado no beneficiarios/ \$ Facturado a no beneficiarios</p> <p>5.1 (N° Camas UCI-UTI/ Población Usuaría Atención Cerrada y por población total) X</p>	<p>Registro contable hospitales Some-Comercialización</p> <p>Registro contable hospitales Some-Comercialización</p> <p>SOMI: hospital</p> <p>Informe DINRED Camas Críticas</p>		

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	<p>5.2 Eficiencia Indice Ocupacional</p> <p>Intervalo de Sustitución</p> <p>Indice de rotación</p> <p>Promedio días de estada</p> <p>5.3 Calidad</p> <p>5.4 Economía Recuperación atención no beneficiarios</p>	<p>100.000 (país - región)</p> <p>5.2 Días cama Ocupados(DCO)/Días Cama Disponibles(DCD)</p> <p>5.2 (DCD-DCO)/total egresos</p> <p>5.2 (Egresos X N° días del periodo)/DCD</p> <p>DCO/Egresos</p> <p>5.3</p> <p>5.4 Ingresos totales/Gastos totales</p> <p>5.4 \$ Pagado no beneficiarios/\$ Facturado a no beneficiarios</p>	<p>Muestra de algunos Hospitales (encuesta)</p> <p>Muestra de algunos Hospitales (encuesta)</p> <p>Muestra de algunos Hospitales (encuesta)</p> <p>Muestra de algunos Hospitales (encuesta)</p> <p>Registro contable hospitales Some - Comercialización</p> <p>Registro contable hospitales Some - Comercialización</p>	

OBJETIVOS	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
		FORMULA		
6. Garantía de calidad de servicios de urgencia ofrecidos por otros proveedores	Eficacia % de servicios acreditados de acuerdo a estándares ministeriales	Nº de servicios acreditados/Nº de servicios supervisados	Registros de servicios de Salud	
ACTIVIDADES I. ATENCIÓN PRIMARIA 1.1 Cálculo y monitoreo de la demanda de atención de urgencia por usuario, por postas y consultorios. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad 1.2 Cálculo y monitoreo del rendimiento del RRIH por postas y consultorios. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad 1.3 Cálculo y monitoreo del rendimiento de boxes y unidades de apoyo, por postas y consultorios. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad 1.4 Gestionar localmente la oferta de acuerdo a la demanda, asegurando al usuario el acceso a la atención de urgencia.(red) 1.5 Cálculo financiamiento de la atención de urgencia per cápita por comuna. 1.6 Traspasar recursos via Servicios de Salud a Municipios				

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>1. SAPU</p> <p>1.1 Cálculo y monitoreo de la demanda de atención de urgencia por usuario, por SAPU. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p> <p>1.2 Cálculo y monitoreo del rendimiento médico por SAPU. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad.</p> <p>1.3 Cálculo y monitoreo del rendimiento de boxes y unidades de apoyo, por SAPU. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p> <p>1.4 Gestionar localmente la oferta de acuerdo a la demanda, asegurando el acceso a la atención de urgencia.</p> <p>1.5 Establecer criterios de elegibilidad de establecimientos para funcionamiento SAPU</p> <p>1.6 Traspaso de recursos para operación SAPU</p> <p>2. SAMU Estudio</p> <p>3.1 Diseño modelo red de urgencia regional.</p> <p>3.2 Elaboración de proyecto por parte de entidades ejecutoras.</p> <p>3.3 Ejecución del proyecto</p> <p>3.4 Traspaso de recursos de operación.</p>				

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>3.5 Generación de informes de producción.</p> <p>3.6 Evaluación, ejecución y readecuación del modelo.</p>				
<p>Centro Regulador y Móviles</p> <p>3.7 Cálculo y monitoreo de la demanda de atención (llamadas) de emergencia - urgencia por usuario y las salidas correspondientes de móviles.</p>				
<p>3.8 Cálculo y monitoreo de la carga de trabajo del RRIH en el CR y los móviles.</p> <p>3.9 Monitoreo de la infraestructura</p> <p>3.10 Gestionar localmente la oferta de acuerdo a la demanda y asegurar el acceso a la atención de emergencia - urgencia, vía derivación articulada al establecimiento de salud correspondiente.</p>				
<p>4. EMERGENCIA HOSPITALARIA</p>				
<p>4.1 Cálculo y monitoreo de la demanda de atención de urgencia por usuario, por red de hospitales. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p>				
<p>4.2 Cálculo y monitoreo del rendimiento del RRIH por red de hospitales. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p>				
<p>4.3 Cálculo y monitoreo del rendimiento de boxes y unidades de apoyo, por red de hospitales. Lo</p>				

