Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Documento del

Banco Mundial

PARA USO OFICIAL EXCLUSIVO

Informe N° PAD2230

BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUCCIÓN Y FOMENTO

DOCUMENTO DE EVALUACIÓN INICIAL DE PROYECTO

SOBRE UN

PRÉSTAMO PROPUESTO

POR LA CANTIDAD DE
US$80 MILLONES

A LA

REPÚBLICA DE CHILE

PARA

CHILE - PROYECTO DE APOYO AL SECTOR SALUD (P161018)

12 de mayo de 2017

Práctica Global de Salud, Nutrición y Población
Región de América Latina y El Caribe

Este documento es de distribución restringida y únicamente puede ser usado por el destinatario en el desempeño de sus funciones oficiales. El contenido del mismo no puede ser divulgado sin la autorización del Banco Mundial.

EQUIVALENCIAS MONETARIAS

Tipo de cambio vigente al 11 de mayo de 2017

Unidad de Moneda =	Peso Chileno
CLP$679,07 =	US$1

AÑO FISCAL
1 de enero - 31 de diciembre

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas
CDM	Carga de Morbilidad
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento
CORFO	Corporación de Fomento
EAP	Estrategia de Alianza con el País
UGC	Unidades de Gestión de Casos
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información de Salud
DIGERA	División General de Redes Asistenciales
DIPLAS	División de Planificación Sanitaria
DIPRECE	División de Prevención y Control de Enfermedades
DIPRES	Dirección de Presupuestos
DIVAP	División de Atención Primaria
IVD	Indicadores Vinculados a los Desembolsos
DM II	Diabetes Mellitus Tipo II
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
PGE	Programas de Gastos Elegibles
PGA	Plan de Gestión Ambiental
GF	Gestión Financiera
FONASA	Fondo Nacional de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
GDC	Gobierno de Chile
SS	Servicios de Salud
SNP	Salud, Nutrición y Población
HTA	Hipertensión arterial
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
FPI	Financiamiento para Proyectos de Inversión
PPI	Plan para Pueblos Indígenas
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional

ALC	América Latina y el Caribe
MLE	Modalidad de Libre Elección
MINSAL	Ministerio de Salud
MDH	Ministerio de Hacienda
ENT	Enfermedades No Transmisibles
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
GB	Gasto de bolsillo
RGP	Revisión del Gasto Público
APS	Atención Primaria de la Salud
PHCPI	Iniciativa de Mejora del Desempeño de la Atención Primaria de la Salud
MO	Manual de Operaciones
EAPD	Estrategia de Adquisiciones para Proyectos de Desarrollo
PRAPS	Programas de Reforzamiento de Atención Primaria
UCMP	Unidad de Coordinación y Monitoreo de Proyectos
PSCV	Programa de Salud Cardiovascular
FBR	Financiamiento basado en Resultados
SEREMI	Secretarias Regionales Ministeriales
SIGFE	Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado
SSS	Seguro Social de Salud
AT	Asistencia Técnica
TIC	División de Tecnologías de Información
CSU	Cobertura de Salud Universal
BM	Banco Mundial

Vicepresidente regional: Jorge Familiar

Director de país: Alberto Rodríguez

Director Senior de Prácticas Mundiales Timothy Grant Evans

Gerente de Prácticas Daniel Dulitzky

Gerente de Proyecto: Luis Orlando Pérez

INFORMACIÓN BÁSICA

¿Es este un proyecto de ámbito regional?	País/Países	Instrumento de financiamiento
No		Financiamiento para Proyecto de Inversión

[ ] Situaciones de necesidad urgente de asistencia o restricciones de capacidad

[ ] Intermediarios financieros

[ ] Serie de proyectos

Fecha de aprobación	Fecha de cierre	Categoría de evaluación ambiental
08-Jun-2017	31-Dic-2022	B – Evaluación parcial

Colaboración entre el Banco y la Corporación Financiera Internacional
No

Objetivo(s) de desarrollo propuesto(s)

Los objetivos del Proyecto son: (i) mejorar la eficiencia del sector público de salud; y (ii) mejorar la calidad de los servicios de salud relacionados con las ENT.

Componentes

Nombre del componente	Costo (en millones de US$)
Mejorar la eficiencia de las redes públicas de prestación de servicios de salud, centrándose en su mejor integración.	61,90
Optimizar la adquisición y logística de medicamentos e insumos médicos en el sector público	12,90
Asistencia Técnica, Coordinación y Monitoreo	5,00

Organizaciones

Prestatario:	Ministerio de Hacienda
Agencia de Ejecución:	Ministerio de Salud

Aplazamiento de Salvaguardas

¿Se aplazará la revisión de las salvaguardas?

[ ] Sí [ ] No

DATOS DE FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO (EN MILLONES DE USD)

[ ] Financiamiento de contrapartida	[✓] Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)	[ ] Crédito de la Asociación Internacional de Fomento (AIF) [ ] Servicios de Respuesta ante las Crisis [ ] Servicios de Proyectos Regionales	[ ] Donación de la AIF [ ] Servicios de Respuesta ante las Crisis [ ] Servicios de Proyectos Regionales	[ ] Fondos fiduciarios	[ ] Financiamiento paralelo

Costo total del proyecto:	Financiamiento total:	Déficit de financiamiento:
80,00	80,00	0,00
	Financiamiento del Banco (BIRF/AIF): 80,00	

Financiamiento (en millones de US$)

Fuente de financiamiento	Importe
Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento	80,00
Total	**80, 000**

Desembolsos esperados (en millones de USD)

Año Fiscal	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Anual	0,00	16,00	8,70	14,60	13,60	13,60	13,50
Acumulado	0,00	16,00	24,70	39,30	52,90	66,50	80,00

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

Área de Práctica (Principal)

Salud, Nutrición y Población

Áreas de Práctica Contribuyentes

Etiqueta de Género

¿Se prevé efectuar alguna de las siguientes tareas en el marco del proyecto?

a. Análisis para identificar brechas relevantes para el proyecto entre hombres y mujeres, especialmente a la luz de las brechas del país identificadas a través del Diagnóstico Sistemático de País y el Marco de Alianza con el País

Sí

b. Acción o acciones específica(s) para abordar las brechas de género identificadas en (a) y/o mejorar el empoderamiento de las mujeres o los hombres

Sí

c. Incluir Indicadores en el marco de los resultados para monitorear los resultados de las acciones identificadas en (b)

Sí

HERRAMIENTA DE CALIFICACIÓN DEL RIESGO DE LAS OPERACIONES SISTEMÁTICAS

Categoría de riesgo	Calificación
1. Aspectos políticos y buen gobierno	Substancial
2. Aspectos macroeconómicos	Bajo
3. Estrategias y Políticas del Sector	Moderado
4. Diseño Técnico del Proyecto o Programa	Moderado
5. Capacidad Institucional para la Ejecución y Sostenibilidad	Substancial
6. Aspectos fiduciarios	Moderado
7. Aspectos ambientales y sociales	Moderado
8. Partes interesadas	Moderado
9. Otros	Moderado

10. General ● Substancial

CUMPLIMIENTO

Política

¿El proyecto se aparta del Marco de Alianza de País (MAP) en el contenido o en otros aspectos significativos?

[ ] Sí [✓] No

¿El Proyecto requiere alguna exención de las políticas del Banco?

[ ] Sí [✓] No

Políticas de salvaguarda activadas que se aplican al proyecto	Sí	No
Evaluación ambiental OP/BP 04:01	✓	
Hábitats naturales OP/BP 4.04		✓
Bosques OP/BP 4.36		✓
Control de plagas OP 4.09		✓
Recursos físicos y culturales OP/BP 4.11		✓
Pueblos indígenas OP/BP 4.10	✓	
Reasentamiento involuntario OP/BP 4.12		✓
Seguridad de las Presas OP/BP 4.37		✓
Proyectos relativos a Cursos de Agua Internacionales OP/BP 7.50		✓
Proyectos en zonas en disputa OP/BP 7.60		✓

Obligaciones jurídicas

Secciones y Descripción

Sección I.A.1. (a) del Anexo 2 del Contrato de Préstamo

El Prestatario, a través del MINSAL: (i) mantendrá en el MINSAL (en particular en las siguientes unidades: DIGERA, DIPLAS, DIPRECE, DIVAP, DEIS y TIC); y ii) hará que CENABAST, FONASA y los Servicios de Salud mantengan en todo momento durante la ejecución del Proyecto personal con un número adecuado, experiencia y calificaciones, todos satisfactorios para el Banco con el fin de asistir al MINSAL en la coordinación y ejecución general del Proyecto, incluidas las responsabilidades fiduciarias.

Secciones y Descripción

Sección I.A.1. (b) del Anexo 2 del Contrato de Préstamo

El Prestatario, a través del MINSAL, creará y a partir de entonces operará y mantendrá en todo momento durante la ejecución del Proyecto una unidad -UCMP- con funciones y responsabilidades aceptables para el Banco, incluida la responsabilidad de coordinar y monitorear la ejecución del Proyecto; y (ii) asegurar en todo momento durante la ejecución del Proyecto que la UCMP cuenta con personal especializado en salud, especialistas en monitoreo y evaluación y fiduciarios y otro personal en número, calificaciones y experiencia aceptables para el Banco, como se detalla en el Manual de Operaciones.

Condiciones

Tipo	Descripción
Efectividad	Artículo IV 4.01 (a) El Manual Operativo ha sido adoptado por el Prestatario, a través del MINSAL, en forma y contenido satisfactorios para el Banco.
Efectividad	Artículo IV 4.01 (b) La UCMP ha sido creada en forma y contenido satisfactorios para el Banco.
Desembolso	Anexo 2, Sección IV, B1(a) Para los pagos efectuados con anterioridad a la fecha del presente Contrato, excepto los retiros hasta un monto total que no exceda de $ 15.000000 podrán hacerse para pagos realizados antes de esta fecha, pero en ningún caso más de 12 meses antes de la fecha del presente Contrato, para Gastos Elegibles bajo la Categoría (1) siempre que los IVD 0.R1, 0R2 y 0.R3 (según lo establecido en el Anexo 4 del presente Contrato) hayan sido satisfechos satisfactoriamente dentro del cronograma para cada uno de dichos IVD (según lo establecido en dicho Anexo), según lo dispuesto en el párrafo (c) a continuación y de acuerdo con las disposiciones aplicables del presente Contrato.
Desembolso	Anexo 2, Sección IV, B1(b) Para pagos efectuados bajo la Categoría (1) -Programas de Gastos Elegibles- no se realizará retiro alguno, a menos que: (i) el Prestatario, a través del MINSAL, haya proporcionado evidencia al Banco, en forma y contenido satisfactorios para el Banco, de los PGE realizados, tal como se presentan en el correspondiente Informe de Gastos de los PGE; y (ii) el Banco haya determinado, en virtud de las pruebas presentadas por el Prestatario, a través del MINSAL y la propia revisión del Banco de la documentación respaldatoria, que los IVD se han cumplido satisfactoriamente dentro del plazo establecido para cada IVD en el Anexo 4 del Contrato), en forma y contenido satisfactorios para el Banco, tal como se detalla en el Manual Operativo y en las Instrucciones Adicionales.

EQUIPO DEL PROYECTO

Personal del Banco

Nombre	Función	Especialización	Unidad
Luis Orlando Pérez	Gerente del Equipo (Responsable de ADM)	Salud	GHN04
Selene del Rocío La Vera	Especialista en Adquisiciones (Responsable de ADM)	Adquisiciones	GGO04
Lucas Carrer	Especialista en Gestión Financiera	Finanzas	GGO22
Catarina Isabel Portelo	Abogada	Asesoramiento legal	LEGLE
Daniela Paula Romero	Miembro del Equipo	Salud	GHN04
Germán Nicolás Freire	Especialista en Salvaguardas	Social	GSU04
Jeremy Henri Maurice Veillard	Miembro del Equipo	Salud	GHNGE
María Gabriela Moreno Zevallos	Miembro del Equipo	Asistente del Programa	GHN04
María Virginia Hormazábal	Miembro del Equipo	Finanzas - Desembolsos	WFALA
Marvin Ploetz	Miembro del Equipo	Salud	GHN04
Patricia De la Fuente Hoyes	Miembro del Equipo	Finanzas	OPSPF
Raúl Tolmos	Especialista en Medio Ambiente	Medio Ambiente	GEN04
Rory Narváez	Especialista en Salvaguardas	Medio Ambiente	GSU04

Equipo Extendido

Nombre	Título	Organización	Lugar
Jorge Gosis	Especialista Senior en Salud		Buenos Aires, Argentina
Oscar López	Especialista en Tecnología de la Información en Salud		Buenos Aires, Argentina

CHILE
CHILE - PROYECTO DE APOYO AL SECTOR SALUD

ÍNDICE

ABREVIATURAS Y SIGLAS 2
I. CONTEXTO ESTRATÉGICO 12
A. Contexto de país 12
B. Contexto sectorial e institucional 13
C. Objetivos de nivel superior a los que contribuye el Proyecto 16
II. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL PROYECTO 17
A. ODP 17
B. Beneficiarios del Proyecto 17
C. Indicadores de los resultados de los ODP 18
III. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO 18
A. Componentes del Proyecto 18
B. Costo y financiamiento del Proyecto 22
C. Lecciones aprendidas y reflejadas en el diseño del Proyecto 23
IV. EJECUCIÓN 24
A. Arreglos institucionales y de ejecución 24
B. Resultados, Monitoreo y Evaluación 25
C. Sostenibilidad 25
D. Función de los Asociados 26
V. PRINCIPALES RIESGOS 26
A. Calificación del riesgo general y explicación de los principales riesgos 26
VI. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN 27
A. Análisis económico y financiero 27
B. Técnico 28
C. Gestión financiera 29
D. Adquisiciones 30
E. Aspectos Sociales (con inclusión de las Salvaguardas) 30
F. Aspectos ambientales (con inclusión las Salvaguardas) 32

G. Otras políticas de salvaguardas (si corresponde) 32
H. Compensación de reclamaciones del Banco Mundial 32
VII. MARCO DE RESULTADOS Y SEGUIMIENTO 33
ANEXO 1: DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROYECTO 42
ANEXO 2: ARREGLOS DE IMPLEMENTACIÓN 53
ANEXO 3: PLAN DE APOYO DE LA EJECUCIÓN 78
ANEXO 4: ANÁLISIS ECONÓMICO 81
ANEXO 5: MAPA 90

I. CONTEXTO ESTRATÉGICO

A. Contexto de país

1. Desde los años noventa, Chile ha exhibido altos niveles de crecimiento económico y ha sido capaz de reducir sustancialmente la pobreza. En 2010, se convirtió en miembro pleno de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Chile es un país de ingresos medios altos (PIM), con el mayor Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de América Latina. El ingreso familiar neto ajustado promedio per cápita es de US$ 11.039 por año (comparado con un promedio de la OCDE de US$ 23.047 por año). Chile ha experimentado una reducción sustancial de la pobreza moderada y un aumento de la prosperidad compartida durante la última década. En 2013, sólo el 6,8% de la población vivía con US$ 4 o menos por día, un tercio del porcentaje observado una década atrás. La inequidad, medida por el Coeficiente de Gini, también ha disminuido: de 0,55 en 2000 a 0,50 en 2015, lo que todavía está por encima de la ya alta tasa de Gini de 0,48 para ALC y la tasa de la OCDE de 0,32 en 2014.

2. Chile logró un alto crecimiento económico después de la crisis internacional de 2009. Durante este período, el crecimiento económico fue impulsado principalmente por la demanda interna y la inversión de capital. Sin embargo, el crecimiento económico comenzó a desacelerarse en 2014 debido al contexto externo menos favorable (es decir, la disminución del precio del cobre, el fin de un ciclo de proyectos de inversión minera) y la incertidumbre sobre el comienzo del programa de reforma del Gobierno de Chile (GDC). El crecimiento del PIB disminuyó del 5,5% en 2012 al 1,9% en 2014. Estas reformas forman parte de un amplio programa del GDC para mejorar la calidad de los servicios públicos y reducir las desigualdades. El programa incluye: una reforma tributaria, aprobada en 2014, en parte para financiar una reforma educativa; una reforma laboral ya promulgada; cambios en el sistema de pensiones; y una reforma constitucional anunciada. Chile y su economía son muy vulnerables al cambio climático (por ejemplo, debido a incendios forestales durante períodos de calor) y en 2015 el país fue incluido entre los diez países más afectados por el cambio climático por el Índice de Riesgo Climático Global[1].

3. Chile ha alcanzado ya las etapas avanzadas de transición demográfica y se está convirtiendo rápidamente en una sociedad que envejece. Chile tiene la expectativa de vida más alta y la segunda media más alta de América Latina para 2015[2]. La proporción de la población mayor de 65 años ha aumentado del 6% en 1990 al 11% en 2015. La disminución de la proporción de la población activa tiene repercusiones en las finanzas públicas. La experiencia internacional de países comparables de la OCDE muestra el aumento de la demanda de servicios de salud a medida que la población envejece. Dicho patrón podría amenazar la sostenibilidad fiscal del sector salud a menos que se realicen cambios para mejorar la eficiencia y la efectividad de los servicios prestados a pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT), que actualmente constituyen la mayor parte de la carga de enfermedad.

[1] Kreft, S./ Eckstein, D./ Melchior, I. (2017): Global Climate Risk Index 2017. Disponible en: https://germanwatch.org/en/download/16411.pdf
[2] UN World Population Prospects 2012 Revision.

4. El gasto público en el sector salud como porcentaje del PIB aumentó del 3,3% al 4,6% durante el período 2000-2015 (lo que representa un aumento anual promedio del 2,4% en el propio porcentaje) debido principalmente a la introducción y expansión de un paquete de beneficios de salud garantizados[3]. La salud fue la tercera categoría del presupuesto de más rápido crecimiento durante ese período y representó el 18,3% del gasto público total en 2015. Sin embargo, el gasto público (así como el total) en salud en Chile es inferior al promedio de la OCDE. Los gobiernos de la OCDE gastan alrededor del 7% de su PIB en salud, en comparación con el 4,6% en Chile. En vista del aumento del gasto en salud y del envejecimiento general de la población, el objetivo para el sector salud es mejorar tanto la eficiencia del gasto público como minimizar el impacto de las restricciones presupuestarias en la parte más vulnerable de la población.

B. Contexto sectorial e institucional

5. Chile cuenta con un seguro social de salud (SSS) para proveer Cobertura de Salud prácticamente Universal (CSU) a sus 17,4 millones de habitantes. El MINSAL define las políticas y ejerce la rectoría del sector salud. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) cubre al 78% de la población, incluido el segmento más pobre de la población. Presta principalmente servicios de salud a través de los proveedores públicos de salud: la red de hospitales públicos y los establecimientos municipales de atención primaria. El grupo de aseguradoras privadas con fines de lucro, denominado Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), cubre alrededor del 17% de la población, principalmente la población de ingresos medios y altos, y presta servicios casi exclusivamente a través de proveedores privados. Aproximadamente el 4% de la población está asegurada a través de otros sistemas de salud (por ejemplo, policía o fuerzas armadas) y un pequeño número de chilenos no tiene seguro de salud, pero puede recibir atención de urgencia de proveedores públicos.

6. La prestación pública de servicios de salud está muy descentralizada. La red de servicios de salud del MINSAL está compuesta por 29 Servicios de Salud (SS) descentralizados[4], a los que reportan todos los hospitales públicos[5] y los establecimientos municipales de atención primaria de salud. Los Servicios de Salud son responsables de la coordinación, planificación, administración y desarrollo de la red geográfica de atención sanitaria correspondiente[6]. Cada una de las 346 Comunas[7] posee su propia red de atención primaria de salud que brinda atención de salud para las ENT y otras enfermedades.

7. Chile ha experimentado mejoras sustanciales en los principales resultados de la salud en las últimas décadas (ver Tabla 1). Sin embargo, la carga de enfermedad en Chile ha pasado de estar dominada por la salud materno-infantil y las enfermedades transmisibles a estar dominada por las enfermedades

[3]El paquete de beneficios "Acceso Universal de Garantías Explícitas" (AUGE) garantiza la cobertura de 80 enfermedades por parte de FONASA y establece límites máximos para: (i) tiempos de espera y (ii) gastos de bolsillo para el tratamiento. No se garantiza la cobertura de otros servicios, pero FONASA aplica más del 50% de su presupuesto a financiar servicios no incluidos en el AUGE.
[4]Los Servicios de Salud son organismos estatales dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. La denominación oficial es Servicios de Salud.
[5]Varios de los hospitales más grandes también están descentralizados.
[6]Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y el Reglamento de Servicios de Salud (Decreto 140 de 2004)
[7]Las municipalidades chilenas son corporaciones constitucionalmente autónomas responsables de la administración local. En consecuencia, el personal de APS no se encuentra bajo el mismo régimen de funcionarios públicos que el MINSAL, pero son funcionarios públicos municipales.

crónicas y las ENT. Sólo las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores malignos (cáncer) representaron el 54% de las causas de muerte de mujeres y el 51% de las causas de muerte de varones en 2012.

Tabla 1. Indicadores de resultados de salud[8]

Indicador	Resultado	Indicador	Resultados
Tasa de mortalidad en menores de 1 Año x 1.000	7,41	% de nacimientos atendidos por un profesional de la salud calificado	99,83
Tasa de mortalidad en menores de 5 años x 1.000	8,64	Tasa de mortalidad por VIH x 100.000	2,62
Tasa de mortalidad materna x 100.000	22,14	Tasa de mortalidad por tuberculosis x 100.000	0,8

8. Los resultados de Chile siguen estando a la zaga del promedio de los países de la OCDE. La esperanza de vida (79,1 años al nacer) es inferior a la media de la OCDE de 80,0 años al nacer. Chile tiene bajos niveles de utilización de los servicios de salud, como lo indica una baja tasa de consultas médicas y bajos índices de detección y supervivencia para ciertos tipos de cáncer, como el cáncer de mama, el cáncer de cuello de útero y el cáncer colorrectal. Los tiempos de espera para ciertos tipos de cirugía son prolongados en comparación con otros países de la OCDE. La proporción de adultos que fuman diariamente (29,8%) es superior a la media de la OCDE de 21,1%, y la tasa de obesidad entre adultos (25,1%) es superior a la media de la OCDE de 17,8%. La combinación de los bajos índices de utilización actuales, además de los tiempos de espera prolongados y una alta prevalencia de factores de riesgo es un desafío para un sistema de salud que requiere una mejor integración de la atención[9] ante la creciente carga de las enfermedades no transmisibles.

9. El GDC da prioridad al desafío de abordar la carga de enfermedad relacionada con las ENT en su Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (programa de gobierno), donde tres de los nueve objetivos estratégicos están relacionados con las ENT (objetivos 2, 3 y 4)[10]. Esta prioridad también se reconoce en el Programa de Gobierno 2014-2018[11]. Desde 2011, Chile ha implementado políticas de salud pública a largo plazo dirigidas a reducir la carga de enfermedad de las ENT, promoviendo estilos de vida activos y el consumo de alimentos más saludables (por ejemplo, mediante un mejor etiquetado de los alimentos y regulaciones que reducen el contenido de sales y grasas trans en los alimentos procesados).

10. El MINSAL también está implementando intervenciones específicas a nivel de la atención primaria de salud y para proveer prevención secundaria y tratamiento adecuado a los pacientes con ENT para un mejor tratamiento de sus enfermedades. Un programa del MINSAL entrega estatinas a pacientes

[8]Indicadores Básicos de Salud, IBS, DEIS, MINSAL, Chile 2014 e Indicadores Básicos de Salud, IBS, DEIS, MINSAL, Chile 2014
[9]Integración de la atención: Si bien no existe una definición universalmente aceptada, la integración de la atención se refiere a la i) provisión de atención en un entorno de atención apropiado y a la ii) coordinación y continuidad de la atención en los entornos de atención, en particular para pacientes con ENT (Banco Mundial, 2015: The State of Health Care Integration in Estonia. Summary Report, World Bank). Las iniciativas de integración de la atención suelen tener múltiples componentes, siendo las intervenciones de la gestión de enfermedades y casos elementos comunes clave.
[10] Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el Decenio 2010-2020. Santiago, Chile; 2011.
[11] Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018, página 87.

metabólicos (es decir, hiperlipidemia)[12], pero muchos pacientes metabólicos no están en las bases de datos del MINSAL y por lo tanto quedan excluidos. El porcentaje de pacientes que tienen la enfermedad controlada varía mucho entre los SS (del 22,3% al 51,8%)[13]. Para los pacientes con ENT con necesidades de salud complejas (es decir, pacientes con Enfermedad Avanzada, Enfermedades Complejas Co-mórbidas, Problemas Psicosociales Complejos -poco apoyo social y familiar y/o bajos ingresos-, Ancianos Frágiles) y para aquellos pacientes que corren el riesgo de volverse frágiles y complejos, ni los centros de atención primaria ni los hospitales ofrecen aún un modelo de atención adecuado que satisfaga las necesidades cambiantes de los pacientes. Pocos SS han logrado un modelo de atención integral que permita una mejor coordinación de los servicios de salud.

11. El aumento del gasto público en salud durante los últimos cinco años ha sido impulsado principalmente por un aumento en el gasto en medicamentos y el pago a los médicos que tienen varios empleos. Los gastos en medicamentos han aumentado sustancialmente en los últimos diez años debido a las compras descentralizadas de medicamentos e insumos médicos por parte de los hospitales públicos y las municipalidades. Sobre la base de un panel de medicamentos estudiado por la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST)[14], los medicamentos comprados directamente por los proveedores eran sustancialmente más caros que los medicamentos comparables obtenidos por CENABAST (el 50% más caros para los hospitales y el 33% más caros para los establecimientos de atención primaria de salud (APS)).

12. Una reciente Revisión del Gasto Público (RGP) encargada por el GDC al Banco Mundial[15] estableció un nivel relativamente alto de eficiencia en el sistema de salud público chileno -con variaciones sustanciales en los 29 Servicios de Salud- e identificó: i) medicamentos e insumos médicos; (ii) productividad y eficiencia en la atención hospitalaria; y (iii) la APS como áreas de enfoque para las ganancias de eficiencia a corto y mediano plazo. En promedio, el sistema de salud de Chile reduciría la mortalidad prematura debida a causas tratables en un 8%-13%, si todos los SS funcionaran con la eficiencia de los SS de mejor desempeño. Las puntuaciones de eficiencia a nivel de servicios están asociadas positivamente con mayores inversiones en la atención primaria de salud y asociadas negativamente tanto con períodos de hospitalización más prolongados de lo esperado como con una mayor proporción de gastos en servicios privados por parte de los beneficiarios de FONASA a través de la modalidad de libre elección[16].

13. La existencia de brechas de eficiencia revela que la capacidad de gestión en los SS, hospitales y municipios aún no es homogénea. Para que el sistema público logre las ganancias marginales de eficiencia identificadas por la RGP, es necesario mejorar esas capacidades y capacitar a quienes toman las decisiones en los tres niveles, sobre el uso de los datos y los instrumentos de gestión del desempeño y gestión clínica. Los instrumentos de gestión también son esenciales para promover cambios en el modelo de atención de las ENT, con el fin de mejorar la integración de la atención y evitar el uso innecesario de los servicios hospitalarios. En 2015, el 52,34% de los pacientes internados en la red de hospitales públicos padecían ENT y complicaciones médicas relacionadas con ellas. Entre los pacientes con ENT, aquellos que padecían diabetes, hipertensión e insuficiencia renal crónica (y sus complicaciones) causaron casi el 30%

[12] Las estatinas son el medicamento de tratamiento preferido para la hiperlipidemia.
[13]Indicadores Básicos de Salud, MINSAL chileno, 2014 con datos de 2013.
[14]CENABAST es un organismo descentralizado del MINSAL.
[15] Informe N°: 106334-CL
[16]Esta modalidad permite a los asegurados de FONASA utilizar proveedores privados pagando un co-seguro más alto.

de todas las estadías de pacientes hospitalizados[17].

