

## I. Introducción

La decisión de emprender la transformación del Sistema de Salud adoptada por el Gobierno del Presidente R. Lagos se basa en aspectos éticos y técnicos. Éticamente, es imperativo resolver la profunda inequidad que caracteriza la atención de salud en Chile. Técnicamente, se requería adaptar el sistema a los tiempos actuales, con el fin de hacer frente a los cambios demográficos, epidemiológicos, científicos y tecnológicos que se produjeron en la segunda mitad del siglo XX. A esto se añade, nuevos desafíos a la gestión que obligan a proveer mayores recursos al sistema, y transformar sustancialmente la gestión de los servicios públicos de salud.

La Reforma del sector salud se basa en el Derecho a la salud, la Equidad, la Solidaridad, la Eficiencia, y la Participación en Salud, los cuales han dado lugar a cinco leyes: a) Autoridad Sanitaria y Gestión, b) Régimen de Garantías (RGS), c) Ley de ISAPRES (corta y larga), d) Ley de Financiamiento, y e) Deberes y Derechos. Con el propósito de optimizar la implementación de las distintas iniciativas de la Reforma y evaluar su impacto se ha realizado este documento, esperándose que sirva de base para la Evaluación de la Reforma en salud.

## II. Objetivos del Proyecto

Evaluar la reforma al sistema de salud chileno, desde las perspectivas de los procesos y los impactos (resultados).

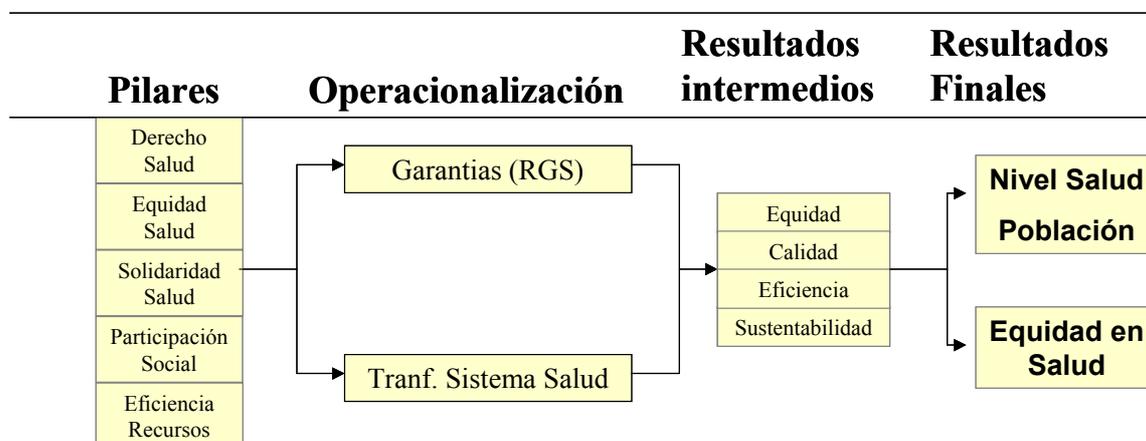
## III. Evaluación Reforma Salud

### *Reforma de Salud: Conceptualización*

La Salud es un bien social por lo cual el acceso a las acciones de fomento, prevención, curación y rehabilitación de la salud constituyen un derecho esencial de las personas. Lo anterior implica que los individuos deben tener acceso a una atención de salud adecuada, independientemente de su capacidad de pago y deben estar protegidas del daño financiero que puede causar una enfermedad de alto costo en el presupuesto familiar. En este contexto, la Reforma en Salud se ha conceptualizado sobre la base de una serie de derechos y características deseables de la atención de salud, los cuales constituyen los pilares estratégicos de esta. Estos pilares incluyen el

*derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la participación social y la eficiencia en el uso de los recursos*, los que se han operacionalizado en el: a) *Régimen de garantías en salud (RGS)*, y en la b) *Transformación del sistema salud*. El RGS es el instrumento que hace realidad el derecho de la salud y la equidad, además de contribuir al fortalecimiento de la regulación sanitaria al explicitar las condiciones en que las personas podrán acceder a los servicios de atención. La Transformación del Sistema de Salud permitirá reorientar la prestación de servicios contribuyendo a aumentar la eficiencia del sector y a aumentar la efectividad de las acciones de salud. Finalmente, el RGS y la transformación del sistema impactarán en el Nivel de Salud de la Población y la Equidad en Salud, cuyos mejoramientos son el fin último de la Reforma en Salud (Figura 1).