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p> <p>4.4 Gestionar localmente la oferta de acuerdo a la demanda.</p> <p>asegurando al usuario el acceso a la atención de urgencia.(red)</p> <p>4.5 Cálculo financiamiento de la atención de urgencia per cápita por hospital y red.</p> <p>4.6 Traspasar recursos via Servicios de Salud y Hospital.</p> <p>5. CAMAS CRITICAS</p> <p>5.1 Diagnóstico de disponibilidad y uso de camas críticas</p> <p>5.2 Definición de diferentes niveles de camas UCI y UH según capacidad resolutive.</p> <p>5.3 Definición de diferentes criterios de acreditación según punto anterior.</p> <p>5.4 Definición de valorización diferenciada en arancel Fonasa según 2 puntos anteriores.</p> <p>5.5 Definición de N° de camas críticas necesarias por región o SS según grado de resolutiveidad y ubicación geográfica. basado en recopilación de antecedentes Nacionales y comparación con algunos indicadores internacionales.</p> <p>Proyección a 5 - 10 años de los requerimientos, según características demográficas y epidemiológicas</p> <p>5.6 Creación de software de seguimiento de disponibilidad de camas críticas (RRHH. Equipamiento) y su grado de uso.</p>				

OBJETIVOS	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
		FORMULA		
para disponer en cualquier momento de "mapa " nacional al respecto 5.7 Definir etapas de implementación de lo requerido según todos los análisis anteriores.				

ANEXO 2

ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

I. Presupuesto Total del Sector Salud 1997 – 2001 (MM\$ de 2001)

AÑO 1997	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	354.367	404.816	114.20%
Bienes y Servicios de Consumo	253.561	252.272	99.50%
Inversión	66.915	58.955	88.10%
Transferencias	96.517	90.267	93.50%
Otros	202.856	197.525	97.40%
TOTAL	974.217	1.003.835	103.00%

Fuente:

Ley de presupuesto Año 1997 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior
Boletín Estadístico FONASA 1997-1998

AÑO 1998	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	385.652	426.391	110.60%
Bienes y Servicios de Consumo	268.599	280.792	104.50%
Inversión	62.913	50.753	80.70%
Transferencias	99.762	94.154	94.40%
Otros	229.054	254.475	111.10%
TOTAL	1.045.981	1.106.564	105.80%

Fuente:

Ley de presupuesto Año 1998 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior
Boletín Estadístico FONASA 1997-1998

AÑO 1999	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	404.845	438.570	108.30%
Bienes y Servicios de Consumo	180.626	181.854	100.70%
Inversión	39.308	44.549	113.30%
Transferencias	216.390	215.048	99.40%
Otros	271.584	276.445	101.80%
TOTAL	1.112.753	1.156.467	103.90%

Fuente:

Ley de presupuesto Año 1999 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior
Boletín Estadístico FONASA 1998-1999

AÑO 2000	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	414.607	Sin información	
Bienes y Servicios de Consumo	181.719	Sin información	
Inversión	36.947	Sin información	
Transferencias	230.035	Sin información	
Otros	305.286	Sin información	
TOTAL	1.168.594	Sin información	

Fuente:

Ley de presupuesto Año 2000 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior
Boletín Estadístico FONASA 1997-1998

AÑO 2001	Presupuesto Asignado
-	
Personal	438.610
Bienes y Servicios de Consumo	222.526
Inversión	37.193
Transferencias	228.428
Otros	333.214
TOTAL	1.259.971

Fuente:
Ley de presupuesto Año 2000 (Partida: Ministerio de
Salud) aprobada en diciembre del año anterior

Información Específica del programa 1997 – 2001 (MM\$ de 2001)

2.1 Presupuesto y Gastos del Programa

ANO 1997	Presup. Asignado	Gasto Efectivo Monto	%
Personal	No aplicable	71.742	
Bienes y Serv. de Consumo	No aplicable	43.359	
Inversión	No aplicable	Sin Información	
Transferencias	No aplicable	No aplicable	
Otros	No aplicable	No aplicable	
TOTAL	No aplicable	115.101	

Fuente:
Ley de presupuesto Año 1997 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior
Boletín Estadístico FONASA 1997-1998

ANO 1998	Presup. Asignado	Gasto Efectivo Monto	%
Personal	No aplicable	60.516	
Bienes y Serv. de Consumo	No aplicable	36.574	
Inversión	No aplicable	Sin Información	
Transferencias	No aplicable	No aplicable	
Otros	No aplicable	No aplicable	
TOTAL	No aplicable	97.090	

Fuente:
Ley de presupuesto Año 1998 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior
Boletín Estadístico FONASA 1997-1998

ANO 1999	Presup. Asignado	Gasto Efectivo Monto	%
Personal	No aplicable	63.761	
Bienes y Serv. de Consumo	No aplicable	38.535	
Inversión	No aplicable	Sin Información	
Transferencias	No aplicable	No aplicable	
Otros	No aplicable	No aplicable	
TOTAL	No aplicable	102.296	