14. Un estudio del Banco Mundial (BM) sobre los mecanismos de incentivos en el sistema de salud[18] había identificado también como fuente de otras ineficiencias a sistemas de información fragmentados y cuestiones relacionadas con la gobernanza. El alto nivel de fragmentación del sistema de información y la limitada disponibilidad de información granular para la planificación y la gestión del desempeño limitan la capacidad del MINSAL para administrar estratégicamente el sistema descentralizado de atención de la salud. El distinto sentido de apropiación de los proveedores de salud plantea un desafío a la gobernanza del sistema de salud y exacerba la falta de escala en la adquisición centralizada de medicamentos e insumos médicos. La Figura 1 en el Anexo 1 brinda más detalles sobre las causas fundamentales de las ineficiencias del sistema de salud.

15. A fin de lograr ganancias de eficiencia a corto y medio plazo y mejorar la sostenibilidad fiscal del sector salud, el Proyecto propuesto se centrará en los principales factores susceptibles de cambio e identificados en los estudios mencionados más arriba. Más específicamente, se enfocará en el desarrollo y la implementación de nuevos modelos de atención que integren mejor los niveles de atención (particularmente necesarios para reducir los ingresos evitables relacionados con las ENT) y apunten a lograr ganancias de eficiencia en los sectores farmacéutico y hospitalario. El Proyecto propuesto también promoverá una mejor gobernanza del sector fortaleciendo la capacidad del MINSAL para diseñar, planificar y ofrecer una atención más integrada centrada en mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud para los pacientes con ENT que son usuarios frecuentes de los servicios de salud. El Proyecto propuesto se centrará en un subconjunto de prioridades relacionadas incluidas en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 y el Programa de Gobierno 2014-2018, que servirán como marco operativo y de políticas para el Proyecto propuesto.

C. Objetivos de nivel superior a los que contribuye el Proyecto

16. El Proyecto propuesto está totalmente alineado con la EAP del Grupo del Banco Mundial[19], discutida por los Directores Ejecutivos el 11 de enero de 2011, la Revisión del Programa y Aprendizaje[20] para el período del AF11 - AF16 y el Diagnóstico Sistemático del País (DSP), programado para ser entregado al Directorio en el AF17, que informará el nuevo Marco de Alianza de País (MAP) para el período AF18 - AF23. El objetivo de la EAP es la: i) Modernización del Sector Público; ii) Creación de Empleo y Mejoramiento de la Equidad; y (iii) Promoción de Inversiones Sostenibles. El Proyecto propuesto contribuirá directamente al área de resultados de la EAP de "aumentar la eficiencia de los recursos del sector público, especialmente en el sector salud", mejorando la calidad del gasto en salud pública. A tal fin, el Proyecto propuesto sentará las bases para la prestación pública de servicios de calidad para las ENT altamente prevalentes relacionadas con el envejecimiento progresivo de la población. El Proyecto propuesto también mejorará la eficiencia de la adquisición de productos farmacéuticos y del sistema de prestación de servicios públicos en general, a través de mejores funciones de administración, organización y control. El DSP identifica áreas prioritarias que mejoran tanto la equidad como la productividad y una de sus

[17] Muestra de datos de ingresos en hospitales de los 62 hospitales más grandes analizados por el equipo del BM durante la preparación del Proyecto.
[18] BM. Optimización del Sistema de salud de Chile. Análisis de los Sistemas de Incentivos y Opciones de Política, Junio 2011.
[19] Informe N°: 57989-CL
[20] Informe N° 94271-CL.

prioridades es mejorar el financiamiento de la salud para asegurar un acceso equitativo a un seguro de salud asequible y mejorar la eficiencia en los resultados de salud. Además, el Proyecto propuesto contribuirá a los objetivos del Grupo BM de poner fin a la pobreza extrema y fomentar la prosperidad compartida mediante la mejora de la eficiencia y, por consiguiente, el aumento de la sostenibilidad del sector público de salud, del que dependen los grupos más pobres y vulnerables de la población (asegurados por FONASA) para la atención de su salud. Por consiguiente, el Proyecto propuesto contribuirá al objetivo de la Práctica Global de Salud, Nutrición y Población (SNP) del BM de poner fin a las muertes evitables y reducir las discapacidades entre el 40% más pobre de la población.

17. El Proyecto propuesto contribuirá a los siguientes cuatro Objetivos de Nivel Superior: (i) mejorar los mecanismos de gobernanza del MINSAL y la relación con otros actores públicos, incluido el MDH; ii) reorientar las inversiones del MINSAL a áreas en las que se puedan lograr ganancias de eficiencia en un período de tiempo relativamente corto, impulsar la transformación del sector salud en los distintos ciclos de políticas; iii) garantizar un mayor nivel de rendición de cuentas y transparencia necesario para la transformación del sector salud; y iv) mejorar la salud de los pacientes con ENT y, en particular, de aquellos con necesidades complejas. Por último, se espera que el Proyecto propuesto brinde beneficios climáticos complementarios al reducir la demanda de tratamientos más intensivos a través de una mejor prevención y tratamiento de las enfermedades. La atención primaria de la salud y la prevención de enfermedades pueden considerarse formas de mitigación del cambio climático[21], ya que reducen la necesidad de servicios de atención de la salud que consumen gran cantidad de energía y, por consiguiente, la huella climática del sector salud. Sobre la base de estas conclusiones, se estima que los beneficios climáticos complementarios equivalen al 20% del monto del Proyecto propuesto. Véase el Anexo 4 para leer una descripción detallada de la estimación de los beneficios complementarios.

II. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL PROYECTO

A. ODP

18. Los objetivos del proyecto son: (i) mejorar la eficiencia del sector público de salud; y (ii) mejorar la calidad de los servicios de salud relacionados con las Enfermedades No Transmisibles.

B. Beneficiarios del Proyecto

19. Los principales beneficiarios del Proyecto serán los asegurados en FONASA que padezcan determinadas ENT: hipertensión, diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y aquellos en riesgo de los cánceres más frecuentes (cáncer de cuello de útero, de mama y de colon). Toda la población chilena cubierta por FONASA, incluso las personas de grupos de bajos ingresos, se beneficiarán de mejores instrumentos de estratificación de los riesgos para la salud desarrollados por el MINSAL, que permitirán ofrecer mejores servicios de salud a las personas en riesgo. Varios grupos de subpoblaciones se beneficiarán en particular de servicios de salud mejor integrados: (i) los pacientes con ENT crónicas con necesidades de salud complejas, ya que el Proyecto impulsará la creación de unidades de atención específicas para satisfacer mejor sus necesidades de atención de manera integrada; ii) las mujeres, porque suelen estar más representadas en la categoría de pacientes con necesidades complejas y porque son las más afectadas por los cánceres más prevalentes a los que se dirige el programa; y iii) las

[21] OMS 2008. Hospitales Saludables, Planeta Saludable, Personas Saludables: Abordando el cambio climático en los establecimientos de salud. Borrador de discusión publicado por la Organización Mundial de la Salud y Salud Sin Daño.

poblaciones rurales y remotas, incluidas las poblaciones indígenas, porque la promoción de la telemedicina como parte de la mejora de la integración de la atención mejorará el acceso a programas especializados de atención y gestión de la atención de poblaciones aisladas.

C. Indicadores de los resultados de los ODP

ODP (i)

- Porcentaje de hospitales públicos que informan servicios para pacientes hospitalizados sobre la base de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) [22]
- Ahorros acumulados a través de la adquisición centralizada de medicamentos e insumos médicos como porcentaje del valor de todos los artículos obtenidos de manera centralizada

ODP (ii)

- Porcentaje de la población diagnosticada con hipercolesterolemia bajo seguimiento y tratamiento
- Tasa de detección de cáncer de cuello de útero

III. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

A. Componentes del Proyecto

20. El Proyecto tendrá tres componentes:

21. **Componente 1. Mejorar la eficiencia de las redes públicas de prestación de servicios de salud, centrándose en su mejor integración.** (US$ 61,9 millones de costo total, US$ 61,9 millones de financiamiento del BIRF). Este componente apoyará la implementación de actividades para el logro de los Objetivos Estratégicos 2, 4 y 5 relacionados con las ENT; el Objetivo Estratégico 7, Fortalecimiento del sector salud; y el Objetivo Estratégico 8, refiriéndose específicamente al Acceso y la Calidad de la Atención de la Salud de la Estrategia Nacional de Salud (véase una descripción detallada en el Anexo 1). Las actividades del componente apoyan el logro de los ODP (i) y (ii). El componente tendrá dos subcomponentes. El primero se centrará en mejorar la integración entre los niveles de servicios de atención de la salud que trabajan en las ENT, mientras que el segundo se centrará en las medidas de gestión que deben aplicarse en los hospitales para cerrar las brechas de desempeño actual y mejorar la eficiencia de la atención hospitalaria. Las redes de prestación de servicios mejor integradas y más eficientes reducen la dependencia del sector salud a la atención hospitalaria que consume gran cantidad de recursos pero que es innecesaria (medida por los indicadores de resultados intermedios sobre los (re)ingresos hospitalarios evitables o el IVD sobre el uso de la telemedicina). Como efecto secundario positivo, estas intervenciones reducen las emisiones de gases de efecto invernadero y mitigan el impacto climático del sector. Véase el Anexo 4 para leer una descripción detallada de la estimación de los beneficios complementarios.

[22] Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados durante su internación en un hospital con el costo que representa su atención en el hospital.

22. **Subcomponente 1.A Mejorar la integración de los servicios públicos de atención de salud para pacientes con enfermedades no transmisibles y enfermedades crónicas.** (US$ 43,3 millones de costo total, US$ 43,3 millones de financiamiento del BIRF). Este subcomponente incluirá actividades para: (a) desarrollar e implementar la estrategia para una estratificación de los riesgos para la salud en pacientes con ENT para identificar usuarios frecuentes tanto en hospitales como en establecimientos de APS; (b) establecer Unidades de Gestión de Casos[23] (UGC) en hospitales y/o centros de APS de acuerdo con los resultados de la estratificación de los riesgos y capacitar al personal de atención de la salud para gestionar mejor la atención de pacientes frágiles crónicos identificados a través del análisis de la estratificación de los riesgos; (c) a nivel de la APS, el subcomponente apoyará actividades para: (c.i.) utilizar el análisis de la estratificación de los riesgos para la salud del paciente a fin de asegurar la continuidad de la atención y el cumplimiento del tratamiento, previniendo el avance de la enfermedad de los pacientes con ENT y reduciendo o posponiendo el uso futuro de los servicios de salud; (cii.) introducir innovaciones en tecnologías de la información y medidas de educación para una gestión proactiva de la salud de la población para mejorar la autogestión de los pacientes con ENT en las etapas iniciales de la enfermedad; y (c.iii) promover actividades de detección precoz del cáncer, con especial atención a los cánceres altamente prevalentes en mujeres (cáncer de cuello de útero, mama y colon)[24]; (d) expandir el uso de nuevos procesos e instrumentos para mejorar la integración de los servicios para ENT mediante una mejor coordinación de la atención en los distintos niveles, incluidas (d.1.) las actividades de difusión de tercer nivel; (d.ii.) el fortalecimiento de los mecanismos de derivación y contra-derivación; (d.iii) el uso de telemedicina para la consulta de especialistas virtuales; (d.iv.) el uso de las TIC para monitorear y hacer seguimiento a la atención ambulatoria para pacientes crónicos; (d.v.) actividades de capacitación para el personal médico en atención primaria y secundaria; y (d.vi.) construir capacidad para usar información para mejoras clínicas mediante el análisis comparativo.

23. Este subcomponente promoverá sinergias con la Iniciativa de Mejora del Desempeño de la Atención Primaria de Salud (PHCPI, por sus siglas en inglés), actualmente implementada por el MINSAL con el apoyo de los socios BM y PHCPI[25]. La PHCPI propone concentrarse específicamente en la medición del desempeño de la prestación de servicios de atención primaria directos y en trabajar con los países para poner en práctica nuevos conocimientos e innovaciones a fin de fortalecer la prestación de servicios directos. Las actividades de medición y mejora del desempeño se centran en áreas de desempeño a menudo descuidadas (como la organización y administración de servicios de atención primaria de la salud o los métodos de difusión de la salud de la población para mejorar la salud de las poblaciones objetivo) tanto del lado de la oferta como de la demanda. La PHCPI trabajará con el MINSAL y con expertos del país para mejorar la comparabilidad internacional de los indicadores de desempeño de Chile. Este método de comparaciones internacionales, el análisis comparativo y la mejora del desempeño

[23] Unidades de Gestión de Casos: Las unidades ubicadas en un Servicio de Salud que se encargan de administrar y coordinar la atención de pacientes que tienen ENT con necesidades complejas ingresados en el hospital, en particular con respecto, entre otros, a los ingresos a los hospitales.

[24]Esta última intervención garantizará un mejor cumplimiento con acceso al tratamiento para los cánceres prioritarios acompañados de garantías de tiempos de espera. El tratamiento contra el cáncer está asegurado a través de la GES (Garantía Explícita en Salud)

[25]Los socios de la PHCPI son: El Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Bill y Melinda Gates con la asistencia técnica de Ariadne Labs y R4D. La PHCPI reúne a los encargados de formular políticas, a los gerentes de los sistemas de salud, médicos, defensores, socios de desarrollo, investigadores y comunidades para catalizar y acelerar la mejora de la APS en países de ingresos bajos y medios a través de mejores mediciones, intercambio de conocimientos, mejoras y defensa a fin de lograr CSU más rápida, eficiente y equitativamente.

contribuirán a mejorar la gobernanza de la red de servicios, lo cual es clave a fin de crear mayor valor para el sector salud pública.

24. **Subcomponente 1.B Mejorar la capacidad de gestión en los hospitales públicos.** (US$ 18,6 millones de costo total, US$ 18,6 millones de financiamiento del BIRF). Este subcomponente apoyará la introducción de herramientas de gestión que buscan resolver los problemas actuales en la eficiencia de la atención de pacientes hospitalizados en las redes de hospitales públicos. La Revisión del Gasto Público 2016 del Banco Mundial[26] identificó US$ 236,5 millones de exceso de gastos anuales relacionados con la atención hospitalaria, incluidos US$ 128,6 millones por hospitalizaciones evitables, US$ 42,8 millones por períodos de hospitalización extendidos, US$ 55,9 millones por reingresos y US$ 9,2 millones por cesáreas. Las actividades incluirán: (a) una mayor expansión de la implementación de un sistema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) para la gestión clínica en hospitales públicos; y (b) el desarrollo de lineamientos y actividades de capacitación que buscan: b.i.) reducir la duración media de la estadía en el servicio de cuidados intensivos y reducir las listas de espera para procedimientos seleccionados; (b.ii.) prevenir el tratamiento excesivo de las ENT en hospitales y reducir la atención de bajo valor e inapropiada; (b.iii) aumentar el uso de la cirugía ambulatoria (b.iv.) reducir las tasas de hospitalizaciones y reingresos evitables de pacientes con ENT y otros; (b.v.) mejorar los mecanismos de gobernanza clínica para auditar recetas médicas de alto costo; y (b.vi.) fortalecer el monitoreo financiero de los hospitales públicos.

25. **Componente 2. Optimizar las adquisiciones y logística de medicamentos e insumos médicos en el sector público** (US$ 12,9 millones costo total; US$ 12,9 millones de financiamiento del BIRF). Este componente apoyará el Objetivo Estratégico N° 7, fortaleciendo el Sector Salud (específicamente su financiamiento) de la Estrategia Nacional de Salud. Las actividades del componente apoyan el logro del ODP (i). Apoyará las ganancias de eficiencia a través de la implementación de actividades que persiguen fomentar una adquisición de medicamentos mejor estructurada y más centralizada para los servicios de salud del sector público. Las actividades incluirán: (a) apoyar a la CENABAST en la implementación de mecanismos avanzados de adquisiciones, incluido el diseño y la implementación de acuerdos marco multianuales y otros métodos que podrían incrementar la efectividad de las adquisiciones centralizadas; (b) la introducción de una nomenclatura estandarizada para medicamentos; (c) el desarrollo e implementación de un sistema de información para la gestión de inventarios en tiempo real en hospitales públicos y establecimientos de APS; (d) la realización de auditorías periódicas de los procesos logísticos para la provisión de medicamentos a los proveedores públicos de salud; y (e) el refuerzo de los controles de calidad de insumos médicos.

26. Los Componentes 1 y 2 financiarán pagos en el marco de los Programas de Gastos Elegibles (PGE) del MINSAL como consecuencia del logro de resultados específicos acordados ("Indicadores Vinculados a los desembolsos" o IVD), que reembolsarán una porción de los PGE. Los gastos incluidos en los PGE son los salarios del personal de los MINSAL. La Tabla 1 del Anexo 2 muestra el vínculo entre los PGE, las actividades del Proyecto y los IVD. Los fondos de los Componentes 1 y 2 se desembolsarán de la siguiente manera: el 80% sobre la base del logro de diez IVD regulares y el 20% se desembolsará contra tres IVD que midan el logro de tres acciones previas clave elegible para recibir financiamiento retroactivo (IVD retroactivos) y que se describen en la Tabla 3 del Anexo 2. Los IVD regulares que se medirán anualmente de acuerdo con el programa que se muestra en la Tabla 2 en el Anexo 2. Los desembolsos para todos los

[26] Informe N°: 106334-CL

IVD regulares serán proporcionales al avance realizado hacia el logro de los objetivos de los IVD siguiendo el procedimiento descrito en la Carta de Desembolsos. La lista de los IVD y los fondos asignados a cada uno de ellos se muestran en la Tabla 2 a continuación.

Tabla 2. Lista de indicadores vinculados a los desembolsos para los Componentes 1 y 2

Indicadores	en millones de US$	% del total de fondos
IVD retroactivos	14,80	20%
IVD 0.R1: Se ha llevado a cabo un inventario de bases de datos y registros electrónicos relevantes para la estratificación de los beneficiarios	5,15	
IVD 0.R2: Adopción de una definición formal por parte del MINSAL del concepto de pacientes con ENT crónica con necesidades complejas	5,15	
IVD 0.R3: Adopción por parte de la CENABAST de un plan de trabajo para implementar un marco de adquisiciones multianual y optimizar los procedimientos logísticos	4,50	
IVD regulares	60,00	80%
IVD 1: Desarrollo de una base de datos electrónica de pacientes con ENT crónica con necesidades complejas	6,00	
IVD 2: Número de Servicios de Salud que ha realizado una estratificación de los riesgos de los pacientes para ENT	6,00	
IVD 3: Número de UGC establecidas para pacientes con ENT crónica con necesidades complejas	6,60	
IVD 4: Porcentaje de pacientes con ENT crónica con necesidades complejas inscritos en un Programa de Gestión de Casos	4,80	
IVD 5: Porcentaje de pacientes con ENT en la base de datos electrónica del MINSAL asistido a través de Consultas Virtuales	4,80	
IVD 6: Tasa de detección de cáncer de cuello de útero	4,80	
IVD 7: Número de hospitales públicos que utilizan GRD para la gestión clínica	6,60	
IVD 8: Número acumulado de personal del sector salud pública capacitado en la gestión proactiva de casos de pacientes con ENT crónica con necesidades complejas.	6,00	
IVD 9: Porcentaje de cirugías programadas seleccionadas realizadas como cirugías ambulatorias en hospitales públicos	6,00	
IVD 10: Porcentaje del gasto en medicamentos e insumos médicos adquiridos en forma centralizada a través de CENABAST	8,40	

27. **Componente 3. Asistencia Técnica, Coordinación y Monitoreo** (US$5 millones de costo total; US$5 millones de financiamiento del BIRF). Este componente proveerá actividades de Asistencia Técnica (AT) para generar información faltante necesaria para estratificar los riesgos de los pacientes asegurados por FONASA, desarrollar herramientas de gestión y proveer capacitación a los gerentes y al personal de salud que son clave para apoyar la implementación de los Componentes 1 y 2. Este componente financiará los

servicios de consultoría y no consultoría, costos operativos y capacitación. En el Anexo 1 se presenta una lista detallada de los estudios considerados durante los primeros 18 meses del Proyecto. Este componente también apoyará a la Unidad de Coordinación y Monitoreo de Proyecto (UCMP) responsable de las actividades generales de coordinación y monitoreo del Proyecto bajo el mando directo del Ministro de Salud y su Gabinete.

B. Costo y financiamiento del Proyecto

28. El Financiamiento para Proyectos de Inversión (FPI) propuesto se financiará e implementará durante un período de cinco años. El monto del préstamo del BIRF es de US$ 80 millones. US$ 75 millones de fondos del Proyecto apoyarán al MINSAL a través del uso de mecanismos de FBR para asignar mejor sus propios recursos para programas y actividades dentro del plan de implementación anual del MINSAL. Además, habrá un componente de US$ 5 millones para Asistencia Técnica.

Componentes del Proyecto	Costo del Proyecto	Financiamiento del BIRF o de la AIF	Fondos Fiduciarios	Financiamiento de Contrapartida
1- **Componente 1.** Mejorar la eficiencia de las redes públicas de prestación de servicios de salud, centrándose en su mejor integración.	61,9	61,9		
2- **Componente 2**. Optimizar la adquisición y logística de medicamentos e insumos médicos en el sector público	12,9	12,9		
3- **Componente 3.** Asistencia Técnica, Coordinación y Monitoreo	5	5		
Costos Totales				
Costo Total del Proyecto	79,8	79,8		
Comisiones Iniciales	0,2	0,2		
Financiamiento total requerido	80	80		

C. Lecciones aprendidas y reflejadas en el diseño del Proyecto

29. La experiencia existente de proyectos previos de ENT[27] muestra que las intervenciones poblacionales preventivas, la reorientación de los establecimientos públicos para proveer atención de calidad relacionada con las ENT y el cumplimiento de los pacientes de los tratamientos de control implican importantes cambios culturales y de comportamiento que requieren varios años para concretarse. Sin embargo, el ciclo de proyectos financiados por el Banco Mundial provee un plazo relativamente corto para la implementación de este tipo de reformas. El Proyecto propuesto provee las bases necesarias para desarrollar una mayor capacidad para planificar, prestar y administrar servicios de atención de salud para pacientes con ENT con y sin necesidades complejas. La riqueza de la bibliografía sobre intervenciones y políticas que buscan cambiar los hábitos de los profesionales de la salud muestra que la educación, capacitación y habilitación de los proveedores en el contexto de los métodos basados en equipos son fundamentales para intervenciones exitosas (la creación de unidades de gestión de casos y de un programa de capacitación nacional abordan estos aspectos). Asimismo, la participación temprana de los proveedores, las frecuentes actualizaciones de los proveedores sobre el proceso de reforma y un cuidadoso diseño y prueba de los materiales de enseñanza aumentan la tasa de éxito de los cambiantes incentivos del proveedor (todo lo cual inspira el diseño de las actividades de capacitación y educación del Proyecto - véase IVD 8). Los incentivos financieros para los médicos de familia por sí mismos no parecen influir en el cambio del ejercicio de la profesión a largo plazo[28].

30. Las iniciativas de integración de la atención (véase la nota al pie 9 para leer una definición) han demostrado su potencial para reducir los costos y reducir la atención hospitalaria evitable. Un meta-análisis que incorporó 34 revisiones sistemáticas y nueve estudios adicionales de intervenciones integradas de la atención concluyó que estas intervenciones estaban asociadas con una reducción del 19% de los ingresos hospitalarios evitables, comparado con la prestación de la atención habitual[29]. Una síntesis de la evidencia por parte del Commonwealth Fund halló reducciones de costos a través de períodos de internación más cortos y menos ingresos hospitalarios evitables en 15 de los 18 programas de gestión de atención analizados[30]. Dado que las intervenciones de integración de atención pueden adoptar muchas formas y pueden tener varios componentes, se han identificado ciertos elementos clave para impulsar intervenciones satisfactorias: coordinación de la atención antes y después de episodios de cuidados intensivos, equipos multidisciplinarios de atención (ambos abordados mediante la creación de unidades de gestión de casos de este Proyecto), educación y empoderamiento del paciente, y planes de atención individual (ambos están siendo encarados a través de la inscripción de pacientes en Programas de

[27] Proyecto de Prevención de ENT en Uruguay (P050716), entre otros.
[28] Chauhan, B.F. et al. (2017): Intervenciones y políticas para el cambio de conducta que influyen el ejercicio profesional de los profesionales de atención primaria-un panorama general de las revisiones - Disponible en: https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0538-8 and AHRQ (2014): Diseño e Implementación de Programas de Enfermedades de Medicaid y Gestión de Atención - Sección 4: Selección de Intervenciones de Gestión de Atención - Disponible en: https://www.ahrq.gov/professionals/systems/long-term-care/resources/hcbs/medicaidmgmt/medicaidmgmt4.html
[29] McKinsey (2015): The evidence for integrated care. Disponible en: http://www.mckinsey.com/~/media/McKinsey/Industries/Healthcare%20Systems%20and%20Services/Our%20Insights/The%20evidence%20for%20integrated%20care/The%20evidence%20for%20integrated%20care.ashx
[30] Commonwealth Fund (2015): Caring for High-Need, High-Cost Patients: What Makes for a Successful Care Management Program? Disponible en: http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/issue-brief/2015/oct/1843_mccarthy_models_care_high_need_high_cost_patients_ib.pdf

Gestión[31] de Casos – véase IVD 4).

31. Las metas de los indicadores que siguen los cambios conductuales e institucionales deben ser relativamente conservadores considerando el tiempo necesario para implementar estos cambios. Además, los cambios en las administraciones públicas suelen ralentizar la ejecución de los proyectos. Por lo tanto, el avance y los resultados esperados de las actividades apoyadas por el Proyecto deben tener en cuenta estas cuestiones y el Proyecto debe incluir metas realistas.

32. La ejecución del Proyecto a través de una estructura administrativa interna de un organismo de implementación puede implicar un período de ejecución más prolongado dado que las decisiones estratégicas a menudo son tomadas por autoridades que no se dedican exclusivamente al Proyecto, contribuyendo así a posibles retrasos. Por lo tanto, se establecerá una Unidad de Coordinación y Monitoreo con suficiente influencia política. La Unidad de Coordinación y Monitoreo del Proyecto contará con personal suficiente con dedicación exclusiva y un adecuado perfil político, gerencial y técnico.

IV. EJECUCIÓN

A. Arreglos institucionales y de ejecución

33. El organismo de ejecución del Proyecto propuesto será el MINSAL. Las actividades del Proyecto se ejecutarán a través de las divisiones técnicas de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y Salud Pública del MINSAL, en particular a través de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), la División de Atención Primaria (DIVAP), la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) en el MINSAL. FONASA, el comprador público de servicios de salud para la red de salud pública, y CENABAST, el comprador público centralizado de medicamentos e insumos médicos para la red de salud pública, trabajarán estrechamente en la ejecución del Proyecto (véase la Figura 1 del Anexo 2).

34. DIGERA, DIVAP, DIPLAS, TIC, DEIS, DIPRECE, CENABAST y FONASA servirán como Unidades Técnicas del Proyecto y utilizarán su propia estructura administrativa y su personal. Habrá una Unidad de Coordinación y Monitoreo del Proyecto (UCMP) responsable de toda la asistencia técnica, coordinación y monitoreo bajo el mando directo del Ministro de Salud y su Gabinete. Las responsabilidades de la UCMP incluyen la coordinación de las actividades del Proyecto y los aspectos fiduciarios relacionados con la ejecución del Proyecto, incluidos aquellos relacionados con la realización de las actividades de AT, la relación con la PHCPI, el monitoreo del marco de Resultados y el seguimiento de los IVD.

35. El órgano de toma de decisiones de la UCMP será el Gabinete de Coordinación del Proyecto compuesto por el Jefe de Asesores del Gabinete del MINSAL, el Asesor de la División General de la Red Asistencial, el Asesor de la Subsecretaría de Salud Pública, el Jefe de Planificación Sanitaria del Subsecretario de Salud Pública y un Secretario Permanente con dedicación a tiempo completo para el Proyecto que actuará como

[31] *La gestión de casos es un proceso de colaboración que evalúa, planifica, implementa, coordina, monitorea y evalúa las opciones y servicios requeridos para satisfacer las necesidades de salud y servicios humanos del cliente. Se caracteriza por la defensa, comunicación y gestión de recursos y promueve intervenciones y resultados de calidad y rentables. https://ccmcertification.org/about-us/about-case-management/definition-and-philosophy-case-management*.

coordinador de la UCMP. La UCMP será una pequeña unidad dotada de especialistas en Monitoreo y Evaluación, un especialista en Sistemas de Salud y un especialista en Monitoreo Fiduciario, asignados en forma exclusiva al Proyecto. La UCMP coordinará las actividades del Proyecto a través de los Jefes de las Unidades Técnicas que estarán a cargo de la implementación de los componentes del Proyecto. El Gabinete de Coordinación del Proyecto y los Jefes de las Unidades Técnicas celebrarán reuniones mensuales regulares a fin de asegurar una conducción estratégica y operativa adecuada del proyecto.

