
**EVALUACION GUBERNAMENTAL DE
PROGRAMAS AÑO 2001.**

**INFORME DE SINTESIS DE EVALUACIÓN
PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE URGENCIA Y
UNIDADES CRÍTICAS - N°15 -**

EVALUACIÓN GUBERNAMENTAL DE PROGRAMAS AÑO 2001

INFORME DE SÍNTESIS DE EVALUACIÓN

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE URGENCIA Y UNIDADES CRÍTICAS - Nº15 - 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 establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), financiados mediante el mecanismo normal de asignación per-cápita.

¹ Estimación en base a gasto efectivo año 2000.

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.

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 Servicio 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 derivadas 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.

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.

El programa Red de Urgencia está 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 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 resolutiveidad 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 resolutiveidad 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 usuario (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

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

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% 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,

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

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.

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.

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.

* 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.

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 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".