Fuente:
Ley de presupuesto Año 1999 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior
Boletín Estadístico FONASA 1998-1999

ANO 2000	Presup. Asignado	Gasto Efectivo Monto	%
Personal	No aplicable	89.781	
Bienes y Serv. de Consumo	No aplicable	54.260	
Inversión	No aplicable	Sin Información	
Transferencias	No aplicable	No aplicable	
Otros	No aplicable	No aplicable	
TOTAL	No aplicable	144.041	

Fuente:
Ley de presupuesto Año 2000 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior

AÑO 2001	Presup. Asignado
Personal	
Bienes y Serv. de Consumo	
Inversión	
Transferencias	
Otros	
TOTAL	

Cuadro Resumen de Presupuesto y Gasto del Programa

Año	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo Monto	%	Saldo Presupuestario
1997		115.101		
1998		97.090		
1999		102.296		
2000		144.041		
2001				

2.2 Costo a Nivel Nacional por Componente del Programa (en MM\$ del 2001)

ANO 1997	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	RM	Total
Unid.Emerg.Hospitalaria	4.449	2.390	1.824	4.399	12.717	2.862	5.054	11.412	4.182	5.671	824	1.358	25.728	82.870
Camas Criticas	1.005	601	121	662	2.085	292	727	3.067	469	1.501	305	309	13.765	24.909
Samu	0	0	0	0	840	0	0	0	0	0	0	0	1.370	2.210
Sapu	183	285	97	190	586	117	143	592	284	192	0	69	3.228	5.966
Total	5.637	3.276	2.042	5.251	16.228	3.271	5.924	15.071	4.935	7.364	1.129	1.736	44.091	115.955

ANO 1998	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	RM	Total
Unid.Emerg.Hospitalaria	3.289	1.842	1.447	3.465	10.089	2.209	4.001	8.957	3.058	4.374	612	1.070	19.800	64.213
Camas Criticas	715	491	110	1063	2.137	272	572	2.835	819	1.491	285	328	13.375	24.493
Samu	0	0	0	0	1404	0	0	363	0	0	0	0	1.296	3.063
Sapu	150	288	97	249	599	117	239	595	294	190	0	0	3.654	6.472
Total	4.154	2.621	1.654	4.777	14.229	2.598	4.812	12.750	4.171	6.055	897	1.398	38.125	98.241

ANO 1999	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	RM	Total
Unid.Emerg.Hospitalaria	3.541	1.870	1.557	3.524	10.009	2.279	4.346	9.263	3.226	4.754	681	1.278	21.291	67.619
Camas Criticas	742	498	100	930	2.066	235	678	2.985	828	1.581	302	232	14.646	25.823
Samu	0	0	0	0	1440	0	0	808	0	0	0	0	1.526	3.775
Sapu	254	234	100	344	722	119	309	597	253	148	0	0	3.624	6.704
Total	4.537	2.602	1.757	4.798	14.237	2.633	5.333	13.653	4.307	6.483	983	1.510	41.087	103.921

ANO 2000	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	RM	Total
Unid.Emerg.Hospitalaria	4.632	2.579	2.281	5.029	14.046	3.498	6.058	12.771	4.519	6.436	864	1.675	28.705	93.093
Camas Criticas	917	626	133	1391	2.662	406	1150	4.732	1402	2.295	385	313	20.113	36.525
Samu	0	0	0	0	1474	0	0	1305	0	0	0	0	1.693	4.473
Sapu	256	237	93	348	730	120	324	711	300	150	0	0	3.774	7.043
Total	5.805	3.442	2.507	6.768	18.912	4.024	7.532	19.519	6.221	8.881	1.249	1.988	54.285	141.134

Producción

ANO 1997	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	RM	Total
Unid.Emerg.Hospitalaria	274.682	163.152	126.335	302.035	921.364	204.715	362.363	767.925	321.652	373.647	50841	89.216	1.767.638	5.725.565
Camas Críticas	3.437		2752	1680	10.277		11827	20.995		12.717		2840	123.895	190.420
SAMU					31754								71.960	103.714
SAPU	14719	45066	2815	56322	71974	51732	59432	157187	106075	31989			1.159.278	1.756.589
Total	292.838	208.218	131.902	360.037	1.035.369	256.447	433.622	946.107	427.727	418.353	50.841	92.056	3.122.771	7.776.288

ANO 1998	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	RM	Total
Unid.Emerg.Hospitalaria	201.140	126.114	100.559	239.567	734.212	158.637	287.685	603.848	234.049	286.023	37396	69.518	1.361.250	4.439.998
Camas Críticas	3.487		3546	8941	15.941		15267	24.051		14.634		3156	152.722	241.745
Samu					54405			9006					69.252	132.663
Sapu	22815	63124	5759	62631	84248	49013	72224	159556	96613	31129			1.300.015	1.947.127
Total	227.442	189.238	109.864	311.139	888.806	207.650	375.176	796.461	330.662	331.786	37.396	72.674	2.883.239	6.761.533