36. La Gestión Financiera y los arreglos de adquisiciones serán dirigidos por la División de Finanzas y Administración Interna del Ministerio de Salud.

37. Todas las actividades del Componente 3 del Proyecto propuesto se implementarán de conformidad con las Normas de Adquisiciones del Banco Mundial para Prestatarios del FPI de Bienes, Obras, Servicios de no Consultoría y Servicios de Consultoría, emitidos en julio de 2016. Se incluirá financiación retroactiva para las actividades de iniciación de proyectos seleccionadas y desarrolladas de acuerdo con los procedimientos del Grupo BM.

B. Resultados, Monitoreo y Evaluación

38. La medición y verificación de los avances hacia el logro de los objetivos del Programa se basarán en los sistemas existentes de monitoreo y evaluación del país, los cuales durante la evaluación del Proyecto fueron considerados de buena calidad, especialmente el sistema estadístico del MINSAL. El MINSAL a través de la UCMP tendrá la responsabilidad principal de hacer el seguimiento de los avances relacionados con las actividades, resultados y consecuencias del Proyecto. La UCMP preparará los informes del Proyecto con la siguiente información: (i) el cumplimiento de los IVD; (ii) el Plan de Adquisiciones actualizado; y (iii) los avances en el logro de los indicadores definidos en el Marco de Resultados. Los informes del Proyecto se presentarán al Banco dos veces al año antes de las respectivas solicitudes de desembolso, pero a más tardar 60 días después del final del período cubierto por dicho informe.

39. El Proyecto propuesto fortalecerá la capacidad del MINSAL para monitorear el desempeño del sector salud pública, la ejecución del programa y el estado de salud de la población. La estrategia de estratificación de la población será especialmente relevante, ya que permitirá la recopilación de información de salud nominalizada de cada ciudadano que reciba atención para las ENT en la red pública de atención de salud pública. Esta estrategia utilizará los indicadores del programa de ENT para la gestión de programas y la toma de decisiones en materia de políticas. Además, el Proyecto apoyará los esfuerzos del MINSAL y FONASA para implementar el sistema de GRD para hacer el seguimiento del desempeño y la producción de la red de hospitales públicos a través de un mecanismo de informes regulares estandarizado con indicadores básicos.

C. Sostenibilidad

40. Las actividades a financiar serán sostenibles porque: (i) su financiación ya está incluida en el presupuesto anual de salud, con excepción del componente de AT; (ii) representan un gasto marginal para el MINSAL (menos del 0,2% del presupuesto anual del MINSAL) y el reembolso de los PGE elegibles para las actividades en los componentes 1 y 2 representan, en promedio, aproximadamente el 10% de los presupuestos reales de los PGE; (iii) la concentración de las autoridades sanitarias en las ENT en todos los

niveles de gobierno continuará siendo una prioridad debido al envejecimiento y la alta incidencia de las ENT en el país; y; (iv) estas actividades son necesarias para garantizar la eficiencia y eficacia de todo el sistema de salud. Una vez que se han iniciado los cambios de comportamiento y organización necesarios para una implementación satisfactoria del Proyecto (véase la sección Riesgos más abajo), la inercia organizacional inherente del MINSAL y sus agencias subordinadas involucradas aumentan la posibilidad de que los cambios iniciados persistan después de la finalización del Proyecto.

D. Función de los Asociados

41. La Iniciativa de Mejora del Desempeño de la Atención Primaria de Salud (PHCPI) es una alianza del Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Fundación Bill y Melinda Gates para catalizar la mejora global de la atención primaria a través de una mejor medición del desempeño y el intercambio de conocimientos. Como parte de este Proyecto, la PHCPI proveerá asistencia técnica al MINSAL para apoyar el desarrollo de un tablero de comando nacional, aunque comparable internacionalmente, para evaluar el desempeño del sistema de atención primaria de la salud. Este tablero de comando se actualizará cada dos años y los resultados se pondrán a disposición del público en el sitio web de la Iniciativa. La asistencia técnica será apoyada financieramente por la PHCPI.

42. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es una organización internacional integrada por 34 países miembros que trabaja en temas económicos y sociales desde la macroeconomía hasta el comercio, la salud, los asuntos sociales, el desarrollo y la ciencia y la innovación. Chile es miembro pleno de la OCDE y ya participa en varias actividades, incluida una próxima revisión de su sistema de salud pública. En el contexto de este proyecto, la OCDE proveerá asistencia técnica al GDC mediante la realización de una revisión externa del sistema de atención primaria de salud, centrada en tres temas: (i) desempeño general del sistema de atención primaria desde un punto de vista internacional; (ii) eficiencia de la prestación de atención primaria a nivel municipal; y (iii) innovación en nuevos modelos de prestación de servicios para satisfacer las necesidades de una población que envejece. Esta actividad será coordinada con el Proyecto.

V. PRINCIPALES RIESGOS

A. Calificación del riesgo general y explicación de los principales riesgos

43. **El Riesgo General se evalúa como Sustancial.** Aunque una operación en Chile puede considerarse de bajo riesgo en función del contexto general del país, el riesgo del Proyecto ha sido calificado como sustancial porque: (a) el Proyecto propuesto será implementado por dos administraciones de gobierno, entre las cuales la visión sobre la implementación de políticas podría ser diferente, (b) las intervenciones para mejorar la eficiencia en el sector salud son en general difíciles de implementar, y (c) las intervenciones del Proyecto propuesto requieren cambios culturales de los proveedores de servicios de salud que son difíciles de lograr. Las acciones estratégicas propuestas apoyadas por el Proyecto son necesarias para mejorar la eficiencia sectorial y la sostenibilidad financiera y cerrar la brecha de desempeño con respecto a los sectores de salud en otros países de la OCDE.

44. Riesgos políticos y de gobierno. La inminente transición del gobierno y la concentración del Proyecto en temas de eficiencia en el sector salud crean un importante riesgo político y de gobernanza. Como una importante medida de mitigación de este riesgo, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 -diseñada y aprobada antes de que la actual administración asumiera el poder- sirve como marco político y operativo del Proyecto. Las actividades actuales del MINSAL que sirven de preparación para el Proyecto propuesto (y por lo tanto son elegibles para financiamiento retroactivo) ayudan a asegurar que las intervenciones serán implementadas en el momento de la transición de gobierno. Las misiones técnicas frecuentes/prolongadas durante la transición de la administración mantendrán este impulso. La fuerte evidencia internacional de la efectividad de los cambios apoyados para lograr el ODP y la necesidad de lograr ganancias de eficiencia para mitigar el rápido envejecimiento de la población podría hacer que el apoyo continuo del Proyecto también sea atractivo para la nueva administración.

45. Riesgos para la capacidad institucional para la implementación y sostenibilidad. Un desafío importante es que tanto los hospitales como los establecimientos de APS necesitan cambiar su modelo de prestación de servicios. Esta tarea implica un cambio cultural difícil, que requiere nuevas capacidades de los médicos y gerentes. Las afecciones agudas son potencialmente curables en un corto período de tiempo, mientras que las enfermedades crónicas son incurables o requieren un tratamiento y atención prolongados. Tanto la bibliografía[32] como la experiencia del BM muestran que el tipo de transformación cultural necesario para reorientar el modelo de atención hacia la gestión de pacientes con ENT es complejo y difícil de implementar. Esta experiencia es la base para la calificación sustancial del riesgo para la capacidad institucional y la calificación moderada del riesgo para el diseño técnico. Por último, como la geografía de Chile frecuentemente es afectada por catástrofes naturales, como terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra e incendios forestales, el funcionamiento normal del sistema de salud, y por lo tanto la implementación del Proyecto, puede ser interrumpida. Ya se han adoptado medidas de mitigación de los riesgos relacionados con la implementación, incluido el apoyo de la PHCPI a fin de prestar asistencia técnica para la ejecución del Proyecto. Además (i) han participado otros sectores (por ejemplo, la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del MDH, la Corporación de Fomento de la Producción (CORFO) y las universidades) para apoyar la ejecución del Proyecto a fin de cubrir efectivamente el riesgo de la ejecución; (ii) se ha elaborado un plan de ejecución detallado; y (iii) la ejecución del Proyecto dentro de la estructura administrativa del MSP aumentará el sentido de apropiación y sostenibilidad de las actividades apoyadas por el Proyecto después de completado.

VI. RESUMEN DE LA EVALUACIÓN

A. Análisis económico y financiero

46. El análisis económico (véase el Anexo 3) se ha llevado a cabo en vista de las siguientes preguntas: (i) ¿cuál es el posible impacto del desarrollo del Proyecto?; (ii) ¿es la provisión o el financiamiento del sector público el vehículo apropiado para lograr los objetivos del Proyecto propuesto?; y (iii) ¿cuál es el valor agregado del Banco Mundial?

47. **Impacto del desarrollo esperado.** A nivel macro, el Proyecto incluye intervenciones que ayudan al sector de salud chileno a adaptar su modelo de prestación de servicios al nuevo perfil epidemiológico y

[32] Holman & Lorig, BMJ. 2000 Feb 26; 320(7234): 526–527

demográfico del país. El Proyecto financia intervenciones que promueven un cambio de paradigma en el modelo de prestación de servicios hacia un enfoque más centrado en el paciente y una atención adaptada a las necesidades de pacientes ancianos multimórbidos, complejos y frágiles. El Proyecto producirá tres beneficios económicos concretos: (i) resultados sanitarios mejorados a través de la reducción de las tasas de mortalidad por cáncer y reducción de las tasas de morbilidad relacionadas con las ENT; (ii) ahorro de los gastos en el ámbito hospitalario por la reducción de los reingresos de corto plazo evitables así como de los ingresos; (iii) menores precios pagados por el sector público por los productos farmacéuticos y la tecnología médica (por ejemplo, mediante la compra colectiva, el precio de referencia terapéutica o el análisis comparativo internacional a través de CENABAST).

48. El análisis del costo-beneficio indica un valor actual neto en gran medida positivo, independientemente de las diferentes hipótesis consideradas. La diferencia entre los beneficios y los costos, el valor actual neto (VAN) de las intervenciones es en gran medida positivo (al menos US$ 18 millones) y la tasa interna de retorno (TIR) estimada oscila entre el 17,17% y el 32,23%, según el factor de descuento que se utiliza, lo que muestra claramente el impacto positivo del desarrollo de las intervenciones consideradas del Proyecto.

49. **El fundamento de la participación del sector público.** En Chile, el 78% de la población está actualmente asegurada por la aseguradora nacional de salud FONASA y recibe servicios de salud de proveedores públicos. El Proyecto propuesto no apoya la introducción de nuevos programas del Gobierno, sino que busca mejorar la eficiencia y la calidad de los programas gubernamentales existentes (es decir, la prestación de servicios de atención de la salud por parte de los proveedores públicos de salud). El Proyecto propuesto apoyará las intervenciones para ayudar a CENABAST a actuar como comprador estratégico de productos farmacéuticos ya que existe una fuerte justificación económica para la adquisición centralizada de medicamentos para los proveedores públicos. Las actividades del proyecto incluirán también la promoción de colaboraciones entre el MINSAL y el departamento de presupuestos del MDH sobre el control presupuestario y los análisis de la eficiencia productiva.

50. **Valor agregado del Banco Mundial.** Más allá de la contribución directa de las inversiones propuestas al sector salud para el desarrollo socioeconómico de Chile (es decir, asegurar el uso eficiente de los recursos en el sector salud pública y preparar al país para la transición epidemiológica continua), el valor agregado del apoyo del Grupo del Banco Mundial consiste en su experiencia en la implementación y conocimientos técnicos en iniciativas relacionadas, así como su poder de convocatoria para llevar expertos internacionales al país. El Banco proveerá apoyo técnico para realizar una primera estratificación de los riesgos para los pacientes, analizar los requisitos para un mejor sistema de información sanitaria y revisar los procedimientos de adquisiciones públicas de productos farmacéuticos, entre otros. El Banco Mundial también continuará ayudando a desarrollar la capacidad institucional del cliente durante la implementación del Proyecto a través de cursos de capacitación y el intercambio de experiencias de proyectos.

B. Técnico

51. Aunque se han producido mejoras sustanciales en los resultados sanitarios en las últimas décadas, los resultados de Chile siguen estando por debajo de los resultados promedio de la OCDE en varias dimensiones, especialmente relacionadas con las ENT y las enfermedades crónicas. Además, el

funcionamiento del sistema público de salud muestra algunos grados de ineficiencia y los resultados sanitarios actuales serán difíciles de sostener en un ambiente restringido en materia fiscal. Al mismo tiempo, el envejecimiento de la población, los cambios en la carga de enfermedad hacia las enfermedades crónicas y no transmisibles donde las intervenciones de calidad pueden aumentar la prevención secundaria (y reducir las complicaciones), y la inevitable presión al alza de los costos de la salud debido a los avances tecnológicos implican que, en igualdad de circunstancias, los gastos en salud continuarán aumentando en el futuro.

52. El programa del MINSAL se hace eco de este diagnóstico e identifica como cuestiones prioritarias a la mayor eficiencia en la prestación de servicios y a la mejora de la calidad del sector salud (entendida como la idoneidad y la eficacia de los servicios de salud). Como administrador del sector salud pública descentralizado, el MINSAL está en una posición única para diseñar e implementar los cambios necesarios para mejorar la calidad y la eficiencia y, por lo tanto, mejorar la sostenibilidad financiera del sector salud.

53. El Proyecto propuesto tiene muchos de los elementos críticos que se requieren para obtener resultados. Estos incluyen: (i) un fuerte compromiso político, apoyado por el mecanismo de Financiamiento basado en Resultados incluido en el diseño del Proyecto; (ii) una buena armonización entre el Proyecto propuesto y el marco político más amplio para la reforma del sector salud en Chile, ya que el Proyecto contribuye a los principales desafíos identificados en la Estrategia Nacional de Salud para el Decenio 2011-2020; (iii) un programa técnicamente sólido del MINSAL orientado a abordar las prioridades de cambio estratégico que enfrenta el sector salud chileno, es decir, racionalizar la red de establecimientos de salud, mejorar la calidad de los servicios de salud y promover la sostenibilidad financiera del sector público de salud; (iv) intervenciones claramente definidas que sean técnicamente apropiadas para mejorar la eficiencia y la calidad en el contexto chileno y sean apoyadas por la experiencia internacional emergente en el área; y (v) un conjunto acordado de indicadores de resultados SMART (específicos, medibles, alcanzables, pertinentes y de duración determinada) para evaluar y premiar el desempeño del Programa.

C. Gestión financiera

54. Se llevó a cabo una evaluación de la capacidad de la GF para determinar la capacidad del MINSAL para administrar y rendir adecuadamente todos los recursos financieros del Proyecto y producir estados financieros oportunos, precisos y confiables para propósitos especiales del Banco. Sobre la base de la evaluación realizada, los arreglos de la Gestión Financiera se consideran aceptables.

55. Los arreglos de la Gestión Financiera serán dirigidos por el MINSAL bajo su estructura administrativa, la División de Finanzas y Administración Interna. El Proyecto propuesto se beneficiará del uso de los sistemas del país y será monitoreado mediante el uso de los Indicadores Vinculados a los Desembolsos (IVD). Financiará el reembolso de los Programas de Gastos Elegibles (PGE) relacionados de los Componentes 1 y 2 sobre la base de los gastos de nómina del MINSAL. Los fondos de los préstamos se desembolsarán en una cuenta de la Tesorería General del Ministerio de Hacienda en el Banco Central, supeditado a: (i) la ejecución del PGE; y (ii) el cumplimiento de las metas del IVD.

56. Además, el MINSAL implementará el componente 3 para la Asistencia Técnica (AT) que incluirá servicios de consultoría y no consultoría, costos de operación y actividades de capacitación. Para este componente, el Banco desembolsará los fondos del préstamo utilizando los métodos de desembolso de reembolso,

anticipo y pago directo. Los anticipos parciales podrán ser depositados en una Cuenta Designada (en dólares estadounidenses) en el Banco Central y los fondos serán convertidos a la moneda local (pesos chilenos) y transferidos a una Cuenta Operativa que será abierta por el MINSAL en el Banco Estado para administrar exclusivamente los fondos del préstamo y procesar los pagos de los gastos admisibles. Las transacciones del proyecto se integrarán en el proceso presupuestario y en el plan de cuentas del MINSAL. Además, las transacciones del proyecto estarán sujetas a los procedimientos de control interno y pago aplicables a los proyectos financiados que se consideren adecuados.

57. El MINSAL sigue el Manual de Procedimientos Contables para el Sector Público emitido por la Contraloría General de la República, así como la Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación, que describe los procedimientos operativos de gestión financiera para organismos públicos.

58. En función de la información recopilada durante la evaluación de la GF, el riesgo inherente a la GF del Proyecto propuesto y el riesgo de control serán clasificados como Moderados, y el riesgo general de la GF también será clasificado como Moderado. El riesgo será clasificado como Moderado principalmente porque (i) el MINSAL no tiene experiencia previa de trabajar con el Banco; (ii) la información financiera se basará en el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), pero esta información también se complementará con hojas de cálculo Excel que requerirá su reconciliación periódica y; (iii) el personal de GF del MINSAL requerirá capacitación sobre las políticas y procedimientos del Banco. En el Anexo 2 se describen las medidas pertinentes de mitigación del riesgo.

D. Adquisiciones

59. El organismo de implementación del Proyecto propuesto será el MINSAL. La UCMP será responsable de la coordinación y monitoreo de todo el Proyecto, incluida la coordinación de los aspectos de adquisiciones del Proyecto. Se llevó a cabo una evaluación de la capacidad del MINSAL, con el fin de abordar los posibles riesgos de adquisiciones que el Proyecto pudiera enfrentar y a fin de proponer medidas de mitigación para estos riesgos. El riesgo general de adquisición se evaluó como Moderado. Las cuestiones clave y los riesgos identificados como que pueden afectar la implementación del Proyecto son: (i) la falta de claridad de las funciones entre las áreas técnica y administrativa del MINSAL y la UCMP; (ii) la falta de experiencia en los procedimientos del Banco. Los resultados de la evaluación se detallan en el Anexo 2.

60. Como parte de la preparación del Proyecto propuesto, el MINSAL ha elaborado: (i) una EAPD (Estrategia de Adquisiciones para Proyectos de Desarrollo); (ii) un plan de adquisiciones detallado de fecha 26 de abril de 2017 que cubra los primeros 18 meses de ejecución del Proyecto; y (iii) un Manual de Operaciones detallado y aceptable para el Banco.

E. Aspectos Sociales (con inclusión de las Salvaguardas)

61. El Proyecto propuesto activa la Política del Banco Mundial sobre los Pueblos Indígenas (OP 4.10) porque Chile tiene una gran población indígena, dispersa en varias regiones, que será un potencial beneficiario de las intervenciones del Proyecto y cumple con los criterios de la OP 4.10. Los pueblos indígenas chilenos tienen una incidencia de ENT superior a la media (incluidos los indígenas que viven en zonas urbanas) y si el Proyecto no incluye acciones específicas dirigidas a subsanar las brechas actuales, existe el riesgo de que las brechas actuales en el acceso y la calidad de los servicios podrían aumentar como consecuencia

de la implementación del Proyecto. El Prestatario preparó un Plan de Pueblos Indígenas (PPI) y lo divulgó antes de la evaluación.

62. En función del PPI y el proceso de consulta, el Proyecto propone intervenciones clave dirigidas a cerrar estas brechas, incluyendo estudios para subsanar la falta de conocimientos; capacitación del personal de salud sobre la adecuación intercultural; propuestas para mejorar el costo-rendimiento de la Atención Primaria y las Enfermedades Crónicas adaptadas a las necesidades de los pueblos indígenas; y propuestas para mejorar la gobernanza, transparencia y gestión de los establecimientos de la red de salud pública en regiones con alta concentración indígena.

63. La prevalencia de las ENT en la población indígena está creciendo, como en el resto de la población chilena, pero varios estudios sugieren que los efectos de este proceso se están haciendo sentir más fuertemente entre los pueblos indígenas. Los hombres pertenecientes a pueblos indígenas tienen el mayor riesgo de morir por enfermedad cardiovascular (es decir, un 40% más alto que los hombres no indígenas a partir de un estudio en 11 servicios de salud en Chile[33]). La hipertensión (HTA) y la Diabetes Mellitus Tipo II (DM II) tienen una prevalencia significativa en los pueblos indígenas. Estas patologías están asociadas con cambios en patrones culturales y estilos de vida, como consecuencia del proceso de urbanización y otros determinantes sociales. Además, la transición epidemiológica de la población indígena está acompañada de la persistencia de enfermedades transmisibles como la tuberculosis (TB).

64. El Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MINSAL considera que el Proyecto es una oportunidad para implementar progresivamente un enfoque adecuado de las ENT, con especial énfasis en HTA y DM II, a través de la reorientación estratégica del Programa de Salud Cardiovascular - PSCV), en función de la evidencia actualizada. En este sentido, el PPI se preparó con el objetivo de mejorar la relevancia sociocultural y la calidad de la atención de la salud de los pueblos indígenas inscritos en el PSCV, lo que promueve acciones costo-efectivas a nivel local para mejorar la gestión y el cumplimiento del tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. El PPI responde a las necesidades identificadas por los pueblos indígenas a través de un proceso de consulta nacional llevado a cabo por el MINSAL entre 2016 y 2017. En este largo proceso de consulta participaron más de 9.000 indígenas y más de 1.300 organizaciones representativas. El PPI fue ampliamente discutido con líderes indígenas seleccionados relacionados con el sector salud y con especialistas en atención de la salud en enero de 2017, y fue divulgado el 15 de marzo de 2017, tanto en el sitio web del Banco como en el del MINSAL.

65. El Proyecto propuesto también contribuye a abordar las principales brechas de género en Chile. Las mujeres están sobrerrepresentadas entre los pacientes con necesidades complejas porque están más afectadas por los cánceres altamente prevalentes que son objeto de las intervenciones del Proyecto. El Proyecto propuesto apoya la estratificación de la población de acuerdo con sus riesgos para la salud, lo que a su vez ayudará a identificar a las mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama, cáncer de cuello de útero y colorrectal e implementar acciones para un diagnóstico precoz. El Proyecto propuesto también apoya el fortalecimiento del sistema de información de salud que permitirá el seguimiento de los resultados desagregados por género.

[33] Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2016) "Estudio comparado de la situación de salud de los pueblos indígenas en Chile" (En Prensa). Santiago: MINSAL

F. Aspectos ambientales (con inclusión las Salvaguardas)

66. De acuerdo con la Evaluación Ambiental de OP/BP 4.01, este Proyecto está clasificado como Categoría B porque algunas de las actividades del Proyecto pueden generar impactos sociales, ambientales, sanitarios y de seguridad adversos si no se evalúan y mitigan adecuada y oportunamente. La 'Categoría B' está justificada por el hecho de que la operación y el mantenimiento de los centros de salud existentes podrían generar impactos y riesgos prevenibles y manejables sobre el medio ambiente, la salud y la seguridad. La OP/BP 4.01 sobre Evaluación Ambiental es la única política de salvaguardas ambientales que se ha activado para este Proyecto. Dado el bien establecido sistema nacional de evaluación del impacto ambiental, sanitario y de seguridad en los centros de salud de Chile, no se espera que el Proyecto genere impactos adversos ambientales, sanitarios y de seguridad significativos.

67. El MINSAL ha preparado un Plan de Gestión Ambiental (PGA) conciso que describe las normas ambientales, de salud ocupacional y seguridad aplicables a los centros de salud durante su construcción y operación, el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (SEIA) y cómo se aplica a los proyectos de centros de salud, y capacidades institucionales para gestión ambiental en el sector salud del MINSAL y de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI). El PGA se divulgó el 15 de marzo de 2017, tanto en el sitio web del Banco como en el del MINSAL.

68. Dado que la asistencia técnica forma parte del Componente 3, el Cliente tendrá en cuenta los Lineamientos Provisionales sobre la Aplicación de Políticas de Salvaguarda a las Actividades de Asistencia Técnica (AT) en Proyectos financiados por el Banco y a Fondos Fiduciarios administrados por el Banco. Por lo tanto, los términos de referencia para las actividades antes mencionadas deberán incluir, si es necesario, la detección y mitigación de posibles impactos y riesgos ambientales y sociales adversos.

G. Otras políticas de salvaguardas (si corresponde)

N/C

H. Compensación de reclamaciones del Banco Mundial

69. Las comunidades y las personas que consideren que se vieron afectadas negativamente por un proyecto respaldado por el Banco Mundial pueden presentar sus quejas ante los mecanismos existentes de compensación de reclamaciones del proyecto, o bien, ante el Servicio de compensación de reclamaciones del Banco Mundial. Dicho servicio garantiza que las quejas recibidas se examinen rápidamente para abordar las inquietudes relacionadas con los proyectos. Las comunidades y las personas afectadas por el proyecto pueden presentar sus quejas ante el Panel de Inspección independiente del Banco Mundial, que determina si se produjeron o se podrían producir daños debido al incumplimiento de sus políticas y procedimientos por parte del Banco Mundial. Las quejas pueden presentarse en cualquier momento luego de que se hayan elevado las inquietudes directamente ante el Banco Mundial y de que la administración del Banco haya tenido la oportunidad de responder. Para obtener información sobre la forma de presentar quejas ante el Servicio de compensación de reclamaciones del Banco Mundial, visite *http://www.worldbank.org/en/projects-operations/products-and-services/grievance-redress-service*. Para obtener información sobre cómo presentar quejas ante el Panel de Inspección del Banco Mundial, visite www.inspectionpanel.org.

VII. MARCO DE RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

Marco de Resultados y Seguimiento

PAÍS: Chile

Chile - Proyecto de Apoyo al Sector Salud Pública

Objetivo de Desarrollo del Proyecto

Los objetivos del Proyecto son: (i) mejorar la eficiencia del sector público de salud; y (ii) mejorar la calidad de los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles.