**Figura 1. Conceptualización de la Reforma en Salud**



### **Modelo de Evaluación de la Reforma de Salud**

En síntesis, la Reforma implica: a) cambio jurídico; b) explicitación de los derechos de los ciudadanos; c) cambio en el financiamiento; d) cambio en la rectoría del ministerio de Salud; e) separación de funciones (rectoría, fiscalización, provisión de servicios); f) cambios en administración establecimientos (autogestión hospitales); g) participación de la población y de la sociedad civil; h) adecuación de los recursos humanos del sector; i) incentivos para desarrollar actividades tendientes a mejorar la calidad de los servicios; j) cambios en tecnología de salud, y k) determinación de las garantías de las enfermedades seleccionadas para el RGS. Las garantías explícitas y exigibles de las prestaciones otorgadas por el sistema de salud e incorporadas al RGS son: a) Acceso, b) Calidad, c) Protección Financiera y, d) Oportunidad. Por otra parte, la transformación del sistema incluye la formulación del Modelo de Atención<sup>1</sup>, un modelo de Financiamiento, la Separación de Funciones<sup>2</sup>, el Desarrollo y Gestión de los Recursos Humanos,

<sup>1</sup> Comprende atención primaria y salud familiar, entre otros.

<sup>2</sup> Comprende autoridad sanitaria, gestión de redes y Superintendencia de Salud.

y el re-diseño de los Sistemas de Información. Los Objetivos Nacionales de Salud<sup>3</sup> constituyen la guía para distribuir los recursos, asegurando que las enfermedades causantes del mayor sufrimiento, daño y muertes sean adecuadamente prevenidas y tratadas. En este contexto, este documento propone evaluar la Reforma de Salud por medio de la evaluación de los procesos y del impacto. Para realizar la evaluación señalada se asume que:

- a) las leyes requeridas para la implementación de la Reforma han sido aprobadas, por lo tanto el año 0 de la evaluación debiera corresponder en términos generales al impacto al año previo del inicio de la ejecución de la Reforma.
- b) la evaluación es más que una mera recolección de datos, es parte de un esfuerzo global que involucra a todas las instituciones participantes en la Reforma que tienen un rol en la definición y ejecución de los planes y políticas de salud que sirven para establecer su grado de avance así como retroalimentar su ejecución para su perfeccionamiento.

### ***Evaluación de los procesos<sup>4</sup>***

La evaluación de los procesos incorpora el análisis y descripción de la dinámica y los contenidos del proceso<sup>5</sup>. La evaluación de la dinámica considera el seguimiento de la implementación y su relación con las características y variaciones del contexto (propuestas y relaciones de los principales actores sociales o institucionales, públicos y privado, nacionales, subnacionales o internacionales). El elemento central para el seguimiento de la instalación y funcionamiento del RGS es la verificación del cumplimiento de la garantía por parte de cada hito crítico (sospecha, confirmación, etapificación y tratamiento). Es decir, la evaluación de los procesos incluye la utilización de métodos cuantitativos y cualitativos