ANO 1999	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	RM	Total
Unid.Emerg.Hospitalaria	213.653	125.250	106.288	239.094	712.966	164.699	309.510	623.014	243.347	306.758	41055	81.911	1.457.944	4.625.489
Camas Críticas	3.370		3822	8700	16.016		13681	26.429		14.841		2336	162.919	252.114
Samu					22440			41021					80.238	143.699
Sapu	28248	74970	3758	72266	101511	42417	84890	184591	100089	35490			1.520.982	2.249.212
Total	245.271	200.220	113.868	320.060	852.933	207.116	408.081	875.055	343.436	357.089	41.055	84.247	3.222.083	7.270.514

ANO 2000	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	RM	Total
Unid.Emerg.Hospitalaria	288.185	179.218	159.954	354.080	1.025.269	265.750	444.604	888.292	350.270	427.360	53707	109.934	2.020.093	6.566.716
Camas Críticas	5.308		4064	10186	15.839		15304	33.451		14.442		2306	175.975	276.875
Samu					97513			71919					82.586	252.018
Sapu	42255	90539	4648	86694	143756	53096	90694	191761	109968	41882	151		1.792.717	2.648.161
Total	335.748	269.757	168.666	450.960	1.282.377	318.846	550.602	1.185.423	460.238	483.684	53.858	112.240	4.071.371	9.743.770

costos unitarios

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	RM	Total
ANO 1997														
Unid.Emerg.Hospitalaria	16,20	14,65	14,44	14,56	13,80	13,98	13,95	14,86	13,00	15,18	16,21	15,22	14,56	14,47
Camas Críticas	292,41		43,97	394,05	202,88		61,47	146,08		118,03		108,80	111,10	130,81
Samu					26,45								19,04	21,31
Sapu	12,43	6,32	34,46	3,37	8,14	2,26	2,41	3,77	2,68	6,00			2,78	3,40
Total	19,25	15,73	15,48	14,58	15,67	12,76	13,66	15,93	11,54	17,60	22,21	18,86	14,12	14,91
ANO 1998														
Unid.Emerg.Hospitalaria	16,35	14,61	14,39	14,46	13,74	13,92	13,91	14,83	13,07	15,29	16,37	15,39	14,55	14,46
Camas Críticas	205,05		31,02	118,89	134,06		37,47	117,87		101,89		103,93	87,58	101,32
Samu					25,81			40,27					18,72	23,09
Sapu	6,57	4,56	16,84	3,98	7,11	2,39	3,31	3,73	3,04	6,10			2,81	3,32
Total	18,26	13,85	15,05	15,35	16,01	12,51	12,83	16,01	12,61	18,25	23,99	19,24	13,22	14,53
ANO 1999														
Unid.Emerg.Hospitalaria	16,57	14,93	14,65	14,74	14,04	13,84	14,04	14,87	13,26	15,50	16,59	15,60	14,60	14,62
Camas Críticas	220,18		26,16	106,90	129,00		49,56	112,94		106,53		99,32	89,90	102,43
Samu					64,17			19,71					19,02	26,27
Sapu	8,99	3,12	26,61	4,76	7,11	2,81	3,64	3,23	2,53	4,17			2,38	2,98
Total	18,50	13,00	15,43	14,99	16,69	12,71	13,07	15,60	12,54	18,16	23,94	17,92	12,75	14,29
ANO 2000														
Unid.Emerg.Hospitalaria	16,07	14,39	14,26	14,20	13,70	13,16	13,63	14,38	12,90	15,06	16,09	15,24	14,21	14,18
Camas Críticas	172,76		32,73	136,56	168,07		75,14	141,46		158,91		135,73	114,29	131,92
Samu					15,12			18,15					20,50	17,75
Sapu	6,06	2,62	20,01	4,01	5,08	2,26	3,57	3,71	2,73	3,58	0,00		2,11	2,66
Total	17,29	12,76	14,86	15,01	14,75	12,62	13,68	16,47	13,52	18,36	23,19	17,71	13,33	14,48

2.3 Costos Administrativos y por componente del Programa

AÑO	Costos Administrativos	Costos por Componente	Total Gasto Efectivo
1997		115.101	115.101
1998		97.090	97.090
1999		102.296	102.296
2000		138.841	138.841

Nota: No se dispone de datos sobre costos administrativos

III. Fuentes de Financiamiento del Programa 1997 - 2001 (en MM\$ del 2001)

Fuentes de	1997		1998		1999		2000		2001	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1. Aporte Fi	97.296	98,40%	85.881	98,00%	93.541	98,00%	132.310	98,50%		
2. Transfere	1.537	1,60%	1.753	2,00%	1.876	2,00%	2.044	1,50%		
2.1 Aporte	1.537	1,60%	1.753	2,00%	1.876	2,00%	2.044	1,50%		
3. Otras fue	0,00%	0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		
Total	98.833	100,00%	87.634	100,00%	95.417	100,00%	134.354	100,00%		

ANEXO 3. Sugerencias para la modificación del Marco lógico del programa. (Las modificaciones se presentan en rojo y con cursivas, los textos a eliminar se presentan con control de cambios y en rojo).