Indicadores de objetivo de desarrollo del Proyecto

Nombre del Indicador	Básico	Unidad de medida	Valor de referencia	Objetivo final	Frecuencia	Fuente de datos/Metodología	Responsabilidad por la recopilación de datos
Nombre: Porcentaje de hospitales públicos que informan servicios para pacientes hospitalizados sobre la base de los GRD		Porcentaje	34,00	67,00	Anual	Sistema GRD/DEIS	FONASA/ DIGERA
Descripción: Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen sus estadías relacionadas con cirugías programadas, ingresos de urgencia, cirugías mayor ambulatorias importantes e internaciones breves, excluidas las estadías debidas a razones psiquiátricas y geriátricas. Hospitales públicos se refiere a todos los hospitales (de alta, media y baja complejidad) que informan a los Servicios de Salud. Numerador: Número de hospitales públicos que informan las hospitalizaciones de pacientes utilizando los GRD. Denominador: Número de hospitales públicos que informan a Servicios de Salud.							
Nombre: Ahorros acumulados a través de la		Porcentaje	32,00	57,00	Anual	CENABAST y MINSAL	MINSAL

Nombre del Indicador	Básico	Unidad de medida	Valor de referencia	Objetivo final	Frecuencia	Fuente de datos/Metodología	Responsabilidad por la recopilación de datos
adquisición centralizada de medicamentos e insumos médicos como porcentaje del valor de todos los artículos obtenidos de manera centralizada.							
Descripción: El indicador medirá los ahorros a través de la adquisición central de medicamentos e insumos médicos. Estos ahorros se calcularán de la siguiente manera: La diferencia en el valor de todos los artículos adquiridos centralmente a los precios reales bajo adquisición centralizada comparada con la misma canasta de artículos valorados a los precios promedio ponderados del Mercado Público para productos adquiridos de manera descentralizada. Los artículos considerados incluyen insumos médicos, medicamentos y equipos para hospitales (para atención de pacientes internos y ambulatorios) de los Servicios de Salud, Hospitales y Programas Especiales ejecutados por el MINSAL y los hospitales. Los ahorros se informarán sobre una base acumulada anual desde el inicio del Proyecto. El indicador se informará como porcentaje en términos del valor total de los artículos obtenidos centralmente. Numerador: Ahorros en la adquisición centralizada de medicamentos e insumos médicos en un año determinado de acuerdo con la descripción anterior. Denominador: Valor de todos los medicamentos e insumos médicos adquiridos centralmente valorados a precios promedio ponderados del Mercado Público para los productos adquiridos de forma descentralizada en un año determinado.							
Nombre: Porcentaje de la población diagnosticada con hipercolesterolemia bajo seguimiento y tratamiento.		Porcentaje	6,70	45,00	Anual	DIVAP/ DEIS	MINSAL
Descripción: El seguimiento y tratamiento de un paciente con hipercolesterolemia se define como consistente en al menos dos consultas médicas anuales y la administración regular de estatinas. Este indicador será medido desagregado por género							

Nombre del Indicador	Básico	Unidad de medida	Valor de referencia	Objetivo final	Frecuencia	Fuente de datos/Metodología	Responsabilidad por la recopilación de datos
Numerador: Población asegurada por FONASA inscrita en Atención Primaria de Salud con hipercolesterolemia y bajo seguimiento y tratamiento. Denominador: Población asegurada por FONASA inscrita en Atención Primaria de Salud con hipercolesterolemia.							
Nombre: Tasa de detección de cáncer cervical.		Porcentaje	57,40	70,00	Anual	Citoexpert / REVICAN / FONASA MLE	MINSAL
Descripción: Un protocolo actual del MINSAL prevé una prueba de detección de cáncer de cuello de útero pertinente para todas las mujeres entre 25 - 64 años al menos una vez cada tres años. Numerador: Número de mujeres aseguradas por FONASA entre los 25 y los 64 años con al menos una prueba de Papanicolau o al menos una prueba de Papilomavirus Humano (VPH) durante el período de medición de tres años. Denominador: Número de mujeres entre los 25 y los 64 años de edad aseguradas en promedio durante el período de medición de tres años.							

Indicadores de Resultados Intermedios

Nombre del Indicador	Básico	Unidad de medida	Valor de referencia	Objetivo final	Frecuencia	Fuente de datos/Metodología	Responsabilidad por la recopilación de datos
Nombre: Ingresos hospitalarios evitables.		Número	244,50	200,00	Anual	DIGERA	MINSAL
Descripción: Las enfermedades trazadoras para medir los ingresos hospitalarios evitables para este indicador son enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (códigos J40-J47 de la CIE10), hipertensión (códigos I10-I11, I12.9, I13.0 e I13.9 de la CIE10), diabetes mellitus (códigos E10.2-E10.6, E11.2-E11.6, E13.2-E13.6,							

Nombre del Indicador	Básico	Unidad de medida	Valor de referencia	Objetivo final	Frecuencia	Fuente de datos/Metodología	Responsabilidad por la recopilación de datos
E14.2-E14.6 de la CIE10) y otras formas de cardiopatías (códigos I32.0 e I50 de la CIE10). El indicador considera como ingresos evitables a todos los ingresos hospitalarios no maternos/no neonatales con una de las enfermedades trazadoras como código de diagnóstico principal de acuerdo con la CIE-10 y para pacientes de 15 años o más en un año específico. Se excluyen los ingresos a los departamentos de psiquiatría de hospitales, hospitales psiquiátricos y geriátricos, pero se incluyen los ingresos a las camas sociales (por razones de información). Unidad de medida: tasa por 100.000 habitantes.							
Nombre: Tiempo de espera para cirugías seleccionadas.		Días	393,00	365,00	Anual	DIGERA	MINSAL
Descripción: El indicador se calcula como la mediana de tiempo de espera para una cirugía programada no incluida en el AUGE, realizada en los establecimientos de los 29 Servicios de Salud y publicada en el Repositorio Nacional de Listas de Espera administrado por el MINSAL. El indicador compara la mediana de tiempo de espera de referencia al momento de inicio del Proyecto (línea de base) con la mediana de tiempo promedio de espera en cada año de efectividad del Proyecto.							
Nombre: Duración promedio de la estadía de cuidados en hospitales de agudos.		Días	6,41	5,00	Anual	DEIS	MINSAL
Descripción: Duración promedio de la estadía se refiere al número promedio de días que pasan los pacientes en el hospital que se puede medir dividiendo surge de dividir el número total de días de estada de todos hospitalizados en hospitales de agudos durante un año por el número de todas las admisiones en hospitales de agudos excluyendo casos de internaciones breves. (en hospitales públicos).							
Nombre: Desarrollo de un índice maestro de pacientes.		Sí/No	N	S	Anual	DEIS	MINSAL

Nombre del Indicador	Básico	Unidad de medida	Valor de referencia	Objetivo final	Frecuencia	Fuente de datos/Metodología	Responsabilidad por la recopilación de datos
Descripción: El índice maestro de pacientes indica un identificador para todas las personas que tienen derecho al seguro social de salud. El identificador es único, anónimo, permanente, omnipresente, canónico e invariable y se asigna en base a un algoritmo aplicado a un Conjunto de Datos Mínimos que incluye las características básicas y permanentes de cada individuo (nombre, género, documento nacional de identidad, etc.). El indicador mide la existencia del índice maestro de pacientes con la información básica sobre todas las personas (es decir, el identificador único y el Conjunto Mínimo de Datos) e información adicional como su perfil de riesgo (en términos de enfermedades crónicas).							
Nombre: Desarrollo de un algoritmo para estratificar pacientes crónicos de acuerdo a sus riesgos.		Sí/No	N	S	Medición de una sola vez	DEIS	MINSAL
Descripción: Este indicador mide el desarrollo de un algoritmo que utiliza la información clínica disponible de las bases de datos a nivel de cada paciente para clasificar a los pacientes crónicos según su riesgo de desarrollar necesidades complejas. La capacidad del algoritmo para predecir la probabilidad de que un paciente desarrolle necesidades complejas se evalúa utilizando medidas estadísticas estándar y/o utiliza índices establecidos que miden la complejidad del paciente. El algoritmo permite la creación de listas de pacientes y su perfil de riesgo por proveedor de servicios de salud asignado (centro de salud/hospital).							
Nombre: Reingresos hospitalarios evitables de pacientes crónicos con necesidades complejas inscritos en el programa de gestión de casos.		Texto	Por determinar una vez que se ha establecido la definición de un paciente crónico con	Valor de referencia por determinar	Anual	DEIS	MINSAL

Nombre del Indicador	Básico	Unidad de medida	Valor de referencia	Objetivo final	Frecuencia	Fuente de datos/Metodología	Responsabilidad por la recopilación de datos
			necesidades complejas.				
Descripción: Un reingreso evitable se refiere al reingreso a un hospital público dentro de los 30 días de haber estado hospitalizado en un hospital. Se está considerando para pacientes crónicos con necesidades complejas inscritos en un programa de gestión de casos, los ingresos hospitalarios excluidos aquellos relacionados con cáncer y lesiones (identificables a través de un código de diagnóstico principal de la CIE-10 de los grupos C00-C96 (cáncer) o S00-T98 (lesiones). Se considera que un paciente crónico con necesidades complejas está inscrito en un Programa de Gestión de Casos cuando se ha desarrollado un plan de atención personalizado para él. Este indicador comenzará a ser medido en Año 3 de la ejecución del Proyecto, una vez que el Programa de Gestión de Casos entre en vigencia.							
Nombre: Publicidad de compras realizadas por CENABAST.		Sí/No	N	S	Anual	CENABAST	MINSAL
Descripción: Divulgación pública en la página web del MINSAL de los precios de los medicamentos e insumos médicos obtenidos mediante adquisición centralizada por parte de CENABAST comparados con los obtenidos por medio de adquisiciones directas por hospitales y municipalidades.							
Nombre: Revisión de los programas verticales bajo la DIVAP para fortalecer la adquisición centralizada de medicamentos.		Sí/No	N	S	Medición de una sola vez	DIVAP	MINSAL
Descripción: Se llevará a cabo un estudio de los programas verticales en el marco de la DIVAP (PRAPS) con el objetivo de analizar las ventajas y desventajas de los programas, con especial atención a los mecanismos que pueden aumentar más eficazmente la adquisición centralizada de medicamentos.							

Nombre del Indicador	Básico	Unidad de medida	Valor de referencia	Objetivo final	Frecuencia	Fuente de datos/Metodología	Responsabilidad por la recopilación de datos
Nombre: Encuesta de Satisfacción de los Usuarios realizada anualmente y divulgada de manera pública.		Sí/No	S	S	Anual	DIGEDEP	MINSAL
Descripción: Encuesta anual de satisfacción de los usuarios de FONASA, que mide la percepción de los usuarios de la reorientación del modelo de atención hacia las necesidades de los pacientes crónicos con y sin necesidades complejas.							
Nombre: Estrategia para capacitar al personal de atención de la salud en relación con el asesoramiento y la gestión de pacientes crónicos con necesidades complejas.		Sí/No	N	S	Anual	DIGEDEP	MINSAL
Descripción: El desarrollo de una estrategia por parte del MINSAL para capacitar al personal de atención de la salud en la gestión de pacientes crónicos con necesidades complejas. El objetivo del Año 1 es el desarrollo de la estrategia de capacitación y el contenido de los módulos de e-learning sobre obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, abandono del hábito de fumar y enfermedad renal, así como la actualización de los módulos actualmente disponibles relacionados con la hipertensión y la diabetes. El objetivo para el Año 2 es el desarrollo de la estrategia y el contenido de los módulos de e-learning sobre la Gestión de Casos para pacientes crónicos con necesidades complejas. El objetivo para Año 3-Año 5 es la implementación de toda la estrategia (es decir, todos los módulos de e-learning estarán disponibles en la plataforma de e-learning del MINSAL).							

Valores objetivo

Indicadores de objetivo de desarrollo del Proyecto

Nombre del indicador	Valor de referencia	Objetivo final
Porcentaje de hospitales públicos que informan servicios para pacientes hospitalizados sobre la base de los GRD	34,00	67,00
Ahorros acumulados a través de la adquisición centralizada de medicamentos e insumos médicos como porcentaje del valor de todos los artículos obtenidos de manera centralizada.	32,00	57,00
Porcentaje de la población diagnosticada con hipercolesterolemia bajo seguimiento y tratamiento.	6,70	45,00
Tasa de detección de cáncer de cuello de útero.	57,40	70,00

Indicadores de resultados intermedios

Nombre del indicador	Valor de referencia	Objetivo final
Ingresos hospitalarios evitables.	244,50	200,00
Tiempo de espera para cirugías seleccionadas.	393,00	365,00
Duración promedio de la estadía de cuidados en hospitales de agudos	6,41	5,00
Desarrollo de un índice maestro de pacientes.	N	S

Nombre del indicador	Valor de referencia	Objetivo final
Desarrollo de un algoritmo para estratificar pacientes crónicos de acuerdo a sus riesgos.	N	S
Reingresos hospitalarios evitables de pacientes crónicos con necesidades complejas inscritos en el programa de gestión de casos.	Por determinar una vez que se ha establecido la definición de un paciente crónico con necesidades complejas.	Valor de referencia por determinar
Publicidad de compras realizadas por CENABAST.	N	S
Revisión de los programas verticales bajo la DIVAP para fortalecer la adquisición centralizada de medicamentos.	N	S
Encuesta de Satisfacción de los Usuarios realizada anualmente y divulgada de manera pública.	S	S
Estrategia para capacitar al personal de atención de la salud en relación con el asesoramiento y la gestión de pacientes crónicos con necesidades complejas.	N	S

ANEXO 1: DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROYECTO

PAÍS: Chile
Chile - Proyecto de Apoyo al Sector Salud

1. **Una reciente Revisión del Gasto Público del sector salud en Chile[34] realizada por el Banco Mundial indicó que se pueden obtener mayores ahorros a partir de mejoras en la eficiencia y la efectividad clínica, así como en la gestión de los servicios de atención hospitalaria.** El aumento del gasto público en salud ha sido impulsado principalmente por un aumento en el gasto en medicamentos y el pago de los hospitales para contratar a médicos que tienen varios empleos. Los gastos en medicamentos han aumentado sustancialmente en los últimos diez años, observándose las tres mayores proporciones del total de gastos públicos en medicamentos en zonas urbanas. La proporción del gasto total en mano de obra ha disminuido ligeramente en los últimos 10 años, pero la proporción de los gastos en mano de obra en los contratos de servicios de médicos privados ha aumentado considerablemente, así como la proporción de honorarios que se paga a los médicos. En las 29 redes de salud regionales, existe un nivel relativamente alto de eficiencia en el sistema de salud pública de Chile, pero los resultados son desiguales: La Revisión del Gasto Público indicó que, en promedio, el sistema de salud de Chile podría reducir la mortalidad prematura por causas tratables de muerte en un 8%-13% si todas las regiones de salud operaran de manera eficiente.

2. **Las principales recomendaciones propuestas por el informe de la Revisión del Gasto Público incluyen la implementación de un sistema basado en GRD para sesenta y dos hospitales de atención de enfermedades agudas; reducir la atención inapropiada y de bajo valor; monitorear de manera estricta las finanzas de los hospitales públicos; lograr eficiencia a través de una mejor adquisición de medicamentos y equipo médico; y una mejor gestión de la atención de pacientes frágiles con morbilidades múltiples.** En el ámbito de la atención primaria, la remuneración de los trabajadores de atención primaria debe revisarse para incentivar el aumento de la productividad; la cantidad de medicamentos adquiridos directamente debe reducirse mediante la definición de objetivos, que se pondrán en práctica mediante contratos entre el Ministerio y las municipalidades; y las innovaciones en la gestión de la salud de la población deben ser incentivadas para reducir los ingresos hospitalarios evitables. Por último, la principal recomendación sobre recursos humanos de la salud es trabajar con el Colegio Médico de Chile para evitar la excesiva práctica de los médicos con varios empleos, que ha sido uno de los principales impulsores de las deudas hospitalarias desde 2013. Mientras que muchas de estas líneas de acción propuestas serán desarrolladas por el proyecto, otras, como la remuneración de los trabajadores de atención primaria o el diálogo sobre políticas con el Colegio Médico de Chile, permanecerán en el ámbito de acción del MINSAL y el Gobierno de Chile.

3. **Con un envejecimiento acelerado de la población, se justifican las preocupaciones sobre la sostenibilidad fiscal de la organización y la gestión actual del sector salud.** Chile se encuentra en las etapas avanzadas de la transición demográfica y se está convirtiendo en una sociedad envejecida, con tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, bajas tasas de mortalidad y menor esperanza de

[34] Informe N°: 106334-CL

vida en comparación con la mayoría de los países de la OCDE. La esperanza de vida al nacer en Chile creció a 79,1 años, un año menos que el promedio de la OCDE de 80 años. La esperanza de vida de las mujeres es de 82,2 años, en comparación con 76,1 años de los varones[35]. En lo que respecta al perfil epidemiológico chileno, tal como se define en las estadísticas de mortalidad de la población, Chile se encuentra en el inicio de una etapa posterior a la transición, estando la mortalidad predominantemente relacionada con las enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

4. **Las ENT representan una pesada carga de enfermedad para Chile: los últimos datos disponibles muestran que las muertes relacionadas con enfermedades no transmisibles representaron el 52,1% del total de muertes en un año.** Las muertes por enfermedades del sistema circulatorio junto con los tumores malignos representan la mayoría de las muertes. En 2012 causaron el 51% de las muertes de mujeres y el 51% de las muertes de varones[36].

Tabla 1. Cinco frecuencias más altas de causas de muerte, 2012, por orden decreciente[37]

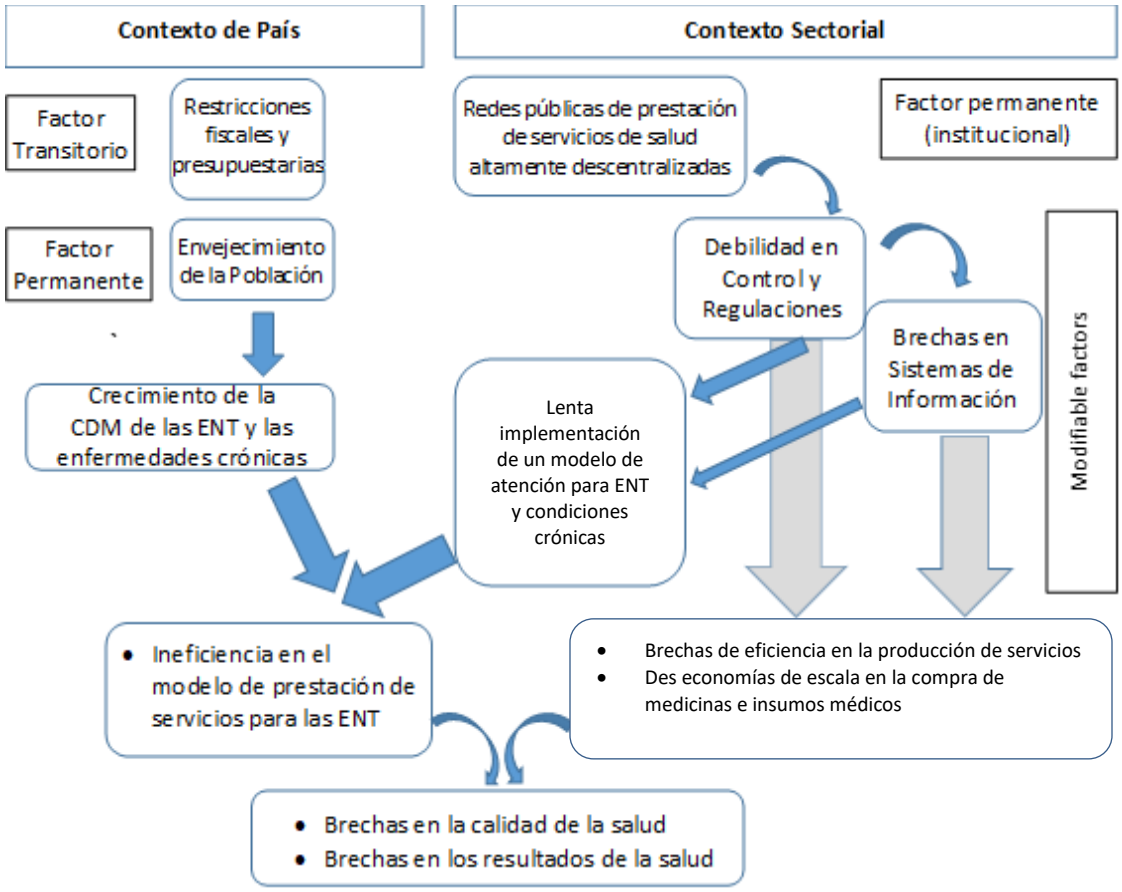
Causa del 76% de las muertes de mujeres	Tasa de mortalidad x 100000 habitantes	Causa del 80% de las muertes de varones	Tasa de mortalidad x 100000 habitantes
Sistema Circulatorio	151,9	Sistema Circulatorio	159,8
Tumores malignos	133,3	Tumores malignos	146,2
Sistema respiratorio	58,8	Causas externas	67,2
Sistema digestivo	32,4	Sistema respiratorio	57,2
Sistema endócrino	29,3	Sistema digestivo	49,6

5. La actual fragmentación del sistema público de prestación de servicios de salud y las actuales limitaciones de los sistemas de información para apoyar una mejor integración de la atención primaria de la salud, los especialistas y la atención hospitalaria hacen difícil satisfacer las necesidades de una proporción cada vez mayor de la población con enfermedades múltiples debidas a las ENT. El principal déficit del sistema de información de la salud es que actualmente la información no está nominalizada y, por lo tanto, no es posible rastrear activamente el estado de salud de una persona, lo cual es una necesidad fundamental del modelo de atención de casos de las ENT.

6. Las mejoras en la eficiencia de la red de atención de la salud pública dependen de un modelo de atención orientado a la gestión y al caso, debido al gran número de pacientes con ENT que utilizan los servicios de salud. En 2015, el 52,34% de los pacientes internados en la red de hospitales públicos padecía ENT y complicaciones médicas relacionadas con ellas. Entre los pacientes con ENT, aquellos que padecían diabetes, hipertensión e insuficiencia renal crónica (y sus complicaciones) causaron casi el 30% de todas las estadías de pacientes hospitalizados[38].

[35] Mortalidad en Chile, 2002 y 2012. Instituto Nacional de Estadísticas.
[36] Mortalidad en Chile, 2002 y 2012. Instituto Nacional de Estadísticas.
[37] Mortalidad en Chile, 2002 y 2012. Instituto Nacional de Estadísticas.
[38] Muestra de datos de ingresos en hospitales de los 62 hospitales más grandes analizados por el equipo del BM durante la preparación del Proyecto.

Figura 1. Principales causas de ineficiencias del sector salud pública



7. **Si bien uno de los mayores desafíos para el sector público de salud es aumentar su capacidad para afrontar la carga de morbilidad de las ENT, muchas de las cuales se convierten en enfermedades crónicas, el sector salud continúa orientado al tratamiento de las enfermedades agudas.** Los proveedores de servicios de salud (hospitales y establecimientos de APS) no han cambiado aún la forma en que prestan servicios. Sin embargo, la alta prevalencia de las ENT requiere nuevas capacidades de los médicos y gerentes debido a la naturaleza diferente de las enfermedades agudas y crónicas, así como la de sus respectivos tratamientos. Mientras que las primeras son potencialmente curables en un corto período, las últimas son incurables o requieren tratamiento y atención prolongados. También existe la posibilidad de que los pacientes tengan episodios recurrentes o padezcan enfermedades agudas asociadas con su enfermedad crónica.

8. El Proyecto está totalmente alineado con la Estrategia Nacional de Salud. El Proyecto propuesto se centra en un subconjunto de prioridades de la Estrategia Nacional de Salud 2011-20[39] (programa de gobierno), que servirá de marco político y operativo para la operación propuesta. El Proyecto también está alineado

[38] Estrategia Nacional de Salud para el Decenio 2010-2020. Ministerio de Salud 2011.

con las Prioridades del Programa de Gobierno para 2014-2018[40] que proponen el establecimiento de equipos médicos para evitar las consecuencias de las enfermedades crónicas. Específicamente, el Proyecto apoyará los Objetivos Estratégicos números 2, 4, 5, 7, 8 y 9. Por lo tanto, el Financiamiento para Proyectos de Inversión propuesto con financiamiento basado en Resultados contribuirá al programa del Gobierno para el Sector Salud y, por lo tanto, a la reforma del sector salud en su conjunto, mediante el desembolso de fondos como consecuencia del logro de un subconjunto de sus resultados clave. Las áreas apoyadas por el Proyecto se describen en la Tabla 2 a continuación:

Tabla 2. Estrategia Nacional de Salud para el Decenio 2010-2020
Áreas específicas apoyadas por el Proyecto

Objetivo Estratégico 1. Enfermedades transmisibles
Objetivo Estratégico 2. Enfermedades crónicas
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares
Aumentar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada
Aumentar la proporción de personas con diabetes controlada
Reducir la progresión de enfermedad renal crónica
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica
Disminuir la discapacidad
Objetivo Estratégico 3. Factores de riesgo
Objetivo Estratégico 4. Ciclo vital
Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores
Objetivo Estratégico 5. Determinantes sociales
Disminuir la inequidad de los resultados en salud relacionados con la posición social y por zonas geográficas
Objetivo Estratégico 6. Ambiente, alimentos y trabajo
Objetivo Estratégico 7. Fortalecimiento del sector salud
Mejorar los sistemas de información en salud
Aumentar y mejorar los recursos humanos
Fortalecer el financiamiento del sector
Mejorar el mecanismo de referencia en la red de servicios de salud
Mantener la participación y cooperación internacional en salud
Objetivo Estratégico 8. Acceso y calidad de la atención de salud
Acortar las listas de espera
Mejorar la calidad de los medicamentos y tecnologías sanitarias
Disminuir la insatisfacción de los usuarios
Objetivo Estratégico 9. Emergencias y desastres
Contar con planes aprobados y actualizados en Gestión Integral del Riesgo y establecimientos de salud seguros

[40] Programa de Gobierno Presidente Michelle Bachelet 2014-2018, página 87.

9. Los objetivos generales del FPI serán: (i) mejorar la eficiencia del sector público de salud; y (ii) mejorar la calidad de los servicios de salud relacionados con las ENT.

10. **Esta operación apoyará un conjunto integrado de intervenciones, en áreas de intervención específicas, vinculadas a la Estrategia Nacional de Salud, para maximizar las sinergias y optimizar el desempeño del sector salud.** La siguiente figura presenta la cadena de resultados del Proyecto.

Figura 2. Proyecto: Cadena de Resultados

Entradas	Actividades del Proyecto	Salidas	Resultados	Objetivos a Largo Plazo
AT, capacitación, cambios en el pago en función del desempeño	Acciones incluidas en el Proyecto, vinculadas a los Objetivos Estratégicos Nacionales	Control gubernamental de entregables	Condiciones para el impacto a medio y largo plazo	Mejora de la eficiencia, calidad y gobernanza del sector salud
Estrategia Nacional de Salud	Objetivo Estratégico 2. Enfermedades Crónicas y 4 Ciclo Vital · Desarrollar una estrategia para la gestión proactiva de casos de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas de salud, a través de diferentes niveles de atención · Desarrollar e implementar unidades proactivas de gestión de casos de ENT y enfermedades en hospitales y atención primaria · Capacitar al personal clínico en atención primaria y hospitales para gestionar mejor los casos de pacientes con ENT crónica con necesidades complejas de salud · Desarrollar e implementar nuevos procesos e instrumentos para una mejor coordinación entre los niveles de atención, incluidos mejores procesos para referencias y contrarreferencias, especialmente para las ENT Objetivo estratégico 5 Determinantes Sociales · Ampliar el uso de la telemedicina y otras tecnologías para prestar atención integrada para monitorear a los pacientes con ENT con el fin de lograr un mejor acceso a las poblaciones rurales e indígenas Objetivo estratégico 7 Fortalecimiento del Sector Salud · Desarrollar el Sistema de Información del MINSAL para crear un registro nominalizado de pacientes con ENT crónica con necesidades complejas de salud · Desarrollar el sistema de información del MINSAL para aplicar la metodología de estratificación de los riesgos para la salud para la población con ENT en forma periódica · Monitorear e informar sobre mejoras en la calidad de la atención, los resultados de salud y las ganancias de eficiencia para la población objetivo con ENT · Completar una evaluación externa del desempeño del sistema de APS · Revisar los sistemas e incentivos de pago en la atención primaria para mejorar la eficiencia y calidad de la atención · Mejorar la gestión del desempeño a nivel nacional y de Servicios para la atención primaria con mayor concentración en los resultados de la salud de la población y la experiencia del paciente · Apoyar a CENABAST en el desarrollo y la implementación de acuerdos marco multianuales · Elaborar e implementar una estrategia para reducir el volumen de adquisición directa de medicamentos e insumos médicos por parte de hospitales y municipalidades · Introducir una nomenclatura estandarizada de medicamentos · Desarrollar e implementar un sistema de información de gestión de inventarios en tiempo real para hospitales y atención primaria · Implementar el proceso para llevar a cabo auditorías periódicas de los procesos logísticos en la provisión de medicamentos a los proveedores de salud · Fortalecer los controles de calidad de los insumos médicos Objetivo Estratégico 8 Acceso y Calidad de la Atención de la Salud · Ampliar la detección precoz del cáncer de mama, de cuello de útero y de colon · Realizar un estudio de prefactibilidad para la implementación de la red digital para el diagnóstico de cáncer de mama · Realizar un estudio de costo-efectividad para aumentar la vacuna contra el VPH para el cáncer de cuello de útero · Realizar un estudio de costo-efectividad para aumentar el piloto para la detección precoz de cáncer de colon · Introducir mecanismos de gobernanza clínica para evaluar las recetas de medicamentos de alto costo/riesgo en hospitales · Ampliar las estrategias para reducir la duración media de la estadía en los servicios de atención de enfermedades agudas, acortar las listas de espera para procedimientos seleccionados y reducir los ingresos hospitalarios evitables · Informar públicamente sobre el desempeño de los hospitales · Capacitar a los gerentes de los hospitales en el uso estratégico de la información sobre el desempeño y las evidencias de la mejora del desempeño	Indicadores Intermedios del Programa	Aumento del porcentaje de población diagnosticada con hipercolesterolemia con seguimiento y tratamiento Porcentaje de hospitales públicos que informan servicios para pacientes hospitalizados sobre la base de GRD Aumento del porcentaje de ahorro anual en función de la adquisición central de medicamentos e insumos médicos Aumento de la tasa de detección de cáncer de cuello de útero	Una mejor gestión de pacientes complejos reduce la carga sobre el sistema y mejora la sostenibilidad del sector Ganancias de eficiencia y mejora de la calidad logradas a través de una mejor compra por parte de hospitales y la atención primaria Reducción de las desigualdades regionales en los resultados sanitarios Una mayor transparencia en el desempeño de hospitales, atención primaria e integración de la atención permite al sector reducir la variación injustificada en el desempeño Una mejor función nacional de adquisiciones reduce las ineficiencias y permite un mejor control de la presión sobre los costos Mejor gobernanza sectorial de la salud y rendición de cuentas presupuestaria
Inversiones			Resultados	

11. El Proyecto tendrá tres componentes:

12. **Componente 1. Mejorar la eficiencia de las redes públicas de prestación de servicios de salud, centrándose en su mejor integración.** (US$ 61,9 millones de costo total, US$ 61,9 millones de financiamiento del BIRF). Las mayores ganancias de eficiencia pueden derivarse de las mejoras en la gestión clínica, calidad y eficacia de los servicios de salud, así como de las mejoras en el uso de herramientas de gestión centradas en una mejor gestión de casos y enfermedades para las ENT y enfermedades crónicas. Los procesos que rigen la coordinación entre los diferentes niveles de atención son igualmente críticos para mejorar la eficiencia del sector salud. Esta dimensión es particularmente importante en el sistema pública de salud chileno dados los problemas de gobernanza derivados de la distinta dependencia de los proveedores de APS y hospitales.