## **Figura 2. Evaluación de los procesos**

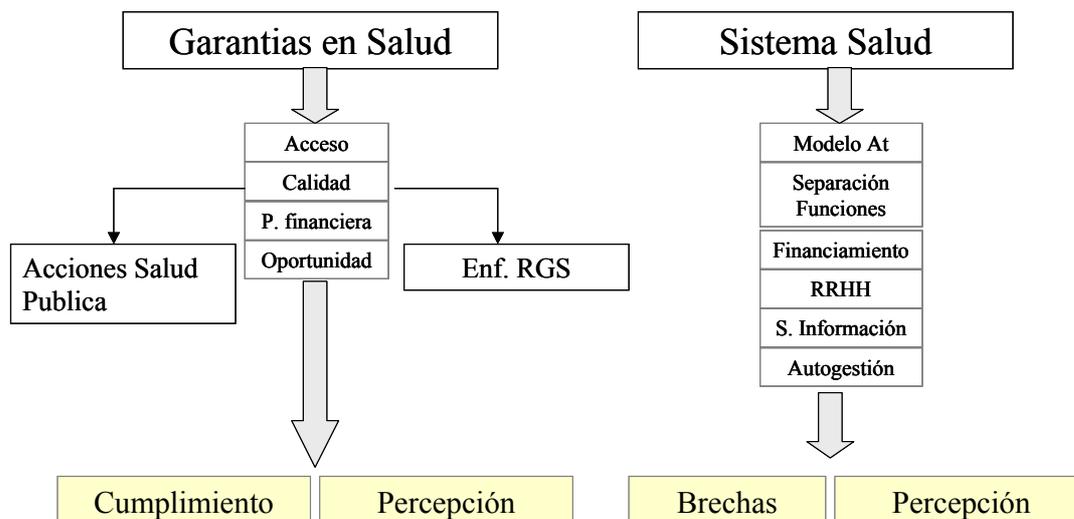
---

<sup>3</sup> Los Objetivos Sanitarios fueron elaborados por el Ministerio de Salud y establecen metas a alcanzar

<sup>4</sup>

El seguimiento de los procesos da la oportunidad de optimizar, y cuando así corresponda, corregir los procesos con el fin de lograr los objetivos o resultados esperados (sanitarios, financieros, etc.).

<sup>5</sup>LAC RSS (diciembre de 1998). Metodología para el Seguimiento y la Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe [en línea]. <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/1hsrpres.pdf> [2003 septiembre 10].



Los métodos cuantitativos permitirán determinar *el grado de cumplimiento* de las Garantías de Salud y las *brechas existentes* entre lo realizado y lo propuesto por la Reforma en el caso de la transformación del sistema de salud. Por su parte los aspectos cualitativos permitirá determinar aspectos tales como la actitud de los usuarios y la percepción de los usuarios frente al cambio así como la aprobación o satisfacción con la asistencia recibida y la percepción optimista (o pesimista) respecto a la situación futura. La utilización de los métodos propuestos permitirá entender y evaluar los procesos sociales que rodean la implementación de la Reforma y los comportamientos organizacionales (cultura, clima, organizacional), a lo cual se añade que la evaluación cualitativa permitirá enriquecer la interpretación de los resultados de la evaluación.

### Indicadores

**Tabla 1. Indicadores de Proceso**

Ámbito	Actividad	Indicador		Periodicidad		Fuente Información	
		Objetivo	Subjetivo <sup>6</sup>	Objetivo	Subjetivo	Objetivo	Subjetivo
Garantía Enf RGS	Acceso	% cumplimiento	% de actitudes y percepciones positivas	Semestral	Anual	Base de datos sector, extrasector, encuestas	Encuesta
	Calidad	Auditoria cumplimiento protocolos					
		% establecimientos acreditados					
	P. financiera	% cumplimiento					
	Oportunidad	Tiempos de espera					
	Acceso	% cumplimiento	% de actitudes y			Base de	

<sup>6</sup> Corresponde a la Evaluación de la Actitud, Percepción y Expectativas de los usuarios y en casos calificados a los del personal (cliente interno)