MATRIZ PROPUESTA PROGRAMA RED DE URGENCIA 2001 (20-05-01) MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
		FÓRMULA		
FIN Contribuir a la mejoría del nivel de salud de la población que presenta problemas de urgencia de salud y a la percepción de seguridad de la población al respecto.				
PROPOSITO Resolución de la demanda de urgencia en la red pública, en forma oportuna y eficaz, de acuerdo a estándares de calidad y equidad en el acceso y <i>garantía de la calidad de los servicios de urgencia ofrecidos por los otros proveedores presentes en el sistema de salud.</i>	<p>1. Eficacia % Población con acceso oportuno y equitativo a atención de urgencia</p> <p>2. Calidad % Grado de satisfacción del usuario externo con la atención otorgada</p>	<p>1. N° de habitantes con acceso at. Urgencia 24 hrs en Hospitales de mediana y alta complejidad por región/N° total de habitantes por región</p> <p>1. N° total de atenciones por nivel (SAPU, UEH, SAMU)/Población Usuaría de cada nivel (país - región)</p> <p>1. N° de consultas SAPU + N° de consultas SUH/Población</p> <p>2. % de usuarios externos que declararon satisfacción con atención en UEH por región, según estudios (2)</p> <p>2. % de usuarios externos que declararon satisfacción con atención</p>	<p>Anuarios Estadísticos INE</p> <p>Informe n° 3: catastro establecimientos de salud</p> <p>RMC producción urgencia</p> <p>Dpto. Estadística Minsal</p> <p>Informes Operación SAMU regionales</p> <p>Estudio 1997-98 Satisfacción Usuario (DISAP)</p> <p>Reforma de Salud</p> <p>Encuesta realizada en RM año 2001</p> <p>Encuesta estudio carga de trabajo Centro Regulador (CR) RM</p>	<p>La población puede acceder a la red de atención de urgencia</p> <p>El tema de urgencia es prioridad para las autoridades nacionales y regionales</p> <p>Oportunidad de disponibilidad de recursos financieros y productivos</p>

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	<p>3. Economía % Ejecución Presupuestaria</p>	<p>SAMU en RM, según estudios (2)</p> <p>2. % de usuarios internos que declararon satisfacción con funcionamiento de SAMU</p> <p>3. Agregación de indicadores por componentes</p>	<p>Encuesta estudio carga de trabajo Centro Regulador (CR) RM</p> <p>Informes Ejecución Presupuestaria</p>	
<p>COMPONENTES</p> <p>1. Atención de morbilidad general de urgencia en Consultorios y Postas Rurales a personas que la demanden.</p> <p>2.- Atención de morbilidad general de urgencia en SAPU a personas que la demanden.</p>	<p>1.1 Eficacia</p> <p>1.2 Eficiencia Productividad horas médicas 2000</p> <p>1.3 Calidad</p> <p>1.4 Economía</p> <p>2. Eficacia Nº Consultas por beneficiario</p> <p>2.2 Eficiencia Productividad horas médicas contratadas</p>	<p>(País-Región)</p> <p>1.2 Nº Consultas Médicas efectuadas 2000/ Nº Horas Médicas disponibles 2000 (país-región)</p> <p>2.1 Nº Consultas Médica /Pob. Beneficiaria (país - región)</p> <p>2.2 Nº Consultas Médicas efectuadas / Nº Horas Médicas disponibles (país - región)</p>	<p>Informes DIVAP Dpto. Estadísticas Minsal</p> <p>Informes DIVAP-FONASA Dpto. Estadísticas Minsal</p> <p>Informes DIVAP Dpto. Estadísticas Minsal</p>	