13. Este componente apoyará los Objetivos Estratégicos 2, 4, 5 y 7 relacionados con las ENT y el Objetivo Estratégico 8 referente al Acceso y la Calidad de la Atención de la Salud de la Estrategia Nacional de Salud. El componente tendrá dos subcomponentes, el primero se centrará en sentar las bases para mejorar la coordinación entre los niveles de atención que trabajan en las ENT; mientras que el segundo se centrará en otras medidas de gestión que deben ser implementadas en los hospitales para mejorar la eficiencia de la gestión de los servicios de hospitalización, cerrando las brechas de desempeño en los hospitales.

14. **Subcomponente 1.A Mejorar la integración de los servicios pública de atención de salud para pacientes con enfermedades no transmisibles y enfermedades crónicas.** (US$ 43,3 millones de costo total y US$ 43,3 millones en financiamiento del BIRF). Este subcomponente incluirá actividades para desarrollar y aplicar la estrategia para una estratificación de los riesgos para la salud de pacientes con ENT a fin de identificar a usuarios frecuentes de servicios de salud tanto en hospitales como en establecimientos de APS; para ofrecer una mejor gestión de casos y la coordinación de la atención entre los niveles de atención de los pacientes multimórbidos crónicos con ENT con necesidades complejas de salud[41]; y para mejorar la detección temprana de cáncer, con un enfoque especial en los cánceres altamente prevalentes en las mujeres (cáncer de cuello de útero, cáncer de mama y cáncer colorrectal).

15. El subcomponente desarrollará las UGC con personal capacitado para administrar mejor la atención de pacientes con necesidades de salud complejas identificadas a través de una estrategia de gestión de casos para pacientes que tienen enfermedades crónicas. Las UGC coordinarán la atención de estos pacientes a través de los diferentes niveles de atención, y proveerán principalmente servicios de prevención secundaria, apoyando el cambio en el paradigma de atención de reactiva a proactiva y la gestión de casos personalizada. Este enfoque se apoya en la creciente evidencia de que estas unidades forman parte de un modelo de atención más eficiente y conducen a una mejor calidad de la atención de la salud.[42,43,44]

---

[41]Los pacientes con necesidades complejas de salud son personas con ENT multimórbidas, sujetas a factores de fragilidad como edad avanzada, condiciones sociales desfavorables (bajo nivel de apoyo social y familiar o bajos ingresos)

[42]Wagner, Edward H., Brian T. Austin, and Michael Von Korff. "Organizing care for patients with chronic illness." *The Milbank Quarterly* (1996): 511 -544.

[43]Ham, C., and D. Singh. "Improving care for people with long term conditions." *A review of UK and international frameworks. Birmingham: University of Birmingham Health Services Management Centre & NHS* (2006).

[44]Papanicolas, I. 2014. "Scoping Review of High Users of Healthcare"; Wodchis, W.P. 2012. "High Cost Users: Driving Value with a Patient-Centered Health System". Presentado en el MOHLTH High User Discussion Day, Toronto, ON. En Angus and Greenberg. 2014. "Can Better Care for Complex Patients Transform the Health System". Health Care Papers; Osakidetza - Eusko Jaurlaritza (Gobierno Vasco). "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi". Julio, 2010.

16. A nivel de la APS, las actividades apoyadas incluirán el diseño y la implementación de un nuevo modelo de atención para pacientes crónicos con ENT, en función de la estratificación de los riesgos para la salud a fin de asegurar una mejor continuidad de la atención y el cumplimiento del tratamiento, la prevención de la progresión de la enfermedad y la introducción de innovaciones en la gestión proactiva de la salud de la población y mejorar la autogestión de los pacientes con ENT en las primeras etapas de la enfermedad. Además, otras actividades tendrán como objetivo la mejora de la detección temprana del cáncer, con especial atención en los cánceres con una alta prevalencia en las mujeres (cáncer de mama, cáncer de cuello de útero y cáncer colorrectal).

17. Para mejorar la integración de los servicios para las ENT y las enfermedades crónicas, el Proyecto ampliará el uso de nuevos procesos e instrumentos de coordinación de la atención entre los niveles de atención (difusión de tercer nivel, mecanismos de referencia y contrarreferencia, uso de telemedicina para consultas virtuales, uso de TIC para monitorear y hacer seguimiento de la atención ambulatoria de pacientes crónicos); apoyar actividades de capacitación del personal médico; y construir capacidad en el uso de información para comparaciones de desempeño, análisis comparativo y aprendizaje.

18. Este subcomponente creará sinergias con la PHCPI, actualmente implementada por el MINSAL con el apoyo de los socios BM y PHCPI[45]. La PHCPI propone concentrarse específicamente en la medición del desempeño de la prestación de servicios de atención primaria y en trabajar con los países para poner en práctica nuevos conocimientos e innovaciones a fin de fortalecer la prestación de servicios directos. Las actividades de medición y mejora del desempeño se centran en áreas de desempeño a menudo descuidadas (como la organización y administración de servicios de atención primaria de la salud o los métodos de difusión de la salud de la población para mejorar la salud de las poblaciones objetivo) tanto del lado de la oferta como de la demanda. La PHCPI trabajará con el MINSAL y con expertos del país para mejorar la comparabilidad internacional de los indicadores de desempeño de Chile. Este método de comparaciones internacionales, el análisis comparativo y la mejora del desempeño contribuirán a mejorar la gobernanza de la red de servicios, lo cual es clave a fin de crear mayor valor sostenible para el sector salud pública.

Tabla 3. IVD del subcomponente 1.A

IVD 0.R1	Se ha llevado a cabo un inventario de bases de datos y registros electrónicos relevantes para la estratificación de los beneficiarios
IVD 0.R2	Adopción de una definición formal por parte del MINSAL del concepto de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas
IVD 1	Desarrollo de una base de datos electrónica de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas
IVD 2	Número de Servicios de Salud que han realizado una

[45]Los socios de la PHCPI son: El Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Bill y Melinda Gates con la asistencia técnica de Ariadne Labs y R4D. La PHCPI reúne a los encargados de formular políticas, a los gerentes de los sistemas de salud, médicos, defensores, socios de desarrollo, investigadores y comunidades para catalizar y acelerar la mejora de la APS en países de ingresos bajos y medios a través de mejores mediciones, intercambio de conocimientos, mejoras y defensa a fin de lograr CSU más rápida, eficiente y equitativamente.

	estratificación de los riesgos del paciente para las ENT
IVD 3	Número de UGC establecidas para pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas
IVD 4	Porcentaje de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas inscritos en un Programa de Gestión de Casos
IVD 5	Porcentaje de pacientes con ENT en la base de datos electrónica del MINSAL siendo asistidos a través de Consultas Virtuales
IVD 6	Tasa de detección de cáncer de cuello de útero

19. **Subcomponente 1.B Mejorar la capacidad de gestión en los hospitales.** (US$ 18,6 millones de costo total, US$ 18,6 millones de financiamiento del BIRF). Este subcomponente apoyará la introducción de herramientas de gestión que buscan resolver los problemas actuales en la gestión de la atención de pacientes hospitalizados en las redes de hospitales. Las actividades incluirán la ampliación de la implementación de un sistema basado en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) para hospitales para la gestión clínica. Un sistema de clasificación de GRD divide los diagnósticos posibles en grandes sistemas grupales y los subdivide en grupos (habitualmente hay varios cientos de grupos, y el número exacto depende del grupo de población específico) con el fin de analizar la función de producción de los hospitales, que abarca miles de procedimientos médicos para miles de diferentes enfermedades y el reembolso a los proveedores por el servicio de salud. El Proyecto apoyará la implementación de los GRD en hospitales públicos como herramienta analítica. Un sistema de GRD implementado permitirá a los hospitales evaluar los servicios que producen y empezar a utilizar sus recursos estratégicamente a fin de optimizar su oferta de servicios. El subcomponente también incluirá la elaboración de lineamientos y actividades de capacitación dirigidas a: (i) reducir la duración media de la estadía en el servicio de cuidados intensivos y acortar las listas de espera para procedimientos seleccionados; (ii) prevenir el tratamiento excesivo en hospitales y reducir la atención de bajo valor e inapropiada; (iii) aumentar el uso de la cirugía ambulatoria (iv) reducir las tasas de hospitalizaciones y reingresos evitables; (v) mejorar los mecanismos de gobernanza clínica para auditar recetas médicas de alto costo; y (vi) fortalecer el monitoreo financiero estricto de los hospitales públicos. Todas estas medidas existen en alguna medida en algunos hospitales, pero no se implementan a gran escala, lo que crea ineficiencias. Las brechas de desempeño en los establecimientos son generalizadas y existe una brecha sustancial entre los proveedores de servicios de salud de bajo desempeño y sus pares de alto desempeño. Para ganar eficiencia marginal en el sistema público, será importante aplicar estas herramientas de gestión en toda la red para monitorear tanto la implementación como el desempeño de manera sistemática y reducir las brechas de eficiencia y desempeño a lo largo del tiempo. Como parte del Proyecto, los gerentes de los hospitales serán capacitados tanto en el uso de herramientas de gestión como en el uso estratégico de información para la evaluación y mejora del desempeño.

Tabla 4. IVD del subcomponente 1.B

IVD 7	Número de hospitales públicos que utilizan GRD para la gestión clínica
IVD 8	Número acumulado de personal del sector salud pública capacitado en la gestión proactiva de casos de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas.
IVD 9	Porcentaje de cirugías programadas seleccionadas realizadas como cirugías ambulatorias en hospitales públicos

20. **Componente 2**. **Optimizar las adquisiciones y logística de medicamentos e insumos médicos en el sector público.** (US$ 12,9 millones de costo total, US$ 12,9 millones de financiamiento del BIRF). Pueden obtenerse ganancias y ahorros en términos de eficiencia mediante la adquisición de medicamentos mejor estructurada y centralizada para los servicios de salud del sector público. Este componente apoyará la implementación de mecanismos de adquisición más avanzados tales como acuerdos marco multianuales y otros métodos que podrían aumentar la efectividad de las adquisiciones centralizadas realizadas por CENABAST y reducir aún más el precio de los medicamentos. Un objetivo clave será reducir el volumen de adquisiciones directas de medicamentos e insumos médicos llevadas a cabo directamente por hospitales y municipalidades, lo que con el tiempo conducirá a reducir el precio promedio de los medicamentos comprados con fondos públicos. Además, el componente apoyará actividades para mejorar los procesos logísticos, como la introducción de una nomenclatura estandarizada de medicamentos; el desarrollo e implementación de un sistema de información para la gestión de inventarios en tiempo real para hospitales y APS; auditorías periódicas de los procesos logísticos en la provisión de medicamentos a los proveedores de salud y el refuerzo de los controles de calidad de los insumos médicos. Los detalles de las actividades planificadas en este componente se describen a continuación:

    (a) Apoyar a CENABAST en el diseño y la implementación de acuerdos marco multianuales
    (b) Elaborar e implementar una estrategia para reducir el volumen de adquisición directa de medicamentos e insumos médicos por parte de hospitales y municipalidades
    (c) Introducir una nomenclatura estandarizada de medicamentos
    (d) Desarrollar e implementar un sistema de información de gestión de inventarios en tiempo real para hospitales y atención primaria
    (e) Llevar a cabo auditorías periódicas de los procesos logísticos en la provisión de medicamentos a los proveedores de salud
    (f) Fortalecer los controles de calidad de los insumos médicos

Tabla 5. IVD del Componente 2

IVD 0.R3	Adopción por parte de la CENABAST de un plan de trabajo para implementar un marco de adquisiciones multianual y optimizar los procedimientos logísticos
IVD 10	Porcentaje del gasto en medicamentos e insumos médicos adquiridos en forma centralizada a través de CENABAST

21. Los Componentes 1 y 2 financiarán pagos en el marco de los Programas de Gastos Elegibles (PGE) del MINSAL como consecuencia del logro de resultados específicos acordados ("Indicadores Vinculados a los Desembolsos" o IVD), que reembolsarán una porción de los PGE. Los gastos incluidos en los PGE son los salarios del personal del MINSAL. La Tabla 1 del Anexo 2 muestra el vínculo entre los PGE, las actividades del Proyecto y los IVD. Las metas anuales de los fondos asignados a cada IVD figuran en el Anexo 3.

22. **Componente 3. Unidad de Asistencia Técnica, Coordinación y Monitoreo.** (US$ 5 millones de costo total, US$ 5 millones de financiamiento del BIRF). Este componente proveerá actividades de Asistencia Técnica (AT) para generar información faltante necesaria para estratificar los riesgos de los pacientes asegurados por FONASA, desarrollar herramientas de gestión y proveer capacitación a los gerentes y al personal de salud que son clave para apoyar la implementación de los Componentes 1 y 2. Este componente financiará los servicios de consultoría y no consultoría, costos operativos y capacitación. Para el componente 1 del proyecto, las actividades de AT incluirán, entre otras: (i) una revisión de las estrategias de atención

primaria para satisfacer mejor las necesidades de los pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas y factores de fragilidad asociados; (ii) un taller de capacitación sobre el desempeño y eficiencia del sector de atención primaria; (iii) estudios sobre gobernanza y financiamiento de la atención primaria, incluida una revisión del PRAPS; (v) estudios relacionados con el Plan Nacional del Cáncer; (v) un estudio de adaptación y validación del instrumento de encuestas para Medidas de los Resultados Percibidos por los Pacientes; (vi) una evaluación de los efectos de las unidades proactivas de gestión de casos para los pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas; (vii) una adaptación del plan de estudios y el diseño de la capacitación para la gestión y capacitación clínica en servicios de salud regionales, hospitales y APS; (viii) actividades analíticas relacionadas con la introducción de los GRD para análisis y pagos de servicios hospitalarios para pacientes internados; y (ix) estudios sobre mecanismos de pago que utilizan los GRD. Para el componente 2 del proyecto, las actividades de AT incluirán, entre otras: (i) una revisión de los procesos de provisión de medicamentos e insumos médicos; (ii) un estudio sobre la causa de la variación en el precio de medicamentos similares adquiridos a través de CENABAST o directamente por hospitales y municipalidades; iii) un estudio sobre la manera de mejorar el uso de marcos multianuales para la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos; y (iv) una revisión de la alineación entre los lineamientos de la práctica clínica y los formularios de medicamentos. Este componente también apoyará a la Unidad de Coordinación y Monitoreo de Proyecto (UCMP) responsable de las actividades generales de coordinación y monitoreo del Proyecto bajo el mando directo del Ministro de Salud y su Gabinete.

ANEXO 2: ARREGLOS DE IMPLEMENTACIÓN

PAÍS: Chile
Chile - Proyecto de Apoyo al Sector Salud

Proyecto institucional y arreglos de implementación

1. El Proyecto se financiará mediante un Financiamiento para Proyectos de Inversión (FPI) con mecanismos de financiamiento basado en resultados para apoyar al GDC durante un quinquenio. El financiamiento del BIRF será de US$ 80 millones. El Proyecto optimizará la ejecución de los programas y actividades que ya está llevando a cabo el MINSAL, permitiendo al MINSAL reasignar estratégicamente sus propios recursos presupuestarios actuales. Los fondos del préstamo apoyarán al MINSAL a asignar mejor sus propios recursos mediante el uso de mecanismos de FBR. Además, habrá un componente de US$ 5 millones para Asistencia Técnica, Coordinación y Monitoreo. El Proyecto será monitoreado a través del uso de Indicadores Vinculados a los Desembolsos (IVD), y se tendrá en cuenta que un porcentaje de los gastos de los diferentes programas ya ha sido ejecutado al inicio del Proyecto.

2. Dado que las actividades del Proyecto deben ser llevadas a cabo por el personal del MINSAL y los Servicios de Salud de los Servicios, y apoyadas por los servicios logísticos, el Proyecto financiará el reembolso de los Programas de Gastos Elegibles (PGE) relacionados. El MINSAL ha identificado preliminarmente el siguiente PGE: (i) "Programa de mejoramiento de la eficiencia y la calidad", basado en la nómina del MINSAL. La Tabla 1 muestra el vínculo entre el PGE, las actividades del Proyecto y los IVD.

Tabla 1. PGE, actividades del Proyecto e IVD

PGE	Componente	Actividades del Proyecto	IVD
Nómina de Personal: **Personal permanente** **Personal temporal**	**Componente 1 "Mejorar la eficiencia de las redes públicas de prestación de servicios de salud, centrándose en su mejor integración"** **Subcomponente 1.A Mejorar la integración de los servicios públicos de atención de salud para**	- Desarrollar y aplicar la estrategia de estratificación de los riesgos para la salud de los pacientes con ENT - Mejorar las actividades en la red de atención de la salud para mejorar la detección temprana del cáncer, con especial atención a los tipos de cáncer altamente prevalentes entre las mujeres (cáncer de mama, cáncer de cuello de útero y colon), apoyando el desarrollo del Plan Nacional del Cáncer. - Establecer Unidades de Gestión de Casos con personal capacitado para gestionar mejor la atención de pacientes con ENT crónica con necesidades complejas - Promover el uso de la estratificación de los riesgos para la salud de los pacientes para asegurar la continuidad	IVD 0.R1: Se ha llevado a cabo un inventario de bases de datos y registros electrónicos relevantes para la estratificación de los beneficiarios IVD 0.R2: Adopción de una definición formal por parte del MINSAL del concepto de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas IVD 1: Desarrollo de una base de datos electrónica de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas IVD 2: Número de Servicios de Salud que han realizado una estratificación de los riesgos del paciente para las ENT

PGE	Componente	Actividades del Proyecto	IVD
	pacientes con enfermedades no transmisibles y enfermedades crónicas.	de la atención y el cumplimiento del tratamiento en los establecimientos de APS. - Introducir innovaciones en la gestión proactiva de la salud de la población, para mejorar la autogestión de los pacientes con ENT en las primeras etapas; - Mejorar el funcionamiento de la red y la integración de los servicios para las ENT y las enfermedades crónicas; - Promover: difusión de tercer nivel; mecanismos de referencia y contrarreferencia; uso de la telemedicina para consultas de especialistas virtuales; uso de TIC para monitorear y hacer seguimiento de la atención ambulatoria de pacientes crónicos.	DLI 3: Número de UGC establecidas para pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas IVD 4: Porcentaje de pacientes con ENT crónica con necesidades complejas inscritos en un Programa de Gestión de Casos IVD 5: Porcentaje de pacientes con ENT en la base de datos electrónica del MINSAL siendo asistidos a través de Consultas Virtuales IVD 6: Tasa de detección de cáncer de cuello de útero
	Componente 1. "Subcomponente 1.B. Mejorar la capacidad de gestión en los hospitales públicos"	- Ampliar la implementación de un sistema basado en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) para hospitales de atención de pacientes con enfermedades agudas para la gestión clínica. - Ampliar las estrategias para reducir la duración media de la estadía en los servicios de atención de enfermedades agudas y acortar las listas de espera para procedimientos seleccionados; - Promover el desarrollo de lineamientos para prevenir el tratamiento excesivo en hospitales, - Reducir la atención inapropiada y de bajo valor, - Aumentar el uso de cirugías ambulatorias, - Reducir las tasas de hospitalización e ingresos evitables, - Reintroducir mecanismos de gobernanza clínica para auditar recetas de medicamentos de alto costo - Apoyar actividades de capacitación para el personal médico y crear	IVD 7: Número de hospitales públicos que utilizan GRD para la gestión clínica IVD 8: Número acumulado de personal del sector salud pública capacitado en la gestión proactiva de casos de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas. IVD 9: Porcentaje de cirugías programadas seleccionadas realizadas como cirugías ambulatorias en hospitales públicos

PGE	Componente	Actividades del Proyecto	IVD
		capacidad para utilizar información para el análisis comparativo del desempeño - Asegurar un estricto monitoreo financiero de los hospitales públicos.	
	Componente 2: "Optimizar las adquisiciones y logística de medicamentos e insumos médicos en el sector público"	- Apoyar a CENABAST en el desarrollo e implementación de acuerdos marco multianuales - Diseñar e implementar una estrategia para reducir el volumen de adquisición directa de medicamentos e insumos médicos por parte de hospitales y municipalidades - Introducir una nomenclatura estandarizada de medicamentos - Desarrollar e implementar un sistema de información de gestión de inventarios en tiempo real para hospitales y atención primaria - Implementar el proceso para llevar a cabo auditorías periódicas de los procesos logísticos en la provisión de medicamentos a los proveedores de salud - Fortalecer los controles de calidad de los insumos médicos	IVD 0.R3 : Adopción por parte de la CENABAST de un plan de trabajo para implementar un marco de adquisiciones multianual y optimizar los procedimientos logísticos IVD 10: Porcentaje del gasto en medicamentos e insumos médicos adquiridos en forma centralizada a través de CENABAST

3. El uso del mecanismo FBR -que vincula los desembolsos con el logro de los resultados clave- ayudará a seguir centrándose en las intervenciones clave necesarias para lograr los Objetivos de Desarrollo del Proyecto, a la vez que hace que el nivel de los desembolsos sea fácilmente rastreable. La Tabla 2 muestra la cantidad máxima de recursos asignados a cada IVD regular supeditada al logro de su meta anual, conjuntamente con los valores de referencia y objetivos esperados. Habrá un total de diez IVD regulares medidos anualmente de acuerdo con el plan que se muestra en la tabla. La cantidad máxima de los recursos asignados a cada IVD se distribuye por igual en cada año, considerando solamente aquellos en los que se espera que el indicador sea medido. Si uno o más de los IVD (salvo los IVD 0.R1, 0.R2 y 0.R3) no han sido satisfechos dentro del plazo; o el Banco ha recibido evidencia del cumplimiento parcial de cualquiera de dichos IVD, el Banco podrá, de acuerdo con el Prestatario, a través del MINSAL, reducir la cantidad máxima de desembolso correspondiente en proporción al porcentaje de incumplimiento de dicho IVD, en cuyo caso el Prestatario preparará y entregará al Banco un plan de acción de duración determinada para cumplir con el IVD o los IVD. La porción de la cantidad asignada no desembolsada por incumplimiento o logro parcial de cualquier IVD, podrá ser desembolsada si el Banco está convencido de que dicho plan de acción ha sido implementado y que el IVD respectivo ha sido totalmente logrado, todo ello aceptable en cuanto a forma y fondo para el Banco.