Garantía Acciones Salud Pública	Calidad	Auditoria cumplimiento protocolos	percepciones positivas	Semestral	Anual	datos sector, extrasector, encuestas	Encuesta
	P. Financiera	% cumplimiento	% expectativas cumplidas				
	Oportunidad	Tiempos de espera					
Transformación Sistema Salud	Modelo Atención (a)	% de cumplimiento del plan( capacitación, consejos coordinadores redes, equipos intersectoriales de educación, trabajo, vivienda, medio ambiente, comunidad.					
	Separación de Funciones	% cumplimiento del plan para cada institución: Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública, SEREMI, consejos de SS, Consejo Consultivo de Salud.  % establecimientos acreditados (del total que solicitan)	% de actitudes y percepciones positivas  % expectativas cumplidas	Semestral	Anual	Base de datos sector, extrasector, encuestas	Encuesta
	Financiamiento	Pendiente (de acuerdo a objetivos)					
	Recursos Humanos	Pendiente (de acuerdo a objetivos)					
	Sistema Información	% cumplimiento del plan					
	Autogestión	Pendiente (de acuerdo a objetivos)					

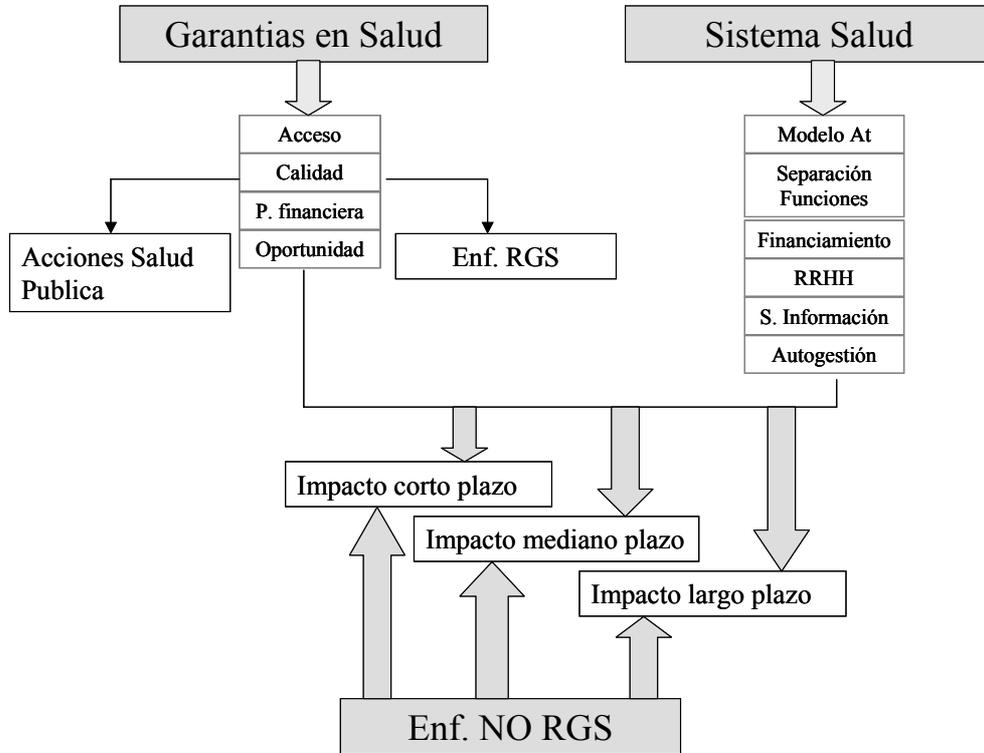
Nota: (a) El modelo de atención centrado en los hospitales, orientado a la curación, con gestión autoritaria y sin participación de los usuarios internos y externos será cambiado por uno en proceso de definición. El nuevo modelo de atención deberá contener las propuestas de Salud Familiar, Intersectorialidad, Promoción de la Salud, Educación Comunitaria y Participación y Control Social. Se transformará en un modelo de protección de la salud y de atención a la enfermedad, dejando de ser sólo un modelo de recuperación

### **Evaluación de Impacto<sup>7</sup>**

- En general, la evaluación de impacto se realizará a través de la medición de los beneficios “netos” de la Reforma en el tiempo, o sea, a corto, mediano y largo plazo.