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
3. Atención, traslado y coordinación de urgencia – emergencia, individual y colectivo, por medio del SAMU (Urgencia 131 o SAMU) a personas que la demanden.	<p>Costo total de atención de urgencia en SAPU</p> <p>2.3 Calidad</p> <p>2.4 Economía Rendimiento de transferencias</p> <p>3.1 Eficacia Cobertura Poblacional Red Prehospitalaria</p>	<p>2.2 Gasto en Operación SAPU/ N° de consultas (país – región)</p> <p>2.3 N° Profesionales capacitados en SAPU por región /N° total profesionales SAPU (país – región)</p> <p>2.3 N° de Técnicos y choferes capacitados en SAPU por región/N° total de técnicos y choferes de SAPU por región (país – región)</p> <p>2.4 Tiempo de espera promedio para atención.</p> <p>2.5 Satisfacción con la atención recibida</p> <p>2.4 Transferencias/N° de consultas (país – región)</p> <p>3.1 (N° Móviles Básicos/Población Total) X 100.000 (país – región)</p> <p>3.1(N° Móviles avanzados/Población Total) X 100.000 (país – región)</p>	<p>Informes DIVAP Dpto. Estadísticas Minsal SS Municipios</p> <p>Informes DIVAP</p> <p>Informes DIVAP</p> <p>Consolidado de datos de ingreso.</p> <p>Encuesta anual de satisfacción</p> <p>Informes DIVAP Dpto. Estadísticas Minsal Fonasa</p> <p>Informes Operación SAMU regionales SS</p> <p>Informes Operación SAMU regionales SS</p>	

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
		<p>3.1 (N° Bases/Población Total) X 100.000 (país – región)</p>	<p>Informes Operación SAMU regionales SS</p>	
		<p>3.1 N° Comunas con acceso solo a teléfono de red fija URGENCIA 131 /N° Total Comunas (país – región)</p>	<p>Informes Operación SAMU regionales</p>	
		<p>3.1 Población con acceso solo a teléfono de red fija URGENCIA 131 /Población Total (país – región)</p>	<p>Informes Operación SAMU regionales</p>	
		<p>3.1 N° Comunas con acceso solo a teléfono de red móvil URGENCIA 131 /N° Total Comunas (país – región)</p>	<p>Informes Operación SAMU regionales</p>	
		<p>3.1 Población con acceso solo a teléfono de red móvil URGENCIA 131 /Población Total (país – región)</p>	<p>Informes Operación SAMU regionales</p>	
		<p>3.1 N° Profesionales capacitados en atención prehospitalaria por región 1998,2000/N° total profesionales SAMU (país – región)</p>	<p>Informes Operación SAMU regionales</p>	
	<p>3.2 Eficiencia Costo promedio de atención por móvil básico y avanzado</p>	<p>3.1 N° de Técnicos y choferes capacitados/N° total de técnicos y</p>	<p>Informes Operación SAMU regionales</p>	

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
		chofères (país – región)		
		3.2 Costo Operación Móviles Básicos y Avanzados/ Salidas Móviles Básicos y Avanzados (país región)	Informes Operación SAMU regionales- Fonasa	
		3.2 Costo Medio Salidas Móviles básicos y avanzados (anual) (país – región)	Informes Operación SAMU regionales	
	3.3 Calidad Tiempo de respuesta salidas	3.3 Tiempo promedio de respuesta a) Desde intento de comunicación hasta respuesta telefónica b) Desde comunicación hasta llegada del móvil	Informes Operación SAMU regionales (muestra RM)	
	3.4 Economía Relación entre facturación y gasto	3.3 Rechazos / Total de llamadas	Informes Operación SAMU regionales (muestra RM)	
	Relación entre prestaciones otorgadas y facturadas	3.4 Facturación total (PPP+ Ingresos propios) /gasto total	Informes Operación SAMU regionales	
		3.4 Atenciones facturadas/ atenciones otorgadas (separando	Informes Operación SAMU regionales	

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>4. Atención de urgencia – emergencia en hospitales a personas que demanden directamente la atención, que provengan de sistemas relacionados o de establecimientos de salud que la demanden.</p>	<p>4.1 Eficacia Consultas por Usuario Atención Cerrada</p> <p>4.2 Eficiencia</p> <p>4.3 Calidad Tiempo de espera</p>	<p>públicos de no públicos, provisión de las salidas)</p> <p>3.4 Atenciones Pagadas/Atenciones Facturadas</p> <p>4.1 N° Consultas Médicas Urgencia /Población Ustaria Atención Cerrada (país – región)</p> <p>2.4 Tiempo de espera promedio para atención según grado de urgencia.</p> <p>2.5 Satisfacción con la atención recibida</p>	<p>(muestra)</p> <p>Informes Operación SAMU regionales (muestra)</p> <p>Dpto Estadísticas Minsal (RMC Respectivo) Anuarios estadísticos INE</p> <p>Datos de ingreso Encuesta anual</p> <p>UGS –SS</p> <p>UGS – SS</p> <p>UGS –SS</p>	
<p>4.4 Economía % Recuperación por atención a otros seguros (muestra)</p>	<p>4.3 (Hora Atención - Hora arribo UEH)</p> <p>4.3 (Hora ejecución examen Hora solicitud)</p>	<p>4.3 (Hora Atención - Hora arribo UEH)</p> <p>4.3 (Hora ejecución examen Hora solicitud)</p>	<p>UGS –SS</p> <p>UGS –SS</p> <p>UGS –SS</p>	
<p>5. Atención en Unidad de Paciente Crítico (UCI y UTI) a personas derivadas por orden médica.</p>	<p>5.1 Eficacia Cobertura Camas Críticas (UCI-UTI) por población</p>	<p>4.3 (Hora de Hospitalización – Hora indicación de Hospitalización)</p>	<p>Registro contable hospitales Some-Comercialización</p> <p>Registro contable hospitales Some-Comercialización</p>	