Tabla 2. Fondos asignados a los IVD regulares y Metas

Indicadores Vinculados a los Desembolsos	Financiamiento Total Asignado al IVD	Como % de la Cantidad Total del Financiamiento (excluido el financiamiento retroactivo)	IVD de Referencia (2015)	Cronograma Indicativo para el Logro del Objetivo Acumulativo del IVD Final del año calendario (comenzando en el año calendario inmediatamente posterior al año calendario en el que cae la Fecha de Entrada en Vigencia)				
				1	2	3	4	5
Subcomponente 1.A Mejorar la integración de los servicios públicos de atención de salud para pacientes con enfermedades no transmisibles y enfermedades crónicas.								
IVD 1: Desarrollo de una base de datos electrónica de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas	US$ 6 millones	10	----	A1*	A2*	A3*	----	----
Definición/Descripción del logro: La base de datos de pacientes con ENT con necesidades complejas es funcional y se puede acceder a ella. Consolidará información básica (el identificador único de un paciente, el número/tipo de enfermedades crónicas, la utilización de los servicios de salud por parte del paciente, etc.) de cada paciente. Los pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas de salud son personas con multimorbilidades, sujetas a factores de fragilidad como edad avanzada, condiciones sociales desfavorables (bajo nivel de apoyo social y familiar o bajos ingresos). Para la propuesta, se están considerando pacientes que al menos padecen las siguientes enfermedades: diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal y sus complicaciones. ***Definición operativa:** **A1:** Análisis de las bases de datos y registros electrónicos del MINSAL, FONASA y MIDESO (Ministerio de Desarrollo Social) que contienen información nominalizada sobre los beneficiarios del FONASA con respecto a enfermedades crónicas, afecciones y condiciones sociales previamente definidas. **A2:** El desarrollo y la prueba de un algoritmo para identificar pacientes crónicos con necesidades complejas a través de una estratificación de los riesgos para la salud del paciente. **A3:** La base de datos electrónica está en funcionamiento y los SS y/o establecimientos de salud pública pueden acceder a ella a nivel local. **Fuente de datos:** TIC/DEIS **Frecuencia de medición:** Anual								
IVD 2: Número de Servicios de Salud que han realizado una estratificación de los riesgos de los pacientes para ENT	US$ 6 millones	10	0	--	----	4	6	8
Definición/Descripción del logro: Los Servicios de Salud que tienen acceso y utilizan el algoritmo para estratificar a pacientes crónicos de acuerdo con su riesgo (véase el indicador intermediario más arriba) dentro de su jurisdicción con el fin de identificar a pacientes complejos, así como a aquellos que corren el								

Indicadores Vinculados a los Desembolsos	Financiamiento Total Asignado al IVD	Como % de la Cantidad Total del Financiamiento (excluido el financiamiento retroactivo)	IVD de Referencia (2015)	Cronograma Indicativo para el Logro del Objetivo Acumulativo del IVD Final del año calendario (comenzando en el año calendario inmediatamente posterior al año calendario en el que cae la Fecha de Entrada en Vigencia)				
				1	2	3	4	5
riesgo de convertirse en complejos y ocuparse de ellos a través de cambios en el modelo de atención. **Definición operativa** El número de Servicios de Salud que tienen acceso y utilizan una base de datos electrónica de pacientes crónicos con necesidades complejas y produce una lista nominaliza y actualizada periódicamente de este tipo de pacientes atendido en el Servicio de Salud. **Fuente de datos:** DIGERA **Frecuencia de medición:** Anual								
IVD 3: Número de UGC establecidas para pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas	US$ 6,6 millones	11	0	--	6	10	14	18
Definición/Descripción del logro: Un programa de gestión de casos se encuentra operativo en función de una norma administrativa y se han puesto a disposición los recursos apropiados (tanto mano de obra capacitada como equipos). **Definición operativa** El hospital, el centro de Atención Primaria o el Servicio de Salud tienen una Unidad de Gestión de Casos para pacientes crónicos con necesidades complejas, que se encarga de proporcionar atención personalizada (sendero de cuidados personalizados) a cada uno de los pacientes y coordinar la atención entre el hospital y la atención ambulatoria. Se considerará establecida una unidad de gestión de casos si dicha unidad ha sido creada mediante una norma administrativa, dotada de personal y equipada. El establecimiento de una Unidad de Gestión de Casos es una condición básica para inscribir a los pacientes en los Programas de Gestión de Casos. **Fuente de fatos:** DIGERA **Frecuencia de medición:** Anual								
IVD 4: Porcentaje de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas inscritos en un Programa de Gestión de Casos	US$ 4,8 millones	8	0	-- --	----	20%	30%	40%
Definición/Descripción del logro: Se considera que un paciente crónico con necesidades complejas está inscrito en un Programa de Gestión de Casos cuando se ha desarrollado un plan de atención personalizado para él. **Definición operativa**								

Indicadores Vinculados a los Desembolsos	Financiamiento Total Asignado al IVD	Como % de la Cantidad Total del Financiamiento (excluido el financiamiento retroactivo)	IVD de Referencia (2015)	Cronograma Indicativo para el Logro del Objetivo Acumulativo del IVD Final del año calendario (comenzando en el año calendario inmediatamente posterior al año calendario en el que cae la Fecha de Entrada en Vigencia)				
				1	2	3	4	5
La existencia de un plan de atención para cada paciente en la lista de pacientes crónicos con necesidades complejas es prueba de la calidad del trabajo realizado. Los pacientes que están inscritos en los Programas de Gestión de Casos reflejan el funcionamiento de las Unidades de Gestión de Casos. **Numerador:** Número de pacientes crónicos con necesidades complejas en la base de datos electrónica inscritos en un Programa de Gestión de Casos de las Unidades de Gestión de Casos establecidas /Denominador: Número de pacientes crónicos con necesidades complejas en la base de datos electrónica de las Unidades de Gestión de Casos establecidas. **Fuente de datos:** DIGERA **Frecuencia de medición:** Anual								
IVD 5: Porcentaje de pacientes con ENT en la base de datos electrónica del MINSAL siendo asistidos a través de Consultas Virtuales	US$ 4,8 millones	8	0	----	----	10%	15%	20%
Definición/Descripción del logro: La base de datos de pacientes con ENT a los que se hace referencia en el IVD 1 se está utilizando activamente para identificar a los pacientes que consultan a especialistas virtuales. **Definición operativa** Para la propuesta, los pacientes con ENT son aquellos que padecen las siguientes enfermedades: diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal y sus complicaciones, e incluidas en las bases de datos electrónicas para cada tipo de dichas enfermedades. Ser asistido se define como pacientes bajo seguimiento con al menos una consulta virtual anual. Las consultas virtuales comprenden consultas paciente-especialista e interconsultas médico especialista-médico general que se llevan a cabo a través de un entorno virtual en la web o por teléfono, en lugar de reunirse en un lugar físico. **Numerador:** Número de pacientes con ENT en la base de datos electrónica siendo asistidos a través de Consultas Virtuales/Denominador: Número de pacientes con ENT en la base de datos electrónica. **Fuente de datos:** DIGERA/DEIS **Frecuencia de medición:** Anual								
IVD 6: Tasa de detección de cáncer de cuello de útero	US$ 4,8 millones	8	57,4%	59%	61%	63%	67%	70%
Definición/Descripción del logro: Un protocolo actual del MINSAL prevé una prueba de detección de cáncer de cuello de útero pertinente								

Indicadores Vinculados a los Desembolsos	Financiamiento Total Asignado al IVD	Como % de la Cantidad Total del Financiamiento (excluido el financiamiento retroactivo)	IVD de Referencia (2015)	Cronograma Indicativo para el Logro del Objetivo Acumulativo del IVD Final del año calendario (comenzando en el año calendario inmediatamente posterior al año calendario en el que cae la Fecha de Entrada en Vigencia)				
				1	2	3	4	5
para todas las mujeres entre 25 y 64 años que estén aseguradas por FONASA al menos una vez cada tres años. **Definición operativa** **Numerador**: Número de mujeres aseguradas por FONASA entre los 25 y los 64 años con al menos una prueba de Papanicolau (realizada en establecimientos de salud públicos y privados) durante el período de medición de tres años. **Denominador:** Promedio de mujeres entre los 25 y los 64 años aseguradas por FONASA durante el período de medición de tres años. **Fuente de datos**: Base de datos Citoexpert / REVICAN / FONASA MLE **Frecuencia de medición**: Anual								
Subcomponente 1.B Mejorar la capacidad de gestión en los hospitales públicos								
IVD 7: Número de hospitales públicos que utilizan GRD para la gestión clínica	US$ 6,6 millones	11	62	66	70	81	91	121
Definición/Descripción del logro: Los GRD son un sistema de clasificación que asigna a la estadía de un paciente hospitalizado a grupos con fines de análisis y pago. Se tienen en cuenta todos los hospitales (de alta, media y baja complejidad) que informan a los Servicios de Salud. Los GRD no se utilizarán como mecanismo de pago (al menos durante el Ciclo del Proyecto), sino como una herramienta para mejorar la gestión clínica. **Definición operativa** Número de hospitales del MINSAL que han introducido los GRD y cuya producción se evalúa utilizando los GRD por el MINSAL y/o FONASA. **Fuente de datos:** FONASA/MOH-DIGERA **Frecuencia de medición:** Anual								
IVD 8: Número acumulado de personal del sector salud pública capacitado en la gestión proactiva de casos de pacientes con ENT crónica con necesidades complejas.	US$6 millones	10	0	600	1200	1800	2400	3000
Definición/Descripción del logro: El indicador cuenta el número acumulado de personal de salud pública								

Indicadores Vinculados a los Desembolsos	Financiamiento Total Asignado al IVD	Como % de la Cantidad Total del Financiamiento (excluido el financiamiento retroactivo)	IVD de Referencia (2015)	Cronograma Indicativo para el Logro del Objetivo Acumulativo del IVD Final del año calendario (comenzando en el año calendario inmediatamente posterior al año calendario en el que cae la Fecha de Entrada en Vigencia)				
				1	2	3	4	5
que participa en la gestión de casos de pacientes crónicos que han sido capacitados en instrumentos útiles para la gestión proactiva de casos de pacientes durante al menos 10 horas. **Definición operativa** **A1:** Número acumulado de personal de salud pública capacitado en áreas de desarrollo de proyectos (ENT - Diabetes, Hipertensión, Enfermedad Renal Crónica, Obesidad, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y abandono del hábito de fumar - TI, Salud móvil, telemedicina, gestión de casos, medición de desempeño de la atención, así como gestión de hospitales y/o de APS) relacionados con la gestión proactiva de casos de pacientes con ENT crónica con necesidades complejas. **Fuente de datos:** DIGEDEP-MINSAL **Frecuencia de medición:** Anual								
IVD 9: Porcentaje de cirugías programadas seleccionadas realizadas como cirugías ambulatorias en hospitales públicos	US$ 6 millones	10	48,3%	51%	54%	57%	60%	64%
Definición/Descripción del logro: El indicador mide la proporción de cirugías programadas seleccionadas en pacientes de 15 años o más que se realizan como cirugías ambulatorias en hospitales públicos. **Definición operativa** Numerador: Las cirugías programadas son cirugías planificadas que requieren anestesia general y después de lo cual el paciente es dado de alta el día de la cirugía. Las cirugías seleccionadas son reparaciones de hernia (umbilical, inguinal, femoral y epigástrica) y colecistectomías laparoscópicas. Denominador: Total de reparaciones de hernia (umbilical, inguinal, femoral y epigástrica) y colecistectomías. **Fuente de datos:** Bases de datos del sistema GRD y altas hospitalarias (en el caso de hospitales sin implantación de GRD) - DIGERA **Frecuencia de medición:** Anual								
Componente 2: "Optimizar las adquisiciones y logística de medicamentos e insumos médicos en el sector público"								
IVD 10: Porcentaje del gasto en medicamentos e insumos médicos adquiridos en forma centralizada a través de CENABAST	US$ 8,4 millones	14	43%	46%	49%	52%	55%	58%
Definición/Descripción del logro: El indicador mide el porcentaje de gasto en medicamentos e insumos médicos adquiridos por los SS a través de CENABAST en un año dado. El precio medio de los								

Indicadores Vinculados a los Desembolsos	Financiamiento Total Asignado al IVD	Como % de la Cantidad Total del Financiamiento (excluido el financiamiento retroactivo)	IVD de Referencia (2015)	Cronograma Indicativo para el Logro del Objetivo Acumulativo del IVD				
				Final del año calendario (comenzando en el año calendario inmediatamente posterior al año calendario en el que cae la Fecha de Entrada en Vigencia)				
				1	2	3	4	5
medicamentos/insumos médicos sirve como factor de ponderación. **Definición operativa** Porcentaje del gasto público total en insumos médicos, medicamentos y equipos para hospitales (para atención de pacientes internos y ambulatorios) de los Servicios de Salud en el año fiscal precedente que se llevó a cabo a través de adquisiciones centralizadas/contratos marco y divulgados en el sitio web del MINSAL de formato simple y estándar. El gasto efectuado por CENABAST contempla todos los artículos adquiridos por CENABAST, salvo los artículos del Programa de Alimentación Complementaria para niños y adultos mayores (PAC) y del Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN). Dado que los precios promedio de los artículos adquiridos por CENABAST son inferiores a los precios pagados por los SS en virtud de adquisiciones directas y los gastos efectuados por CENABAST serán por lo tanto subestimados: Todos los bienes adquiridos a través de CENABAST son reevaluados a nivel del precio promedio de las adquisiciones que no han sido efectuadas por CENABAST para obtener el gasto total. El gasto total considera todas las compras efectuadas por los SS y registradas en el SIGFE de FONASA en las subcategorías presupuestarias 22-04-004-001, 002 y 003 así como 22- 04-005-001. **Fuente de datos:** Sistema de CENABAST/SIGFE en FONASA. **Frecuencia de medición:** Anual								

4. **Habrá un desembolso retroactivo contra los PGE realizados hasta 12 meses antes de la firma del Convenio de Préstamo**. Este desembolso retroactivo -hasta el 20% del monto total para los Componentes 1 y 2, US$ 15 millones- recompensa las actividades del MINSAL llevadas a cabo en la preparación de este préstamo. Para procesar este reembolso, el MINSAL deberá presentar pruebas de haber logrado los IVD retroactivos que se muestran en la Tabla 3 a continuación relacionados con las siguientes actividades: (i) elaboración de un Inventario de las bases de datos y registros electrónicos pertinentes para la estratificación de los beneficiarios en función de sus riesgos para la salud; (ii) desarrollo de una definición institucional de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas, detallando las patologías crónicas, afecciones y condiciones sociales y servicios que definen a dichos pacientes, así como los principales puntos de control para las líneas de atención definidas; y (iii) un plan de trabajo de CENABAST para implementar un marco de adquisiciones multianual y optimizar los procedimientos logísticos. La Tabla 3 muestra los IVD retroactivos, el cronograma indicativo para el logro de las metas de los IVDs y los montos asignados que se pagarán retroactivamente.

Tabla 3. IVD Retroactivos y montos totales para financiamiento retroactivo

Indicador	Cronograma indicativo para el logro del objetivo del IVD	Importe (en millones de US$)
IVD 0.R1: Se ha llevado a cabo un inventario de bases de datos y registros electrónicos relevantes para la estratificación de los beneficiarios	Antes de la firma del Convenio de Préstamo	5,15
IVD 0.R2: Adopción de una definición formal por parte del MINSAL del concepto de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas	Antes de la firma del Convenio de Préstamo	5,15
IVD 0.R3: Adopción por parte de la CENABAST de un plan de trabajo para implementar un marco de adquisiciones multianual y optimizar los procedimientos logísticos	Antes de la firma del Convenio de Préstamo	4,50

Tabla 4. Definición operativa y documentación justificativa para indicadores de financiamiento retroactivo

Indicador	Definición operativa	Documentación justificativa
IVD 0.R1: Se ha llevado a cabo un inventario de bases de datos y registros electrónicos relevantes para la estratificación de los beneficiarios	Lista de las bases de datos y registros electrónicos del MINSAL, FONASA y MIDESO que contienen información nominalizada sobre los beneficiarios del FONASA sobre enfermedades crónicas, afecciones y condiciones sociales previamente definidas. Esta lista incluirá el nombre formal de la base de datos, el diccionario del conjunto de datos y una descripción de su estructura.	Informe elaborado por el MINSAL, incluida la lista de bases de datos y registros electrónicos para la estratificación de los beneficiarios, satisfactorio para el Banco
IVD 0.R2: Adopción de una definición formal por parte del MINSAL del concepto de pacientes con ENT crónicas con necesidades complejas	Adopción formal por parte del MINSAL de la definición de pacientes crónicos con necesidades complejas que incluirán los siguientes parámetros iniciales:	Informe preparado por el MINSAL en el que se describe la definición institucional del concepto de pacientes crónicos con necesidades complejas y los principales puntos de control de

Indicador	Definición operativa	Documentación justificativa
	(i) Enfermedades crónicas (ii) (ii) Características sanitarias (es decir, número de hospitalizaciones anuales, consumo de drogas, etc.); y (iii) Condiciones sociales (por ejemplo: edad, vivienda, apoyo familiar, ingresos, etc.) Para cada línea de atención definida previamente, también se brindará una descripción detallada de la atención óptima y sus puntos de control.	las líneas de atención definidas, satisfactorias para el Banco. Norma administrativa emitida por el MINSAL sobre la adopción de las definiciones mencionadas.
IVD 0.R3 : Adopción por parte de la CENABAST de un plan de trabajo para implementar un marco de adquisiciones multianual y optimizar los procedimientos logísticos	El plan de trabajo detallará las actividades que CENABAST llevará a cabo cada año y los hitos clave para lograr la implementación del marco de adquisiciones multianual y optimizar el procedimiento logístico, incluido el proceso de adquisición, al final del Proyecto.	Informe preparado por el CENABAST y el MINSAL incluido el plan de trabajo de CENABAST para implementar el marco de adquisiciones multianual y optimizar los procedimientos logísticos satisfactorios para el Banco. Norma administrativa emitida por la CENABAST sobre la adopción de las definiciones mencionadas arriba.

5. **En caso de que alguno de estos IVD retroactivos no se obtengan antes de la firma del Convenio de Préstamo**, el monto asignado no desembolsado debido al incumplimiento de alguno de dichos IVD, podrá: (i) ser desembolsado al final del año calendario inmediatamente posterior al año calendario en el que caiga la Fecha de Entrada en Vigencia, si el Banco está satisfecho de que el IVD respectivo se ha cumplido plenamente y el MINSAL ha suministrado evidencia al Banco, en todo aceptable en cuanto a forma y fondo para el Banco, de los PGE realizados a partir de la fecha de la firma del Convenio de Préstamo; o (ii) de acuerdo con el MINSAL, ser reasignado a otros IVD.

6. En caso de que el Banco no haya aprobado el retiro total del préstamo por parte del MINSAL bajo la Categoría (1) (según se indica en la Carta de Desembolso), el Banco podrá, mediante notificación al MINSAL, anular el monto correspondiente del Préstamo en el momento de la Fecha de Cierre, tal y como se detalla en el Manual Operativo y en la Carta de Desembolso.

7. Mecanismo de verificación del IVD. Algunos IVD se basan en información que se divulga públicamente y que se genera siguiendo procedimientos de validación robustos por parte del MINSAL. Estos procedimientos fueron revisados durante la evaluación y fueron considerados aceptables para el Banco. En el caso de los otros IVD, la UCMP llevará a cabo una primera verificación mediante la revisión de datos administrativos y visitas al terreno, que se complementarán posteriormente mediante una revisión realizada por el equipo de apoyo de la implementación del BM. Los protocolos de verificación se detallarán en la Carta de Desembolso y en el Manual Operativo.

8. El organismo de ejecución del Proyecto propuesto será el MINSAL. Las actividades del Proyecto serán implementadas por las Subsecretarias de Redes Asistenciales y Salud Pública del MINSAL a través de sus divisiones técnicas. Las principales actividades del proyecto se desarrollarán a través de la División de Gestión de Red Asistencial (DIGERA), la División de Atención Primaria (DIVAP), la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) y la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) del MINSAL. FONASA y CENABAST, que actúan como instituciones autónomas del MINSAL, trabajarán estrechamente en la implementación del proyecto (véase la Figura 1 de este Anexo).

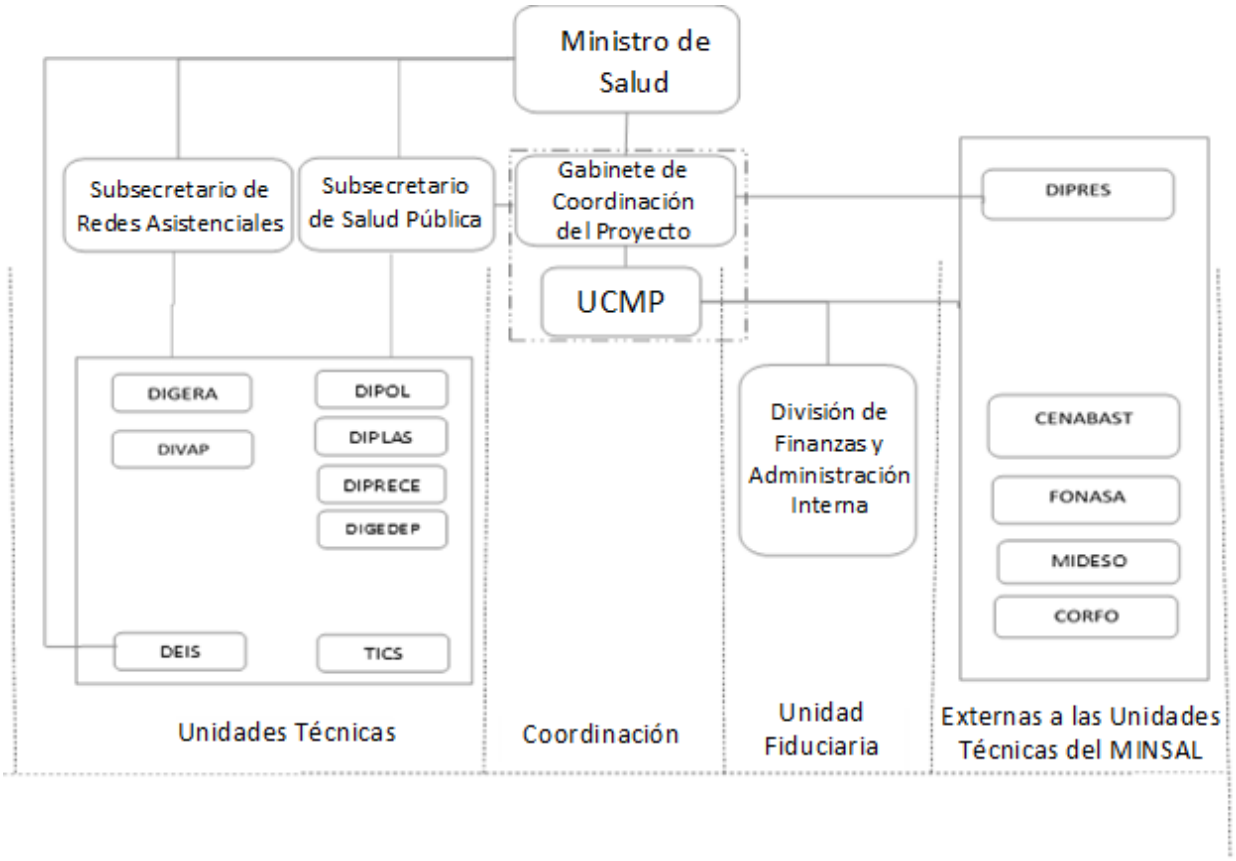
9. DIGERA, DIVAP, DIPLAS, TIC, DEIS, DIPRECE, CENABAST y FONASA actuarán como Unidades Técnicas del Proyecto y utilizarán su propia estructura administrativa y su personal. Habrá una Unidad de Coordinación y Monitoreo del Proyecto (UCMP) responsable de toda la asistencia técnica, coordinación y monitoreo del Proyecto, incluidos los aspectos de la coordinación fiduciaria bajo el mando directo del Ministro de Salud y su gabinete. Las responsabilidades de la UCMP incluyen la coordinación de las actividades del Proyecto y los aspectos fiduciarios relacionados con la implementación del Proyecto, incluidos aquellos relacionados con la realización de las actividades de AT, la relación con la PHCPI, el monitoreo del marco de Resultados y el seguimiento de los IVDs.

10. El órgano de toma de decisiones de la UCMP será el Gabinete de Coordinación del Proyecto compuesto por el Jefe de Asesores del Gabinete del MINSAL, el Asesor de la División General de la Red Asistencial, el Asesor de la Subsecretaría de Salud Pública, el Jefe de Planificación Sanitaria del Subsecretario de Salud Pública y un Secretario Permanente con dedicación a tiempo completo para el Proyecto que actuará como coordinador de la UCMP. La UCMP será una pequeña unidad dotada de especialistas en Monitoreo y Evaluación, Especialistas en Sistemas de Salud y un especialista en Monitoreo Fiduciario, asignados en forma exclusiva al Proyecto. La UCMP coordinará las actividades del Proyecto a través de los Jefes de las Unidades Técnicas que estarán a cargo de la implementación de los componentes del Proyecto. El Gabinete de Coordinación del Proyecto y los Jefes de las Unidades Técnicas celebrarán reuniones mensuales regulares a fin de asegurar una conducción estratégica y operativa adecuada del proyecto.

11. La División de Finanzas y Administración Interna del MINSAL ejecutará la gestión financiera y los arreglos de adquisición en coordinación con el Especialista en Monitoreo Fiduciario de la UCMP. Las adquisiciones efectuadas por el MINSAL se llevan a cabo a través del portal electrónico Chile Compra, que ha sido evaluado positivamente por el Banco Mundial para asegurar la transparencia en los procesos de

adquisición. Durante la etapa de preparación, se llevó a cabo una evaluación formal de adquisiciones y gestión financiera para asegurar que los procesos chilenos están alineados con los procedimientos del Banco Mundial.

Figura 1. Arreglos institucionales del proyecto



12. Todas las actividades del Componente 3 del Proyecto se implementarán utilizando procedimientos tradicionales basados en transacciones. El desembolso de este componente seguirá las Directrices del Banco Mundial sobre los Desembolsos de Financiamiento para Proyectos de Inversión, de febrero de 2017 y descritas en la carta de desembolso.

Gestión financiera

13. Se llevó a cabo una evaluación de la capacidad de la GF para determinar la capacidad del MINSAL para administrar y rendir adecuadamente todos los recursos del Proyecto y producir estados financieros oportunos, precisos y confiables para propósitos especiales del Banco. En función de la evaluación llevada a cabo, los arreglos de Gestión Financiera serán llevadas a cabo por el MINSAL a través de su estructura administrativa, la División de Finanzas y Administración Interna.

14. El Proyecto se beneficiará del uso de los sistemas del país y será monitoreado mediante el uso de los Indicadores Vinculados a los Desembolsos (IVD). Financiará el reembolso de los Programas de Gastos Elegibles (PGE) bajo los Componentes 1 y 2 sobre la base de las nóminas del MINSAL. Los fondos de los préstamos se desembolsarán en una cuenta de la Tesorería General del Ministerio de Hacienda en el Banco Central, supeditado a: (i) la ejecución del PGE; y (ii) el cumplimiento de las metas de los IVDs.

15. Además, bajo el componente 3 el MINSAL implementará actividades para Asistencia Técnica (AT) que incluirá servicios de consultoría y no consultoría, costos de operación y capacitación. Para este componente, el Banco desembolsará los fondos del préstamo utilizando los métodos de desembolso de reembolso, anticipo y pago directo. Los anticipos parciales podrán ser depositados en una Cuenta Designada (en dólares estadounidenses) en el Banco Central y los fondos serán convertidos a la moneda local (pesos) y transferidos a una Cuenta Operativa que será abierta por el MINSAL en el Banco Estado para administrar exclusivamente los fondos del Préstamo y procesar los pagos de los gastos admisibles.

16. Las transacciones del proyecto se integrarán en el proceso presupuestario y en el plan de cuentas del MINSAL. Además, las transacciones del proyecto estarán sujetas a los procedimientos de control interno y pago aplicables a los proyectos financiados que se consideren adecuados.

17. El MINSAL sigue los procedimientos contables del Manual de Procedimientos Contables emitido por la Contraloría General de la República, así como la normativa e instrucciones del Sistema de Contabilidad General de la Nación, que describe los procedimientos operativos de gestión financiera para organismos públicos.

18. En función de la información recopilada durante el proceso de evaluación de la GF, el riesgo inherente a la GF del Proyecto y el riesgo de control se clasifican como Moderados, y el riesgo general de la GF también se clasifica como Moderado. El riesgo es clasificado como Moderado principalmente porque (i) el MINSAL no tiene experiencia previa de trabajar con el Banco y fue necesario acordar algunos arreglos específicos, descritos en el Manual de Operaciones; (ii) la información financiera se basará en el SIGFE, pero esta información también se complementará con hojas de cálculo Excel que requerirán su reconciliación periódica y; (iii) el personal de GF del MINSAL requerirá capacitación sobre las políticas y procedimientos del Banco.

19. En función de la revisión realizada, el equipo de GF del Banco concluye que los acuerdos de gestión financiera propuestos son aceptables para el Banco. Con el fin de gestionar el riesgo fiduciario, se acordó la implementación de las siguientes medidas de mitigación: (i) un Manual Operativo que incluya los arreglos de gestión financiera y desembolsos específicos de este Proyecto, incluidos el contenido, el plazo, la periodicidad, la conciliación y el formato de la información financiera y los informes por etapa de negociación del proyecto; y (ii) la capacitación del personal de GF del MINSAL sobre las políticas y procedimientos del Banco en una etapa inicial de la ejecución del Proyecto.

20. Organización y personal. La División de Finanzas y Administración Interna del MINSAL será responsable de la implementación diaria, el seguimiento de las cuestiones presupuestarias, la información contable, los flujos de fondos y las actividades de desembolso. Esta División cuenta con un Departamento de Finanzas y Presupuesto que incluye oficinas contables, elaboración de presupuestos y tesorería. En función de las capacidades existentes, no es necesario personal de GF adicional en esta etapa. Sin

embargo, se requerirá capacitación adicional para el personal de GF asignado a este Proyecto debido a la falta de experiencia con las políticas y procedimientos del Banco.

21. Programación y elaboración de presupuestos. La preparación del programa y el presupuesto anual seguirá las regulaciones y el marco presupuestario presentados por la DIPRES. El MINSAL será responsable de la elaboración del presupuesto del Proyecto. El Presupuesto está siendo operado bajo el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE). Una vez que el presupuesto del Proyecto haya sido aprobado por la DIPRES, se llevará a cabo el compromiso y la ejecución de las actividades.

22. Sistemas de contabilidad e información. A los fines de esta operación, el MINSAL utilizará el sistema de información para la gestión financiera del estado (SIGFE) y producirá informes del Proyecto en hojas de cálculo Excel en función de la información suministrada por el sistema. Las transacciones del proyecto se registrarán en el SIGFE utilizando el plan de cuentas actual (clasificadas por categorías de costos). Las hojas de cálculo Excel se utilizarán para registrar la información del Proyecto por actividades principales y para convertir la información financiera de pesos a dólares estadounidenses.

23. Procesos y procedimientos. El marco regulatorio de GF en Chile incluye: (i) la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Estado, Decreto Ley Nro. 1263 de 1975; (ii) el Manual de Procedimientos Contables emitido por la Contraloría General de la República (CGR); (iii) la Ley anual del Presupuesto General del Estado; y (iv) los reglamentos y manuales del MDH. Sin embargo, para los propósitos del Proyecto, los arreglos específicos, incluida una descripción detallada de la información financiera, los desembolsos y el flujo de fondos, se reflejarán en el Manual Operativo.