<sup>7</sup> Para determinar el impacto o beneficios de la Reforma se identificaron empíricamente las relaciones de causa-efecto entre los componentes de ella y los impactos

**Figura 3. Evaluación del impacto**



El modelo de evaluación impacto elegido propone evaluar el impacto de las a) garantías de salud en el ámbito de las acciones de Salud Pública así como de las Enfermedades adscritas al RGS, b) la transformación del sistema y las c) enfermedades no adscritas al RGS. La inclusión de la medición del impacto de las acciones de Salud Pública se explica que dada la situación epidemiológica del país, estas constituirán uno de los factores más importantes para mejorar el Nivel de Salud de la población a largo plazo, a lo que se agrega que las acciones relacionadas con las enfermedades incluidas en el RGS son esencialmente curativas y en muchos casos de carácter paliativo. Por otra parte, la inclusión de las enfermedades no incluidas en el RGS se justifica por el posible deterioro que podría observarse en la atención de salud de estas, lo cual en el largo plazo podría no solo impactar en el nivel de satisfacción de los usuarios sino también crear situaciones complejas en el ámbito de la atención. Los tres aspectos mencionados serán medidos en tres periodos de tiempo; a corto, mediano y largo plazo. En este contexto; el:

- *Impacto a corto plazo* corresponde a la consolidación número de actividades realizadas en los distintos componentes de la Reforma
- *Impacto de mediano plazo* corresponde al grado de a) cumplimiento de los objetivos propuestos en los objetivos sanitarios, b) a la medición

de la equidad<sup>8</sup>, calidad<sup>9</sup>, eficiencia<sup>10</sup> y sustentabilidad<sup>11</sup>, y c) a la medición de aspectos cualitativos como satisfacción y cumplimiento de expectativas<sup>12</sup> así como la participación social<sup>13</sup>

- *Impacto a largo plazo corresponde al Nivel de Salud y Equidad en Salud debido a que la* mejoría del nivel de la salud define el propósito de las acciones realizadas por el sistema de salud, y la equidad la forma en que esta se distribuye en la población. Por otra parte, ambas corresponden al fin último de la Reforma. Esto implica lograr que el estatus de salud de toda la población en promedio mejore, durante todo el ciclo de vida<sup>14</sup> y que este se distribuya similarmente de acuerdo a las características relevantes de la población.

### **Indicadores**

- *Impacto a corto plazo:* En la práctica corresponde a la consolidación anual de los indicadores propuestos en la Tabla 1
- *Impacto a mediano plazo*

**Tabla 2. Indicadores de Impacto Mediano plazo**

Ámbito	Contenido	Indicador	Fuente
RGS	Acciones Salud Pública	Cumplimiento de metas por acción	Objetivos Sanitarios
		Cobertura por acción	Registros sector
		Cumplimiento de metas por enfermedad	Objetivos Sanitarios
		Tiempos de espera	Registros sector

<sup>8</sup> La equidad implica la reducción en las disparidades en la cobertura de algunos servicios y programas básicos, recibir la atención en función de las necesidades de salud y contribuciones de acuerdo a la capacidad de pago (equidad financiera)

<sup>9</sup> La calidad percibida implica que los servicios se entreguen en condiciones materiales y éticas adecuadas.

<sup>10</sup> La eficiencia implica la existencia de una relación favorable entre los resultados obtenidos y los costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de los recursos y la referente a la productividad de los servicios.

<sup>11</sup> La sustentabilidad implica que el sistema de salud tenga la capacidad para resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento, así como los retos de mantenimiento y desarrollo futuros.

<sup>12</sup> Esta medición incorporará dos aspectos: el espacio del respeto por el ser humano en que se otorgan los beneficios de salud, cuya evaluación es muy subjetiva y realizada por el paciente, y la orientación al cliente, que se puede apreciar en los lugares donde se atiende a los beneficiarios.