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	Indice de demanda de camas criticas	Hospitalizaciones UCI/Nº de consultas de urgencia	SOME hospital	
	5.2 Eficiencia Indice Ocupacional	4.4 Ingresos-totales/gastos totales 4.5 Recuperación de costo de atención a beneficiarios de otros seguros	Informe DINRED Camas Criticas	
	Intervalo de Sustitución	4.4 \$ Pagado no beneficiarios/ \$ Facturado a no beneficiarios		
	Indice de rotación	5.1 (Nº Camas UCI-UTI/ Población Usuaria Atención Cerrada y por población total) X 100.000 (país - región)	Muestra de algunos Hospitales (encuesta)	
	Promedio dias de estada		Muestra de algunos Hospitales (encuesta)	
	5.3 Calidad		Muestra de algunos Hospitales (encuesta)	
	5.4 Economía Recuperación atención no beneficiarios	5.2 Dias cama Ocupados(DCO)/Dias Cama Disponibles(DCD)	Muestra de algunos Hospitales (encuesta)	
		5.2 (DCI-DCO)/total egresos		
		5.2 (Egresos X Nº dias del periodo)/DCD	Registro contable hospitales Some - Comercialización	
		DCO/Egresos	Registro contable hospitales Some - Comercialización	

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
6. Garantía de calidad de servicios de urgencia ofrecidos por otros proveedores	Eficacia % de servicios acreditados de acuerdo a estándares ministeriales	5.3 5.4 Ingresos totales/Gastos totales 5.4 \$ Pagado no beneficiarios/ \$ Facturado a no beneficiarios	Registros de servicios de Salud	
ACTIVIDADES	1. ATENCIÓN PRIMARIA	1.1 Cálculo y monitoreo de la demanda de atención de urgencia por usuario, por postas y consultorios. Lo anterior en		

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>términos de frecuencia y estacionalidad</p> <p>1.2 Cálculo y monitoreo del rendimiento del RRIH por postas y consultorios. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p> <p>1.3 Cálculo y monitoreo del rendimiento de boxes y unidades de apoyo, por postas y consultorios. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p> <p>1.4 Gestionar localmente la oferta de acuerdo a la demanda, asegurando al usuario el acceso a la atención de urgencia.(red)</p> <p>1.5 Cálculo financiamiento de la atención de urgencia per cápita por comuna.</p> <p>1.6 Traspasar recursos via Servicios de Salud a Municipios</p>				
<p>1. SAPU</p> <p>1.1 Cálculo y monitoreo de la demanda de atención de urgencia por usuario, por SAPU. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p>				
<p>1.2 Cálculo y monitoreo del rendimiento médico por SAPU. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad.</p>				
<p>1.3 Cálculo y monitoreo del rendimiento de boxes y unidades de apoyo, por SAPU. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p>				
<p>1.4 Gestionar localmente la oferta</p>				

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>de acuerdo a la demanda, asegurando el acceso a la atención de urgencia.</p> <p>1.5 Establecer criterios de elegibilidad de establecimientos para funcionamiento SAPU</p> <p>1.6 Traspaso de recursos para operación SAPU</p> <p>2. SAMU Estudio</p> <p>3.1 Diseño modelo red de urgencia regional.</p> <p>3.2 Elaboración de proyecto por parte de entidades ejecutoras.</p> <p>3.3 Ejecución del proyecto</p> <p>3.4 Traspaso de recursos de operación.</p> <p>3.5 Generación de informes de producción.</p> <p>3.6 Evaluación, ejecución y readecuación del modelo.</p> <p>Centro Regulador y Móviles</p> <p>3.7 Cálculo y monitoreo de la demanda de atención (llamadas) de emergencia - urgencia por usuario y las salidas correspondientes de móviles.</p> <p>3.8 Cálculo y monitoreo de la carga de trabajo del RRHH en el CR y los móviles.</p> <p>3.9 Monitoreo de la infraestructura</p> <p>3.10 Gestionar localmente la oferta de acuerdo a la demanda y asegurar el acceso a la atención de emergencia - urgencia. vía</p>				