24. Informe financiero. Teniendo en cuenta las consideraciones efectuadas en la sección de los sistemas de contabilidad e información, los Informes Financieros Provisionales No Auditados (IFPNA) deberán elaborarse manualmente en función de la información registrada en el SIGFE. Los IFPNA se emitirán semestralmente 45 días después del final de cada semestre calendario. El contenido básico de los IFPNA ha sido acordado con el MINSAL y otros detalles se describirán en el Manual Operativo. El MINSAL también elaborará anualmente los estados financieros del Proyecto e incluirá las cifras acumuladas para el año y a fines del año. Estos estados financieros incluirán notas explicativas de acuerdo con el requisito de explicar variaciones importantes y otra información relevante no evidente en una sola transacción.

25. Arreglos de auditoría. Los estados financieros auditados anualmente del Proyecto deben ser presentados para su revisión por el Banco, seis meses después del final del año fiscal de cada Beneficiario. La auditoría se basará en los Términos de Referencia (TdR) aceptables para el Banco de acuerdo con las Normas Internacionales de Auditoría (NIA) emitidas por la Federación Internacional de Contadores (IFAC, por su sigla en inglés). La auditoría comprenderá una opinión: i) sobre los estados financieros del Proyecto, y ii) la carta de gestión sobre control interno. El alcance propuesto comprende todos los fondos y gastos informados en los estados financieros anuales del Proyecto, incluidos los Programas de Gastos Elegibles (PGE) de los Componentes 1 y 2, desembolsados una vez obtenido el logro de cada indicador de acuerdo con los criterios establecidos. Esta auditoría financiera brindará una garantía razonable de que los fondos del préstamo se utilizan para los fines para los cuales se conceden. Los auditores certificarán que los estados financieros del Proyecto representan fielmente las actividades emprendidas.

26. Se espera que la auditoría sea realizada por la Contraloría General de la República (CGR), lo que es aceptable para el Banco. Sin embargo, este arreglo podría ser revisado periódicamente según el desempeño del auditor y de las necesidades del Proyecto.

Estrategia de supervisión

27. Con carácter preliminar, el BM tiene previsto realizar al menos dos misiones de supervisión anuales en la medida de lo posible, al tiempo que revisará los informes anuales de auditoría y los IFPNA semestrales.

Desembolsos

28. Para los IVD especificados en los Componentes 1 y 2, los fondos del préstamo serán desembolsados en función del logro de cada indicador de acuerdo con los criterios establecidos siguiendo el método de reembolso del desembolso. Sin embargo, el monto desembolsado para el logro acumulado de los IVD para el período seleccionado no puede exceder el monto de los gastos admisibles ejecutados, en función de los informes de ejecución de las partidas presupuestarias preseleccionadas, como se refleja en los informes generados por el SIGFE. La línea presupuestaria seleccionada es la línea presupuestaria de salarios. Todos los reembolsos serán depositados en la cuenta bancaria de la Tesorería General del MEF en el Banco Central de Chile. Los arreglos de desembolso de los fondos del préstamo se describirán con más detalle en la carta de desembolso.

29. Para la Asistencia Técnica en virtud del componente 3, el Banco desembolsará los fondos del préstamo utilizando los métodos de desembolso de reembolso, anticipo y pago directo. Para el método de anticipo, los fondos del préstamo serán depositados en una Cuenta Designada (en dólares estadounidenses) a nombre del MINSAL en el Banco Central. Los fondos serán convertidos a la moneda local (pesos) y transferidos a una Cuenta Operativa que será abierta por el MINSAL en el Banco Estado para administrar exclusivamente los fondos del préstamo y procesar los pagos de los gastos admisibles.

30. Pueden realizarse anticipos parciales al CD, siempre y cuando el monto agregado anticipado no supere el límite máximo de US$ 500.000; sin embargo, esta cantidad podría ser revisada y modificada durante la ejecución del Proyecto. Los fondos depositados en la CD como anticipos seguirán las políticas y procedimientos de desembolso del Banco, como se describen en el Acuerdo Legal y la Carta de Desembolso.

Adquisiciones

31. Las actividades de adquisición de este Proyecto se llevarán a cabo de acuerdo con las Normas de Adquisiciones del Banco Mundial para los Prestatarios del FPI, para Bienes, Obras, Servicios de Consultoría y no Consultoría ("Normas de Adquisiciones"), emitidas el 1 de julio de 2016, bajo el Componente 3 del Proyecto.

32. El Proyecto propuesto será por un monto total de US$ 80 millones, de los cuales US$ 75 millones se desembolsarán contra una lista de gastos elegibles. Esta lista incluye sólo artículos que no se pueden adquirir: sólo salarios del personal del MINSAL. Los restantes US$ 5 millones formarán parte de un componente de asistencia técnica (Componente 3), que comprenderá la selección y empleo de consultores, firmas y personas. El Proyecto propuesto no financiará la adquisición de bienes u obras.

Evaluación de adquisiciones

33. El organismo de ejecución del Proyecto propuesto será el MINSAL. Se creará una Unidad de Coordinación y Monitoreo del Proyecto (UCMP) dentro del MINSAL. Esta UCMP será responsable de la coordinación y monitoreo de todo el Proyecto, incluida la coordinación de los aspectos de adquisición del Proyecto. Se llevó a cabo una evaluación de las adquisiciones para el MINSAL. La evaluación revisó: (i) la estructura organizativa; (ii) las instalaciones y la capacidad de apoyo; (iii) los requisitos de calificaciones y experiencia del personal que trabajará en las adquisiciones; (iv) los sistemas de mantenimiento de registros y archivos; (v) la planificación de las adquisiciones y los sistemas de monitoreo y control utilizados; y (v) la capacidad para cumplir los requisitos de informe de los contratos de adquisición del Banco.

34. La División de Finanzas y Administración Interna del MINSAL será responsable de la implementación de las actividades de adquisición del Proyecto. Durante la evaluación, se determinó que esta Unidad cuenta con personal adecuado y está compuesta por cuatro profesionales, entre ellos el Jefe de Unidad de Compras.

35. El MINSAL no tiene experiencia previa de trabajar con los procedimientos del Banco. Sin embargo, se espera que la mayoría de los contratos de consultoría sean inferiores a US$ 500.000 y se espera que sigan los procedimientos de adquisiciones nacionales. En virtud de la información disponible en el momento de la evaluación de la capacidad de adquisición, el equipo de adquisiciones ha evaluado el riesgo general preliminar como Moderado. Las cuestiones clave y los riesgos identificados como que pueden afectar la implementación del Proyecto son: (i) la falta de claridad de las funciones entre las áreas técnica y administrativa del MINSAL y la UCMP; (ii) la falta de experiencia en los procedimientos del Banco.

36. Las medidas correctivas de mitigación propuestas son:

MEDIDAS DE MITIGACIÓN	CRONOGRAMA
Finalizar la Estrategia de Adquisiciones para Proyectos de Desarrollo (EAPD)	Completado
Finalizar el Plan de Adquisiciones para los primeros 18 meses de la Ejecución	Completado
Adoptar el Manual Operativo, satisfactorio en cuanto a forma y contenido para el Banco	A la Efectividad
Capacitación en Adquisiciones para la Unidad de Implementación de Proyecto (UIP) llevada a cabo por el Banco	Al iniciarse el Proyecto

Arreglos de adquisición

37. **Adquisición de firmas consultoras.** Los servicios de consultoría incluirán Asistencia Técnica (AT) para generar información faltante, desarrollar herramientas de gestión y proveer capacitación a los gerentes y al personal de salud que son clave para apoyar la implementación de los Componentes 1 y 2 del Proyecto.

38. Arreglos de Adquisición Nacionales de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 5.3 de las Normas de Adquisiciones, al acercarse al mercado nacional (tal como se especifica en el Plan de Adquisiciones), se podrán utilizar los procedimientos de adquisición propios del país (ChileCompra), de conformidad con las cláusulas 5.3 a 5.6 de las Normas para Prestatarios, siempre que los documentos de licitación incluyan las cláusulas de Fraude y Corrupción del Banco y las disposiciones del derecho de sanción del Banco y los derechos de inspección y auditoría del Banco.

39. Los Documentos de Adquisición Estándar (DAE) del Banco se utilizarán para todos los contratos sujetos a licitación pública internacional y para contratos de más de US$ 500.000, y aquellos contratos especificados en el Plan de Adquisiciones. Para estos contratos, se podrían utilizar los siguientes métodos, según la naturaleza y complejidad de las asignaciones: Selección basada en la calidad y el costo (SBCC), Selección basada en la calidad (SBC), Selección basada en el menor costo (SBMC), Selección cuando el presupuesto es fijo (SPF), Selección basada en las calificaciones de los consultores (SBCC) y Selección de fuente única (SFU).

40. **Consultores individuales.** El proceso de contratación de consultores individuales se llevará a cabo de acuerdo con los párrafos 7.34 a 7.39 de las Normas de Adquisiciones.

41. **Capacitación.** El proyecto financiará los costos razonables asociados con la capacitación y los talleres para la ejecución del proyecto, incluidos los gastos de viajes y estadía de los participantes durante la capacitación, el alquiler de las instalaciones de capacitación, la preparación y reproducción de materiales de capacitación y otros costos directamente relacionados con la preparación y ejecución del curso de capacitación (excluidos los bienes y servicios de los consultores).

42. **Costos operativos.** El Proyecto financiará los costos razonables asociados con los gastos recurrentes que no hayan sido incurridos por el organismo de ejecución en ausencia del Proyecto, tales como: insumos de oficina, costos de comunicación y publicidad, mantenimiento de computadoras y equipos, viáticos para el personal, entre otros.

43. **Estrategia de Adquisiciones para Proyectos de Desarrollo (EAPD) y Plan de Adquisiciones.** Una EAPD preparada por el Prestatario, describe cómo la adquisición en esta operación apoyará el ODP y ofrecerá una buena relación calidad-precio bajo un enfoque basado en el riesgo. Los servicios de adquisición se ejecutarán sobre la base de los umbrales obligatorios de Revisión Previa de Adquisiciones detallados en el Anexo I de los Procedimientos de Adquisición del BM. Asimismo, durante la preparación del Proyecto, el Prestatario preparó un plan detallado y completo de adquisiciones para el componente 3, sobre la base de la EAPD, que provee un apoyo adecuado para el análisis de mercado para los métodos de selección detallados en el plan de adquisiciones. El plan de adquisiciones incluye todos los contratos para los cuales se deben hacer llamados a licitación y llamados para propuestas durante los primeros 18 meses de ejecución del Proyecto. Para cada contrato que será financiado por el Préstamo, los distintos métodos de adquisición o métodos de selección de consultores, estimación de costos, requisitos de revisión previa y plazo serán acordados entre el Prestatario y el Banco en el Plan de Adquisiciones. Se actualizará al menos anualmente o según sea necesario para reflejar las necesidades reales de la ejecución del proyecto y las mejoras en la capacidad institucional.

44. De conformidad con el párrafo 5.9 de las "Normas de Adquisiciones para los Prestatarios del FPI del Banco Mundial" (julio de 2016), se utilizará el sistema de Seguimiento en Adquisiciones (STEP) del Banco para preparar, aclarar y actualizar los Planes de Adquisiciones y llevar a cabo todas las transacciones de las adquisiciones para el Proyecto.

Tabla 4. Resumen de los contratos incluidos en la EAPD

Actividad	Costo estimado (US$)	Revisión del Banco	Enfoque del mercado	Método de adquisición
FIRMAS CONSULTORAS				
Estudio de la APS sobre el estado de las ENT	140.000	Posterior	Abierto Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)
Estudios de gobernanza y financiamiento de la APS incluida la revisión del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS)	100.000	Posterior	Abierto Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)
Estudios de pertinencia vinculados al Plan Nacional del Cáncer	100.000	Posterior	Abierto Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)
Estudio de adaptación y validación de encuestas para evaluar resultados de intervenciones a nivel de los pacientes (PROMs)	50.000	Posterior	Abierto Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)
Análisis del costo-efectividad de intervenciones para pacientes de alto costo y alta necesidad en el contexto de Chile	100.000	Posterior	Abierto Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)
Evaluación de los efectos de las unidades proactivas de gestión en la atención de pacientes con necesidades complejas	100.000	Posterior	Abierto Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)
Adaptación del curriculum de formación y diseño de modelos de entrenamiento para la gestión y abordaje clínico a nivel de servicios de salud, hospitales y la atención primaria	50.000	Posterior	Abierto/Directo Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)/ Contratación Directa

Actividad	Costo estimado (US$)	Revisión del Banco	Enfoque del mercado	Método de adquisición
Evaluación de las principales intervenciones apoyadas en el marco del proyecto	200.000	Posterior	Abierto/Directo Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)
Actividades analíticas relacionadas con la introducción de los GRD para el análisis y pago de servicios hospitalarios para pacientes internados	200.000	Posterior	Abierto Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)
Estudio de sistemas de pago en base a GRD	100.000	Posterior	Abierto Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)
Revisión de los procesos de provisión de medicamentos e insumos médicos	100.000	Posterior	Abierto Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)
Estudio de variaciones de precios de drogas similares según las modalidades de adquisición	25.000	Posterior	Abierto Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)
Estudio sobre cómo mejorar el uso de marcos multianuales para la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos	50.000	Posterior	Abierto/Directo Nacional	Licitación Pública (Chile Compra)/ Contratación Directa
CONSULTORES INDIVIDUALES				
Coordinador Técnico de Proyecto	200.000	Previa	Directo	Contratación Directa
Asistencia Técnica y Especialista en Monitoreo y Evaluación	200.000	Previa	Directo	Contratación Directa
Especialista en Gestión de Servicios de Salud	200.000	Previa	Directo	Contratación Directa
Especialista Fiduciario	200.000	Previa	Directo	Contratación Directa
Especialista en Gestión de Servicios de Salud	200.000	Previa	Directo	Contratación Directa

45. **Manual de Operaciones.** El Prestatario ha preparado un Manual Operativo que provee información detallada sobre adquisiciones para la ejecución del proyecto, por ejemplo: (i) los métodos particulares para adquisiciones; (ii) una definición clara de las responsabilidades que se aplicarán a cada tipo de adquisición; (iii) los procedimientos de presentación; (iv) la gestión del Plan de Adquisiciones.

46. **Frecuencia de la supervisión de las adquisiciones.** Además de la supervisión de la revisión previa que llevará a cabo la oficina del Banco Mundial, se llevarán a cabo misiones anuales de supervisión para visitar el terreno y llevar a cabo una revisión posterior.

Ambiental y Social (incluidas las salvaguardas)

Ambiental.

47. De acuerdo con la Evaluación Ambiental de OP/BP 4.01, este Proyecto está clasificado como Categoría B porque algunas de las actividades del Proyecto podrían generar impactos sociales, ambientales, sanitarios y de seguridad adversos si no se evalúan y mitigan adecuada y oportunamente. La 'Categoría B' está justificada por el hecho de que la operación y el mantenimiento de los centros de salud existentes podrían generar impactos y riesgos prevenibles y manejables sobre el medio ambiente, la salud y la seguridad. La OP/BP 4.01 sobre Evaluación Ambiental es la única política de salvaguardas ambientales que se ha activado para este Proyecto.

48. Dado el bien establecido sistema nacional de evaluación del impacto ambiental, sanitario y de seguridad en los centros de salud de Chile, no se espera que el Proyecto genere impactos adversos ambientales, sanitarios y de seguridad significativos. El aumento de la eficiencia de la gestión de los centros hospitalarios y de salud puede favorecer o no favorecer una gestión eficaz de los riesgos ambientales, de seguridad y salud.

49. Los centros de atención primaria de Chile están sujetos a límites máximos permitidos para la emisión de varios contaminantes del aire que pueden afectar la calidad del aire durante la incineración y la coincineración de desechos. Además, los centros de atención primaria están sujetos a regulaciones sobre el almacenamiento de sustancias químicas peligrosas. Los estándares para el manejo de residuos sólidos generados en los centros de salud se describen en el "Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimiento de Atención de la Salud" que clasifica los residuos en 4 categorías: (1) residuos peligrosos, (2) residuos radiactivos y de baja intensidad, (3) residuos especiales y (4) residuos sólidos que pueden ser considerados como residuos domésticos. Estos cuatro tipos de residuos deben eliminarse en instalaciones autorizadas. Las normas de salud ocupacional aplicables a los centros de salud regulan la concentración de agentes químicos en el aire, las radiaciones ionizantes y las radiaciones no ionizantes. De acuerdo con la Ley 19.300 y su reglamentación, un centro de salud debe pasar por el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (SEIA) si puede causar impactos ambientales. Una vez que un Proyecto de centro de salud se registre dentro del SEIA, se evaluarán los impactos ambientales. En el caso de los centros de salud, los impactos ambientales típicos son la generación de emisiones atmosféricas, ruido, residuos sólidos y efluentes, impacto en el tráfico, entre otros. Esta evaluación considera los impactos durante las etapas de construcción y operación del centro de salud. Las correspondientes Secretarías Ministeriales Regionales de Salud (SEREMI) participan en las evaluaciones de impacto ambiental de un proyecto de centro de salud dado revisando la información presentada y verificando que el proyecto no generará impactos adversos en la salud de la población debido al deterioro de los factores sanitarios y ambientales.

50. El MINSAL ha preparado un Plan de Gestión Ambiental (PGA) conciso que describe las normas ambientales, de salud ocupacional y seguridad aplicables a los centros de salud durante su construcción

y operación, el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental (SEIA) y cómo se aplica a los proyectos de centros de salud, y las responsabilidades institucionales del MINSAL y las SEREMI y las capacidades institucionales para la gestión ambiental en el sector salud. Dada la naturaleza de la asistencia técnica de las actividades del Proyecto en virtud del Componente 3, el Cliente tendrá en cuenta los Lineamientos Provisionales sobre la Aplicación de Políticas de Salvaguarda a las Actividades de Asistencia Técnica (AT) en Proyectos financiados por el Banco y a Fondos Fiduciarios administrados por el Banco. Por lo tanto, los términos de referencia para las actividades antes mencionadas deberán incluir, si es necesario, la detección y mitigación de posibles impactos y riesgos ambientales y sociales adversos. El PGA se divulgó el 15 de marzo de 2017, tanto en el sitio web del Banco como en el del MINSAL.

Social.

51. El Proyecto propuesto activa la Política del Banco Mundial sobre los Pueblos Indígenas (OP 4.10) porque Chile tiene una gran población indígena, dispersa en varias regiones, que será un potencial beneficiario de las intervenciones del Proyecto y cumplirá con los criterios de la OP 4.10. Los pueblos indígenas chilenos tienen una incidencia de ENT superior a la media (incluidos los indígenas que viven en zonas urbanas), y existe el riesgo de que las brechas actuales en el acceso aumenten como resultado de la ejecución del Proyecto si éste no incluye acciones específicas dirigidas a ellos. Se elaboró un Plan de Pueblos Indígenas (PPI) que fue divulgado antes de la evaluación.

52. Las propuestas de intervenciones clave dirigidas a cerrar estas brechas incluyen estudios para subsanar la brecha de conocimientos; capacitación del personal de salud sobre la adecuación intercultural; propuestas para mejorar el costo-rendimiento de la Atención Primaria y las Enfermedades Crónicas adaptadas a las necesidades de los pueblos indígenas; y propuestas para mejorar la gobernanza, transparencia y gestión de los establecimientos de la red de salud pública en regiones con alta concentración indígena.

53. La prevalencia de las ENT en la población indígena está creciendo, como en el resto de la población chilena, pero varios estudios sugieren que los efectos de este proceso se están haciendo sentir más fuertemente entre los pueblos indígenas. Los hombres pertenecientes a pueblos indígenas tienen el mayor riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares. Un estudio en 11 servicios de salud en Chile[46] muestra que los hombres de los PI tienen un riesgo 40% mayor de morir de esta enfermedad que los hombres que no son indígenas. La hipertensión (HTA) y la Diabetes Mellitus Tipo II (DM II) tienen una prevalencia significativa en los pueblos indígenas. Estas patologías están asociadas con cambios en patrones culturales y estilos de vida, como consecuencia del proceso de urbanización y otros determinantes sociales. Además, la transición epidemiológica de la población indígena está acompañada de la persistencia de enfermedades transmisibles como la tuberculosis (TB).

54. Se identifican varios factores que contribuyen a la incidencia generalizada de las ENT en los contextos indígenas, incluidos determinantes sociales, económicos y ambientales; falta de desarrollo o deficiencia de un enfoque estratégico a nivel nacional para la prestación de servicios de salud en contextos culturalmente específicos; y falta de estrategias efectivas de prevención en contextos indígenas, especialmente en escenarios de cambio rápido (por ejemplo, PI urbanos).

[46] Ministerio de Salud Chile (MINSAL) (2016) "Estudio comparado de la situación de salud de los pueblos indígenas en Chile" (En Prensa). Santiago: MINSAL

55. El Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MINSAL considera que el Proyecto es una oportunidad para implementar progresivamente un enfoque adecuado de las ENT, con especial énfasis en HTA y DM II, a través de la reorientación estratégica del Programa de Salud Cardiovascular - PSCV), en función de la evidencia actualizada. En este sentido, el PPI se preparó con el objetivo de mejorar la relevancia sociocultural y la calidad de la atención de la salud de los pueblos indígenas inscritos en el PSCV, lo que promueve acciones costo-efectivas a nivel local para mejorar la gestión y el cumplimiento del tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. El PPI responde a las necesidades identificadas por los pueblos indígenas a través de un proceso de consulta nacional llevado a cabo por el MINSAL entre 2016 y 2017, que es el programa marco en el que trabajará el PPI. En este largo proceso de consulta participaron más de 9 mil indígenas y más de 1.300 organizaciones representativas. Sin embargo, el PPI fue ampliamente discutido con líderes indígenas seleccionados relacionados con el sector salud y con especialistas en atención de la salud en enero de 2017, y fue divulgado el 15 de marzo de 2017, tanto en el sitio web del Banco como en el del MINSAL.

56. El PPI se ejecutará con la supervisión de una Secretaría Ejecutiva a cargo del Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MINSAL.

57. El Proyecto también contribuye a abordar las principales brechas de género en Chile. Las mujeres están sobrerrepresentadas entre los pacientes con necesidades complejas porque están más afectadas por los cánceres altamente prevalentes que son objeto de las intervenciones del Proyecto. El Proyecto apoya la estratificación de la población de acuerdo con sus riesgos para la salud, lo que a su vez ayudará a identificar a las mujeres en riesgo de padecer cáncer de mama, cáncer de cuello de útero y colorrectal e implementar acciones para un diagnóstico precoz. El Proyecto también apoya el fortalecimiento del sistema de información de salud que permitirá el seguimiento de los resultados desagregados por género.

Monitoreo y Evaluación

58. Con el fin de monitorear el avance hacia el logro del ODP, el Marco de Resultados del Programa utilizará los Indicadores de Resultados a nivel del ODP. Uno de diez IVD servirá como indicador a nivel del ODP, mientras que los otros IVD junto con otros indicadores serán Indicadores de Resultados Intermedios. El Marco de Resultados completo se incluye en la Sección VII de este documento.

59. La medición y verificación de los avances hacia el logro de los objetivos del Programa se basará en los sistemas existentes de monitoreo y evaluación del país, en gran medida porque la operación propuesta contribuirá al programa del MINSAL desembolsando contra el logro de un subconjunto de sus resultados clave. El MINSAL a través de la UCMP tendrá la responsabilidad principal de hacer el seguimiento de los avances relacionados con las actividades, resultados y consecuencias del Proyecto. La UCMP preparará los informes del Proyecto con la siguiente información: (i) el cumplimiento de los IVD; (ii) el Plan de Adquisiciones actualizado; y (iii) los avances en el Marco de Resultados. Los informes del Proyecto se presentarán al Banco dos veces al año antes de las respectivas solicitudes de desembolso, pero a más tardar 60 días después del final del período cubierto por dicho informe.

60. El Proyecto propuesto fortalecerá la capacidad del MINSAL para monitorear el desempeño del sector salud pública, la ejecución del programa y el estado de salud de la población. En ese sentido, la estrategia de estratificación de la Población será especialmente relevante, la que permitirá el análisis de la información de salud nominalizada de cada ciudadano que reciba atención para ENT en la red pública de atención de la salud. Esta estrategia permitirá a las autoridades acceder a los indicadores del programa de ENT para la gestión de programas y la toma de decisiones en materia de políticas. Además, el proyecto apoyará los esfuerzos del MINSAL y FONASA para implementar el sistema GRD para hacer el seguimiento del desempeño y la producción de las redes de hospitales públicos a través de mecanismos de informes regulares estandarizados con indicadores básicos para el monitoreo del desempeño. Asimismo, la encuesta anual de satisfacción de los usuarios de FONASA, que mide la percepción de los ciudadanos de la reorientación del modelo de atención hacia las necesidades de los pacientes crónicos con y sin necesidades complejas, contribuirá a mejorar el modelo de atención.

61. El Banco prestará apoyo para la ejecución sobre la base del Plan de Apoyo de la Ejecución (Anexo 3) detallado, que se centrará en la oportuna aplicación del Plan de Acción del Programa acordado, la provisión de la asistencia técnica necesaria, la realización de revisiones fiduciarias y actividades de monitoreo y evaluación. Todo ello se realizará como parte de las visitas regulares de apoyo a la ejecución y mediante la revisión de datos y documentos, discusiones con las contrapartes del MINSAL y los actores relevantes de la ejecución (hospitales, establecimientos de APS, municipalidades, CENABAST, CORFO y DIPRES), y visitas a hospitales y establecimientos de APS que implementen actividades del Proyecto, según sea necesario. Con respecto al monitoreo y la evaluación, el Banco prestará especial atención al examen de los datos de monitoreo y la documentación de verificación de los resultados del Proyecto y de los IVD presentados por el MINSAL, conservando el derecho a tomar la decisión final, a efectos del desembolso, respecto de si se han alcanzado los IVD acordados.

Función de los Asociados

62. La Iniciativa de Mejora del Desempeño de la Atención Primaria de Salud (PHCPI) es una alianza del Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Fundación Bill y Melinda Gates que reúne a los encargados de la formulación de políticas, a los gerentes de los sistemas de salud, médicos, defensores y otros socios para catalizar la mejora global de la atención primaria de salud mediante una mejor medición del desempeño y el intercambio de conocimientos. Como parte de este Proyecto, la Iniciativa de Mejora del Desempeño de la Atención Primaria de Salud proporcionará asistencia técnica al GDC para apoyar el desarrollo de una ficha técnica nacional que evalúe el desempeño del sistema de atención primaria de salud de una manera comparable al nivel internacional. Esta ficha de puntuación se actualizará cada dos años y los resultados se pondrán a disposición del público en el sitio web de la Iniciativa. La asistencia técnica será apoyada financieramente por la PHCPI y proporcionada al GDC por un monto máximo de US$ 25,000 al año, incluido el tiempo de los expertos y la cobertura de los viajes a Chile para los expertos y consultores internacionales de la PHCPI.

63. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es una organización internacional integrada por 34 países miembros que trabaja en temas económicos y sociales desde la macroeconomía hasta el comercio, la salud, los asuntos sociales, el desarrollo y la ciencia y la innovación. La OCDE participa en actividades de colaboración con países miembros y no miembros para realizar investigaciones y análisis de políticas, elaborar datos y estadísticas y establecer directrices y normas para

ayudar en la formulación de políticas en esas esferas. Chile es miembro pleno de la OCDE y ya participa en varias actividades, incluida una próxima revisión de su sistema de salud pública. En el contexto de este proyecto, la OCDE proveerá asistencia técnica al GDC, llevando a cabo junto con el Banco Mundial un examen externo del sistema de atención primaria, centrado en tres temas: el rendimiento general del sistema de atención primaria de salud; el desempeño general del sistema de atención primaria de salud desde el punto de vista internacional; la eficiencia de la prestación de atención primaria a nivel municipal; y la innovación en nuevos modelos de prestación de servicios para satisfacer las necesidades del envejecimiento de la población. La revisión externa se dará a conocer durante un evento de presentación organizado en Chile por el MINSAL, la OCDE y el Banco Mundial y reunirá a expertos nacionales e internacionales. Se prevé que el examen externo se llevará a cabo y se iniciará durante el primer año de ejecución del Proyecto.