<sup>13</sup> La participación social tiene que ver con los procedimientos para que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud y se beneficien de los resultados de dicha influencia.

<sup>14</sup> Para medir el estatus de salud, la OMS utiliza la expectativa de vida al nacer ajustado por los años de vida saludable, AVISA.

		Tasa consultas por hbte	Registros sector
		Tasa de egresos por hbte	Registros sector
	RGS		
Enf No RGS	Patologías	Tiempos de espera	Registros sector
		Tasa consultas por hbte	Registros sector
		Tasa de egresos por hbte	Registros sector
Equidad		Cobertura por subgrupos	Registros sector
		Recursos por beneficiario por subgrupos	Registros sector
		Prestaciones por beneficiario por subgrupo	Registros sector
		Gasto de bolsillo por beneficiario por subgrupo	Registros sector
		Índice de equidad de OMS o	Registros sector
		Índices de Doorsalaer y Wagstaff <sup>15 16</sup> .	Registros sector
		Dispersión del porcentaje efectivo de los recursos destinados por las familias a salud, por quintiles de ingreso (incluye cotizaciones, copagos y Medicamentos)	Encuesta
		Brechas de equidad en la asignación de recursos públicos en los servicios de salud (recursos v/s necesidad)	Registros sector
Eficiencia		Medición de brechas de eficiencia en la asignación de recursos públicos en los servicios de salud (recursos v/s producción de prestaciones).	Registros sector
		Evaluación de los procesos de gestión de los prestadores.	Registros sector
		Evaluación del proceso de compra de prestaciones por parte de las aseguradoras	Registros sector
		Producción por hbte	Registros sector
		Cambio Modalidades de atención (ej: procedimientos que antes eran hospitalarios y ahora son ambulatorios)	
		Gasto público por niveles de atención	
		Evolución de la composición del financiamiento	
	Costo/prestación por previsión		
Calidad		Porcentaje de prestadores acreditados.	Registros sector
		% cumplimiento de los protocolos nacionales de diagnóstico y atención establecidos para el RGS.	Registros sector
		Evaluación del grado de Calidad por usuarios y personal	Encuesta
Sustentabilidad		Porcentaje de cobro de cotizaciones por parte de Fonasa	Registros sector
		Porcentaje de recuperación de préstamos realizados por el sector público.	Registros sector
		Porcentaje de cobro de copagos por parte de Fonasa o prestadores. Reducción de los falsos indigentes. % del PIB destinado a salud.	Registros sector
		Patologías trazadoras que requieren hospitalización (frecuencia, costo y estadía)	

<sup>15</sup> Equity in the Delivery of Health Care in Europe and US, Journal of Health Economics 19 (2000) 553-583.

<sup>16</sup> Donde la equidad vertical considera servicios preferenciales para aquellos con mayores necesidades y equidad horizontal considera tratamientos iguales para necesidades equivalentes.

- *Impacto a largo plazo*

**Tabla 3. Indicadores de Impacto Largo plazo**

Ámbito	Indicador
Nivel de Salud	Evolución Esperanza de Vida global por características relevantes
	AVISA global por características relevantes
	Tasa de Mortalidad global por características relevantes
	HALE global por características relevantes

Además en la medición del impacto de largo plazo se hará proyecciones de indicadores para determinar el beneficio “neto” de la Reforma.

#### **IV. Fuentes de Información e Indicadores disponibles**

El sector salud cuenta con un conjunto de sistemas de registros continuos, los que pueden complementarse con datos censales y de otras instituciones. La información existente en salud puede ser clasificada en:

1. **Estadísticas de Población**, que provienen de los censos los que se realizan cada diez años. Aportan datos demográficos, nivel educacional, vivienda, etc.