OBJETIVOS	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
		FORMULA		
<p>derivación articulada al establecimiento de salud correspondiente.</p> <p>4. EMERGENCIA HOSPITALARIA</p> <p>4.1 Cálculo y monitoreo de la demanda de atención de urgencia por usuario, por red de hospitales. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p> <p>4.2 Cálculo y monitoreo del rendimiento del RRIH por red de hospitales. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p> <p>4.3 Cálculo y monitoreo del rendimiento de boxes y unidades de apoyo, por red de hospitales. Lo anterior en términos de frecuencia y estacionalidad</p> <p>4.4 Gestionar localmente la oferta de acuerdo a la demanda, asegurando al usuario el acceso a la atención de urgencia.(red)</p> <p>4.5 Cálculo financiamiento de la atención de urgencia per cápita por hospital y red.</p> <p>4.6 Traspasar recursos vía Servicios de Salud y Hospital.</p> <p>5. CAMAS CRITICAS</p> <p>5.1 Diagnóstico de disponibilidad y uso de camas críticas</p> <p>5.2 Definición de diferentes niveles de camas UCI y UTI según capacidad resolutive.</p> <p>5.3 Definición de diferentes</p>				

OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p> criterios de acreditación según punto anterior. 5.4 Definición de valorización diferenciada en arancel Fonasa según 2 puntos anteriores. 5.5 Definición de N° de camas críticas necesarias por región o SS según grado de resoluidividad y ubicación geográfica, basado en recopilación de antecedentes Nacionales y comparación con algunos indicadores internacionales. Proyección a 5 - 10 años de los requerimientos, según características demográficas y epidemiológicas 5.6 Creación de software de seguimiento de disponibilidad de camas críticas (RRHH). Equipamiento) y su grado de uso, para disponer en cualquier momento de "mapa " nacional al respecto 5.7 Definir etapas de implementación de lo requerido según todos los análisis anteriores. </p>				

ANEXO 4

DEFINICION DE ATENCION DE URGENCIA

En su estudio: "Evaluación de SAPU, 1994", el CIAPEP de la Universidad Católica de Chile, señala la conveniencia de distinguir entre los siguientes servicios de salud demandados por la población:

- a) *Las personas que se sienten sanas pero que quieren una opinión profesional periódica que les evalúe su estado de salud desde el punto de vista médico, solicitan una atención específica, la cual se puede catalogar como una consulta médica de "chequeo", de seguimiento o de control. De hecho, todas las personas requieren este tipo de consulta, pero algunas con mayor frecuencia; entre éstas, se encuentran las mujeres embarazadas, los niños, los adolescentes y los adultos, así como los pacientes que habiendo sufrido un accidente o una enfermedad y hayan recibido la primera atención médica para superar la crisis, requieran de curaciones o tratamientos periódicos posteriores. Estas consultas pueden fácilmente programarse por quien ofrece estos servicios.*
- b) *Las personas que se sienten enfermas y perciben que requieren atención médica "inmediata", se dirigen a un establecimiento público o privado para solicitar una opinión profesional a través de una consulta médica que se denomina de morbilidad. Si la atención de estas patologías puede postergarse sin mayor costo social para el paciente y la sociedad, desde un punto de vista médico, se le denominará de urgencia banal, pues las personas las demandan con "urgencia". Estas consultas, a diferencia de las descritas en la situación anterior, no pueden fácilmente programarse, ya que las enfermedades se manifiestan - más o menos repentinamente - en molestias que los pacientes quieren eliminar en el menor tiempo posible.¹*
- c) *Las personas que sufren un accidente o una crisis de enfermedad que, desde un punto de vista médico, en efecto requieren atención inmediata (porque de lo contrario se ponen en riesgo sus capacidades físicas, mentales o su vida), dan origen a una consulta médica de urgencia, la que se denominará de urgencia verdadera. Desde un punto de vista médico, éstas se clasifican en dos:*
 - i) ***urgencia no vital**, que son las enfermedades o accidentes que requieren atención inmediata porque, de lo contrario, se pone en riesgo la capacidad física o mental del paciente.*
 - ii) ***urgencia vital**, que son las patologías que requieren atención inmediata o, de lo contrario, se pone en riesgo la vida del paciente.*

A su vez, ellas pueden requerir tratamientos de diferente grado de complejidad para ser resueltas. Se denominará:

- i) *- urgencias verdaderas primarias, las que pueden ser resueltas por un médico general con equipo relativamente simple.*
- ii) *secundarias y terciarias, las que requieren de un especialista y de un equipo más complejo para ser resueltas.*

¹ Entre los médicos existe diversidad de opinión para determinar cuál es la urgencia banal y cuál no. Para efectos de ese trabajo se tomó como opinión experta la vertida por los directores de los SAPU y de los SUH del SSMO.