ANEXO 3: PLAN DE APOYO DE LA EJECUCIÓN

PAÍS: Chile
Chile - Proyecto de Apoyo al Sector Salud

Estrategia y enfoque para el apoyo de la ejecución

1. Apoyar al MINSAL de Chile en la ejecución del Proyecto es un elemento central del Proyecto propuesto. El Proyecto apoyará aspectos clave de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, y el prestatario será responsable de la ejecución general del Programa, incluidos sus aspectos técnicos. Sin embargo, el enfoque de financiamiento basado en los resultados, en particular, requerirá un fuerte apoyo del Banco Mundial durante la ejecución del Proyecto para asegurar el logro de los resultados y mitigar los riesgos relacionados con la ejecución.

2. El apoyo a la ejecución en el marco del Proyecto propuesto incluye el apoyo técnico y fiduciario, incluidas las salvaguardas. El Banco Mundial proveerá asistencia técnica continua para la ejecución por parte del Gobierno de los componentes uno y dos de este Proyecto propuesto. Se prestará asistencia técnica a las autoridades centrales y a los SS y será supervisada por el equipo del Banco Mundial a través del Componente 3 del Proyecto propuesto, tal como se explica en el Texto Principal, junto con los recursos de otros donantes a través de la PHCPI.

3. El equipo del Banco Mundial también mantendrá un diálogo a nivel sectorial sobre el programa del MINSAL relacionado con las ENT en otras áreas no respaldadas específicamente por el Proyecto, especialmente en Salud Pública, aprovechando la experiencia internacional, según sea necesario. El apoyo de la ejecución del Banco se centrará en:

   (a) Revisar el avance de la ejecución y el logro de los resultados del Proyecto y los IVD;
   (b) Brindar asistencia técnica al cliente para la ejecución del Plan de Acción del Programa, el logro de los IVD y otros resultados;
   (c) Monitorear el desempeño de los sistemas para asegurar su adecuación continua, incluida la revisión de los informes de monitoreo, los informes de auditoría y las visitas sobre el terreno;
   (d) Proveer apoyo para resolver los problemas emergentes en la ejecución del Proyecto;
   (e) Monitorear los cambios en los riesgos y el cumplimiento de los acuerdos legales.

4. El equipo de trabajo del BM será el principal responsable de:

   (a) Monitoreo y evaluación: Proveer asistencia técnica para crear capacidades para los protocolos de monitoreo y verificación del IVD. El equipo de tareas del Banco monitoreará rutinariamente el avance hacia el logro del IVD sobre la base de los arreglos acordados de monitoreo y presentación de informes, incluidos los informes de avance del Programa y los Protocolos de Verificación del IVD. Tras el logro o logro parcial de un IVD, el MINSAL proveerá al equipo de tareas del Banco evidencia según el Protocolo de Verificación. Después de que el Banco haya revisado la documentación completa, incluida toda información adicional que se considere necesaria y sea

solicitada al MINSAL o a otros organismos para verificar el logro del IVD, el Banco enviará una comunicación oficial al MINSAL y al MDH sobre el logro del IVL o los IVL y el nivel de fondos de financiamiento del Programa disponible para desembolso contra cada IVD particular.

(b) Social: En relación con los aspectos sociales, el equipo se centrará en tres áreas principales: a) las resistencias internas y externas a los cambios previstos por el Programa; B) la inclusión social y la equidad en el acceso a los servicios de atención de la salud, centrándose en la población indígena y rural; y c) la responsabilidad social del sistema de salud.

(c) Ambiental: En relación con el medio ambiente, el equipo se centrará en el monitoreo del uso del "Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de la Salud" en los hospitales y centros de APS que implementen las actividades del Proyecto y asegurando que las actividades de asistencia técnica en virtud del Proyecto tomen en cuenta las recomendaciones de los Lineamientos Provisionales sobre la Aplicación de Políticas de Salvaguarda a las Actividades de Asistencia Técnica (AT) en Proyectos financiados por el Banco y a Fondos Fiduciarios Administrados por el Banco.

(d) Se prestará apoyo en materia de adquisiciones en relación con los aspectos de adquisición de la asistencia técnica en el marco del Componente 3 del Proyecto propuesto, pero, además, los expertos en adquisiciones del BM, como parte del personal técnico del Proyecto, prestarán apoyo a las actividades de CENABAST a través de una estrecha supervisión de los procesos a fin de mejorar la adquisición de medicamentos e insumos médicos.

(e) El equipo del Banco Mundial llevará a cabo misiones de supervisión al menos dos veces al año, complementadas con misiones técnicas más frecuentes y/o ampliadas por personal individual, según sea necesario, especialmente durante el inicio de la ejecución y durante la transición del gobierno. Durante las misiones de apoyo a la ejecución, el equipo de tareas examinará los avances generales de la ejecución, abarcando aspectos sectoriales (técnicos), de gestión financiera y adquisiciones, así como los informes sobre el monitoreo de los resultados y la verificación del logro de los IVD. También monitorearán los riesgos, actualizando la evaluación del riesgo según sea necesario.

(f) Se llevará a cabo una revisión de medio término para evaluar el desempeño del Proyecto. Se llevará a cabo aproximadamente a mitad de la ejecución del Proyecto propuesto. La revisión de medio término evaluará los avances hacia el logro de los IVD individuales, así como hacia los Indicadores de Desarrollo del Proyecto y el Objetivo de Desarrollo del Proyecto. Las contrapartes del gobierno y el equipo de gestión del Banco Mundial, considerarán, en virtud de la evaluación de los avances en la mitad del programa, las recomendaciones de modificaciones del Proyecto. La revisión de medio término también revisará los arreglos generales de la ejecución del Proyecto, haciendo los ajustes necesarios.

(g) Como los miembros del equipo de apoyo de la ejecución del Banco (sistemas técnicos, fiduciarios, ambientales y sociales, y fraude y anticorrupción) no se encuentran en la Oficina de País de Chile, sino en otros lugares de la región de ALC, será necesario un presupuesto adecuado para apoyar la ejecución. Esto contribuirá a asegurar un apoyo oportuno y eficaz para la ejecución al MISTRAL y a los SS.

Plan de apoyo de la ejecución y requisitos de recursos

Plazo	Foco	Conocimientos necesarios	Estimación de recursos	Primeros doce meses
Primeros doce meses	Capacidad de apoyo del MINSAL para el monitoreo y verificación de los IVD Ejecución oportuna del Plan de Acción del Programa	Monitoreo y Evaluación, Asistencia Técnica, TI, Fiduciario	42 semanas de personal	
14-48 meses	Ejecución del Plan de Acción del Programa	Técnica, IT, Monitoreo y Control, Fiduciario, Social y Ambiental	36 semanas de personal	
Otros	Creación de capacidad hacia la sostenibilidad	Técnica, IT, Monitoreo y Control, Fiduciario y Social	14 semanas de personal	

Se requiere combinación de conocimientos

Conocimientos necesarios	Número de semanas de personal	Número de viajes	Comentarios

Socios

Nombre	Institución/País	Función

ANEXO 4: ANÁLISIS ECONÓMICO

CHILE: Proyecto de Apoyo al Sector Salud Pública (P161018)

Análisis económico del Proyecto

El impacto del desarrollo del Proyecto

1. El principal desafío para la prestación de servicios del sistema pública de salud chileno es adaptarse a la mayor carga de morbilidad relacionada con las enfermedades crónicas. Actualmente, el sector de la salud sigue orientado a la gestión de los episodios de cuidados intensivos. Los proveedores de servicios de salud (hospitales y establecimientos de APS) necesitan cambiar la forma en que prestan servicios. En particular, la integración de la atención a través de diferentes niveles de atención es débil. Al mismo tiempo, las prácticas actuales de adquisición de medicamentos y equipos médicos de los proveedores públicos y las municipalidades ofrecen margen para grandes ahorros de eficiencia.

2. Estas son dos áreas fundamentales para la mejora, tal y como se identificó en la reciente Revisión del Gasto Público (RGP) del sistema de salud púbico chileno (junio de 2016). Además de identificar estas dos áreas para mejorarlas, la RGP hizo una serie de recomendaciones de políticas relacionadas a corto plazo. Las intervenciones apoyadas por el Proyecto propuesto están en línea con estas recomendaciones que tienen el mayor potencial de ganancias de eficiencia a corto plazo pero que tienen efectos positivos a largo plazo. Como parte del proceso, el análisis y el enfoque metodológico para estimar los ahorros de costos utilizados en la RGP fueron examinados tanto por el MINSAL como por el MDH. Este análisis económico se basa en algunos de los análisis realizados como parte de la RGP, dados los estrechos vínculos temáticos con el Proyecto. En particular, la RGP analizó la eficacia de las intervenciones disponibles (también de las incluidas en el Proyecto propuesto). Por lo tanto, este análisis económico se centra en el análisis de costo-beneficio del Proyecto y no incluye una mayor discusión del costo-rendimiento.

3. Existe la necesidad de una reforma estructural del sistema de salud en Chile. Debido al envejecimiento acelerado de la población, las preocupaciones sobre la sostenibilidad fiscal de la organización y la gestión actual del sector salud están justificadas. Chile se encuentra en las etapas avanzadas de la transición demográfica y se está convirtiendo en una sociedad envejecida, con una mortalidad predominantemente vinculada a las enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

4. A nivel macro, el Proyecto incluye intervenciones que ayudan al sector salud chileno a adaptar su modelo de prestación de servicios al nuevo perfil epidemiológico y demográfico del país. El Proyecto financia intervenciones que promueven un cambio de paradigma en el modelo de prestación de servicios hacia un enfoque más centrado en el paciente. Los sistemas de salud modernos permiten una prestación de atención adaptada a las necesidades de pacientes ancianos, multimórbidos, complejos y frágiles. Al apoyar una estratificación del riesgo de los pacientes y el establecimiento de las UGC para pacientes complejos y frágiles en algunos hospitales, el Proyecto contribuirá a preparar al sistema de salud chileno para el futuro mientras el país está pasando por su transición epidemiológica. La adaptación del sistema de prestación de servicios a los diferentes perfiles de pacientes también dará lugar a importantes beneficios sociales, ya que hay pruebas sólidas de la bibliografía internacional sobre cómo esas

intervenciones mejoran la experiencia del paciente y la calidad de la prestación de servicios de salud pública percibida por los pacientes.

5. Aparte de su impacto más amplio en el modelo de prestación de servicios, el Proyecto producirá tres beneficios económicos concretos: En primer lugar, resultados sanitarios mejorados a través de la reducción de las tasas de mortalidad por cáncer, así como la reducción de las tasas de morbilidad relacionada con las ENT[47]. El segundo beneficio es el ahorro de los costos en los hospitales por la reducción de los reingresos a corto plazo, así como los ingresos evitables. Tanto la incidencia de los ingresos como los reingresos evitables pueden considerarse como una medida de la mala integración de la atención. En un sistema bien integrado, los pacientes reciben la atención necesaria para muchas enfermedades en el sector de atención ambulatoria (principalmente en la atención primaria de salud) de tal manera que no son ingresados en un hospital en primer lugar. Del mismo modo, los reingresos pueden evitarse a través de consultas de seguimiento mejores y más oportunas en la atención ambulatoria. En tercer lugar, el principal beneficio del Proyecto será la reducción del precio pagado por el sector público por los productos farmacéuticos y la tecnología médica (por ejemplo, mediante la compra colectiva, el precio de referencia terapéutica o el análisis comparativo internacional a través de CENABAST).

6. Los principales beneficiarios del Proyecto serán pacientes (ancianos frágiles) crónicos, multimórbidos y asegurados públicamente debido a la creación de unidades especiales para estos pacientes. Asimismo, las pacientes con riesgo de cáncer de mama, cuello de útero y colon y cubiertas por la aseguradora pública FONASA son las principales beneficiarias del Proyecto gracias al aumento de las tasas de detección de cáncer. Hasta cierto punto, todos los pacientes crónicos cubiertos por FONASA se beneficiarán de herramientas mejoradas de identificación del riesgo para la salud desarrolladas por el MINSAL, porque estas herramientas son la base para una mejor prestación de servicios de salud para las personas en riesgo. La evidencia internacional general es que las intervenciones de gestión de casos - independientemente de su diseño exacto y las enfermedades a las que se dirigen principalmente- mejoran con éxito los resultados de la salud.

7. Beneficios Complementarios por el Cambio Climático. Siguiendo la metodología recomendada, la evaluación de los beneficios complementarios por el cambio climático se llevó a cabo determinando cuáles IVD recompensan directamente los logros que contribuyen en forma directa a la mitigación del cambio climático en Chile. Si bien en particular los IVD 3 y 6 (y en menor medida los IVD 1 y 2) financian resultados que conducirán a una menor dependencia del sector sanitario chileno de los hospitales que consumen gran cantidad de recursos y, por tanto, menos emisiones de gases de efecto invernadero, la evaluación sólo considera que los IVD 4, 5 y 9 tienen importantes beneficios complementarios por el cambio climático. Por consiguiente, los beneficios complementarios se estima que equivalen al 20% del monto del Proyecto.

[47]Las intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad por cáncer mediante el aumento de las tasas de detección también reducirá la morbilidad relacionada con el cáncer, al igual que la mejora de la calidad de la atención en el tratamiento de las ENT en general no sólo reducirá la morbilidad relacionada con las ENT sino también reducirá la mortalidad. Para facilidad de exposición aquí, el aumento de la detección del cáncer se considerará como un medio para reducir la mortalidad, mientras que las actividades del Proyecto centradas en mejorar la calidad de la atención de las ENT se reflejarán como medidas para disminuir la morbilidad.

Costos y beneficios considerados en el análisis

8. A los efectos del análisis costo-beneficio disponible, sólo se mencionan los dos primeros beneficios mencionados: i) reducción de la mortalidad por cáncer y ii) ahorro de costos de una mejor integración de la atención. Los menores precios esperados de los medicamentos a través del uso creciente de la adquisición centralizada no se modelan como un beneficio explícito en el análisis. Se supone que los ahorros conseguidos se utilizarán para una mejor y más completa provisión de medicamentos a pacientes crónicos. La gestión adecuada de la medicación de los pacientes crónicos, así como la planificación integral del alta en el caso de un episodio agudo son componentes clave de la gestión exitosa de las enfermedades crónicas. Por ejemplo, uno de los indicadores del Proyecto mide el aumento deseado en el porcentaje de población diagnosticada con una enfermedad metabólica tratados con estatinas. El análisis también separa los beneficios de la disminución de la carga de morbilidad de las ENT debido a una mejor integración de la atención y el inicio de algunos programas de gestión de casos.

9. Los beneficios de las intervenciones del Proyecto son medidos suponiendo que los objetivos de los IVD/Indicadores de Resultados Intermedios clave se cumplirán como consecuencia del Proyecto. A saber, i) se obtendrán incrementos en las tasas de detección de cáncer de colon/cuello uterino/de mama, lo que se traducirá en tasas de mortalidad más bajas; ii) reducción de reingresos evitables debido a la alta utilización de pacientes crónicos multimórbidos inscritos en programas de gestión de casos; y iii) reducción de ingresos hospitalarios evitables por accidente cerebrovascular, hipertensión y cetoacidosis.

10. El cálculo de los posibles ahorros derivados de la reducción de los ingresos y reingresos evitables relacionados con diagnósticos médicos específicos se basa en el trabajo realizado para la RPG que a su vez se basa en los protocolos establecidos de la OCDE para identificar los ingresos y reingresos hospitalarios evitables. El valor monetario de un ingreso por una enfermedad dada se puede aproximar considerando la tasa media de la RPG para cada enfermedad[48]. El exceso de costos por ingresos evitables se puede calcular a partir del número de altas hospitalarias por problemas de salud que, según la bibliografía, deben ser atendidos en el nivel de atención primaria y, si están bien gestionados, no deben dar lugar a ingresos hospitalarios. Las enfermedades utilizadas en el contexto del análisis costo-beneficio de este Proyecto son: cetoacidosis diabética e hipertensión[49]. Las altas pueden ser monetizadas utilizando la tasa media de la RPG para cada enfermedad. La RPG calculó que aproximadamente el 40% de estos costos podrían reducirse mediante el fortalecimiento del nivel de atención primaria.

Especificación y supuestos del análisis costo-beneficio

11. Como lo revelan los estudios de la OCDE y lo reitera la RPG, Chile tiene bajos índices de detección y supervivencia para ciertos tipos de cáncer como el cáncer de mama, el cáncer de cuello de útero y el cáncer colorrectal (el cáncer de cuello de útero sólo afecta a las mujeres, el cáncer de mama casi exclusivamente afecta a mujeres y el cáncer colorrectal es frecuente en ambos sexos). En la Tabla 1 se indica el número de defunciones debidas a los tipos de cáncer mencionados para Chile. En este contexto, salvar vidas mediante pruebas de detección de cáncer extendidas es uno de los principales aportes del

[48] Los datos de la RPG están disponibles en los hospitales piloto del país (que ya utilizan las RPG). El costo de las tasas de reingreso puede generarse a partir de los costos de los reingresos hospitalarios observados en los catorce hospitales piloto y luego proyectarse al conjunto de 62 hospitales más importantes de FONASA.

[49] Los datos de los costos de ingresos por accidente cerebrovascular -la otra enfermedad marcadora considerada para el Indicador del Proyecto- no estaba disponibles.

Proyecto. Valorar las vidas salvadas no es sencillo. Las medidas cuantitativas del valor de la vida y la salud son controvertidas y la investigación empírica que arroja luz sobre los principios de valoración se basan en lo que las personas están dispuestas a pagar por la salud se presenta con diferentes estimaciones para el valor de un año de vida (VAV) y el valor de una vida estadística (VVE). En particular, hay un valor económico, así como un valor intrínseco o social de cualquier año de vida. Como muestra la Tabla 1, la mejora de la detección del cáncer salvará principalmente la vida de las personas mayores. Teniendo en cuenta que el valor económico de cualquier VAV puede ser limitado, el valor monetario de una vida salvada se considera que vale 2 años del PIB promedio per cápita. Esta valoración es muy conservadora y coincide con las medidas de valoración más bajas de la bibliografía.

Tabla 1. Cantidad de muertes por tipo de cáncer y edad promedio de defunción - Datos nacionales chilenos de 2013

Tipo de cáncer	Cantidad de muertes en 2013	Muerte de Mujeres	Promedio edad al fallecer	Promedio edad de las mujeres al fallecer
Cáncer de colon	1.631	876	70,0	71,4
Cáncer de recto	467	219	68,6	68,7
Cáncer de mama	1.403	1.389	64,8	64,7
Cáncer de cuello de útero	560	560	61,9	61,9

Fuente: MINSAL de Chile, Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

12. En la Tabla 2 se exponen los supuestos detallados que se utilizan para calcular los beneficios económicos que se esperan de la ejecución del Proyecto, considerando (i) el valor monetario de la muerte prematura por cáncer que se previene y; (ii) el ahorro de los costos en el sistema de salud como resultado de menos internaciones. Como ya se discutió, los objetivos asumidos obtenidos para los indicadores del Proyecto coinciden con el Marco de Resultados. La Tabla 2 también indica la forma en que (i) el aumento de las tasas de detección se traducirá en una reducción de la mortalidad; y (ii) una mejor integración de la atención reducirá los ingresos y reingresos evitables tanto para el valor de referencia como para la hipótesis de baja efectividad.

Tabla 2. Supuestos para estimar los beneficios de una mejor integración de la atención/Aumento de las tasas de detección del cáncer.

Mejor detección de cáncer	Aumento de 5 años en las tasas de detección de cáncer de cuello de útero	44,4% (Del 55 al 75% de cobertura, y del 64 al 80% de cobertura)
	Aumento de 5 años en las tasas de detección de cáncer colorrectal	15% (Del 0 al 15% de cobertura)
	Reducción de 5 años en la mortalidad por cáncer de cuello de útero/cáncer de mama	22,2% (Valor de referencia) / 14,8% (baja efectividad)
	Reducción de 5 años en la mortalidad de cáncer colorrectal	7,5% (Valor de referencia) / 5.0% (Baja efectividad)
Mejor integración de la atención	Reducción de 5 años en ingresos evitables relacionados con trazadores	20% (Valor de referencia) / 15% (Baja efectividad)
	Reducción de 5 años en reingresos para pacientes multiplemórbidos en el programa CM	20% (Valor de referencia) / 15% (Baja efectividad)
	Porcentaje de reingresos que representa el Grupo Objetivo CM de pacientes multimórbidos	25%

(a) **Período considerado.** Los costos del Proyecto ocurren entre 2017 y 2021. Debido a la demora con la cual los beneficios comienzan a materializarse, en el análisis se consideran los beneficios que se acumulan hasta 2026 (es decir, a lo largo de un período de 10 años). Al mismo tiempo, se espera que estos beneficios persistan durante más tiempo. Sin embargo, los beneficios obtenidos después del período de referencia de 10 años para el análisis no se consideran en el análisis debido a la creciente incertidumbre sobre la hipótesis contrafáctica en ausencia del Proyecto. Los beneficios de reducir la mortalidad comenzarán a acumularse en el primer año del Proyecto, los ahorros de los costos de atención hospitalaria comenzarán a acumularse hacia el final del segundo año del Proyecto.

(b) **Tasa de descuento básica**. Para hacer comparables los costos y beneficios que se producen en momentos muy diferentes en el tiempo (y después) del Proyecto, es necesario descontarlos teniendo en cuenta tanto la inflación como el valor temporal del dinero (VTD). El VTD refleja el hecho de que el dinero que está disponible hoy se puede invertir para obtener un rendimiento positivo y, por tanto, es más valioso que la misma cantidad de dinero recibida en el futuro. Sin embargo, la elección de la tasa de descuento del VTD (especialmente en contextos de inversión a largo plazo y de inversión pública) es, en cierta medida, subjetiva. Una tasa más alta implica una mayor valoración relativa de

los costos del Proyecto, dado que los beneficios que no comienzan a acumularse inmediatamente son descontados en mayor medida, mientras que una tasa más baja implica una menor valoración relativa de los costos. Por lo tanto, los costos y beneficios se descuentan al 7% para tener en cuenta la inflación (2%) y el valor temporal del dinero (VTD) (5%). También se aplica una tasa de descuento más alta del 12% (que refleja una tasa de descuento del 10% para el VTD) para verificar la sensibilidad[50] de los resultados para esta suposición. No se lleva a cabo un análisis de sensibilidad con respecto a la inflación, dado que los beneficios esperados son ahorros reales de costos/beneficios monetizados de muertes prematuras prevenidas medidos en términos reales, sin ser afectados por la inflación.

(c) **Población beneficiaria.** Los beneficiarios más inmediatos son los pacientes ancianos, multimórbidos, crónicos y frágiles, así como aquellos con un elevado riesgo de los cánceres considerados. Sin embargo, en principio todos los pacientes crónicos constituyen la principal población objetivo.

(d) **Desembolsos previstos de inversiones.** Al descontar los costos financieros del Proyecto, se supone que los fondos proporcionados por el Banco se desembolsan de acuerdo con el programa de desembolsos previsto (véase Datos del Financiamiento del Proyecto).

13. La Tabla 3 muestra la hipótesis de referencia y el alto VTD (la lógica es la misma para las otras combinaciones de hipótesis/VTD considerados), los beneficios netos del Proyecto comienzan siendo negativos al inicio del Proyecto, aumentan a un ritmo constante y se vuelven positivos después de año 3. La mayoría de los beneficios económicos se debe a vidas salvadas por un mejor tratamiento contra el cáncer.

[50] Los beneficios estimados son sensibles a un mayor VTD, ya que disminuye el valor actual de los beneficios más distantes de las ganancias en capital humano. Las reformas relacionadas están orientadas a largo plazo, y se requiere algún tiempo para que se materialicen los beneficios.

Tabla 3. Costos y beneficios anuales del Proyecto (en millones de USD) a lo largo del período de referencia del análisis - Hipótesis de referencia y un alto VTD

Beneficios / Costos	Año										Total
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
Ahorros en la prestación de servicios de salud	0,0	1,3	4,0	6,6	8,8	8,8	8,8	8,8	8,8	8,8	65,0
Muertes prematuras prevenidas	3,2	6,6	10,3	14,3	18,5	18,7	19,0	19,3	19,6	9,9	139,4
(A) Beneficios económicos	**3,2**	**7,9**	**14,3**	**21,0**	**27,3**	**27,6**	**27,9**	**28,1**	**28,4**	**18,7**	**204,4**
Valor presente de los beneficios económicos	**2,9**	**6,6**	**10,7**	**14,3**	**16,9**	**15,6**	**14,3**	**13,1**	**12,1**	**7,2**	**113,7**
(B) Costos del proyecto	**23,9**	**20,0**	**16,0**	**12,0**	**8,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**79,8**
Valor presente de los costos del proyecto	**21,4**	**15,9**	**11,4**	**7,6**	**4,5**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**60,8**
Valor presente neto	**-18,5**	**-9,3**	**-0,6**	**6,7**	**12,4**	**15,6**	**14,3**	**13,1**	**12,1**	**7,2**	**53,0**

Fuente: Basado en los cálculos de los autores.

Medidas del resumen financiero para los beneficios esperados de la mejor integración de la atención y la detección de cáncer

14. La Tabla 4 presenta el VAN y la TIR estimada de las intervenciones consideradas. La suma de los costos y beneficios (es decir, el VAN de las intervenciones) es en gran medida positivo (al menos US$ 18 millones) y la TIR estimada oscila entre el 17,17% y el 32,23%, según el factor de eficacia utilizado, lo que muestra claramente el impacto positivo del desarrollo de las intervenciones consideradas del Proyecto.

Tabla 4. Valor presente neto (en millones de USD) y tasa interna de retorno del proyecto para diferentes hipótesis de efectividad

Factor de descuento del VTD	Hipótesis de efectividad		Baja efectividad	
	VAN	TIR*	VAN	TIR*
5%	82,8	32,23%	36,6	17,17 %
10%	53,0		18,0	

Fuente: Basado en los cálculos de los autores. *Neto de inflación

Un comentario sobre la sostenibilidad fiscal del Proyecto y el impacto en el presupuesto del MINSAL

15. Dado que el Proyecto optimizará la ejecución de programas y actividades que ya forman parte del presupuesto del MINSAL y sólo reasigna estratégicamente los recursos presupuestarios actuales, los fondos del Préstamo no serán adicionales al presupuesto del MINSAL excepto para la Asistencia Técnica por US$ 5 millones. Por lo tanto, los fondos representan un gasto "marginal" para el MINSAL, es decir, menos del 0,2% del presupuesto anual.

Referencias para el análisis económico:

Abelson, Peter, 2008. "Establishing a Monetary Value for Lives Saved: Issues and Controversies". *WP 2008-02, Applied Economics and Department of Economics, Sydney University.*
Bossert, Thomas J., Leisewitz, Thomas. 2016. Innovation and Change in the Chilean Health System. *New England Journal of Medicine*. 374(1):1-5.
Colla, Carrie H. 2014. "Swimming against the Current – What Might Work to Reduce Low-Value Care?" *New England Journal of Medicine:* 371(14): 1280-83.
Joumard I, André C, Nicq C. 2010. *Health Care Systems: Efficiency and Institutions*. Informe Nro.: 769. OECD.
Reducing Avoidable Readmissions Effectively (RARE) Campaign – 5 Key Areas Known to Reduce Avoidable Readmissions. Obtenido en: *http://www.rarereadmissions.org/areas/index.html*
Sección 8: La Base de Evidencia de la Gestión en la Atención. Contenido revisado por última vez en octubre de 2014. Agency for Health care Research and Quality, Rockville, MD. *http://www.ahrq.gov/professionals/systems/long-termcare/resources/hcbs/medicaidmgmt/medicaidmgmt8.html*

ANEXO 5: MAPA

CHILE: Proyecto de Apoyo al Sector Público de Salud (P161018)