#### **2. Estadísticas Vitales (Ver Anexo 2)**

Las estadísticas vitales se basan en el registro de los nacimientos, defunciones, defunciones fetales, matrimonios, y otros, siendo de particular interés para el sector salud los nacimientos y las defunciones.

- *Natalidad*

La base de datos de natalidad incluye los Nacidos Vivos (NV) los que pueden ser categorizados por una serie de variables del: a) recién nacido (sexo, peso de nacimiento, atención profesional del parto) y b) de la madre (comuna de residencia, edad). A partir de estos datos se calcula la Tasa de Natalidad (por 1,000 habitantes) por área geográfica y para cada una de las variables anteriormente señaladas.

El registro de NV es considerado adecuado, estimándose que a nivel nacional habría un porcentaje de subregistro de 5%, es decir, solo un 5 % de los NV no serían inscritos en el país. Se desconoce el porcentaje de subregistro por área geográfica.

- *Mortalidad:*

La base de datos de defunciones comprende las defunciones ocurridas en cada año calendario y registradas hasta el 31 de marzo del año siguiente, distribuidas por sexo, edad, área geográfica (comuna), grandes grupos de

causas y causas específicas de muerte. El registro básico de mortalidad corresponde al certificado de defunción, que incluye variables, demográficas, socioeconómicas y causas de muerte. Las causas de muerte son codificadas en base a los Capítulos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

A partir de los datos registrados se calculan las tasas de mortalidad general (por 1,000 habitantes) y específicas (por 100,000) de acuerdo a las variables registradas. Entre las tasas específicas destaca las tasas por grupo de edad: Mortalidad Infantil (y sus componentes), Mortalidad en la Niñez, Mortalidad en Adolescentes, Mortalidad de los Adultos y Mortalidad de los Adultos Mayores. Además, se calcula el Índice de Swaroop que refleja la proporción de defunciones de 50 años y más sobre el total de defunciones y que puede ser calculado para cada sexo y área geográfica. Los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) y los Años de Vida Vividos con Discapacidad (AVISA) también son calculados a partir de esta base de datos.

La integridad del registro de defunciones es considerada buena, razón por la cual el INE no recomienda realizar correcciones para cálculo de indicadores de salud. Sin embargo, la persistencia de la importancia del conjunto de los Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio no Clasificados en Otra Parte entre los principales grandes grupos de causas de muerte en años sucesivos, revela deficiencias en la calidad del registro de las causas de muerte en el certificado médico de defunción.

### **3. Estadísticas de Morbilidad ( Ver Anexo 2)**

Las fuentes de datos de morbilidad existentes corresponden a las *Enfermedades de Notificación Ambulatoria*, *Egresos hospitalarios*, y Registros especiales (tumores malignos, accidentes, intoxicaciones y otros). Los dos primeros registros son de cobertura nacional e incluyen tanto al sector público como al privado. La integridad del registro de egresos hospitalarios es considerada adecuada, en cambio, la notificación de las enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica (de carácter obligatorio) presentaría subregistro especialmente cuando estas afectan a los adscritos al sector privado. El subregistro de la notificación no ha sido cuantificado, hecho que desde el punto de vista de las acciones a realizar no es de mayor relevancia, siempre que el grado de subregistro no experimente o haya experimentado variaciones. En todo caso, las notificaciones representan la mejor fuente de información para estimar la incidencia de las enfermedades infecto-contagiosas.

Las *licencias médicas*, constituyen una fuente de morbilidad, raramente utilizada con fines de determinación de frecuencia de enfermedad. Las licencias médicas se otorgan por un profesional de la salud (médico, matrona, odontólogo) en aquellos casos en que un episodio de enfermedad requiere reposo. En general, son otorgadas a los trabajadores dependientes y a aquellos independientes que realizan cotizaciones previsionales. Además de las licencias por enfermedad común, existen otros dos tipos de licencias, la licencia maternal y la del menor de un año. El aparente abuso de estas últimas las hace poco confiable para estimar la carga de morbilidad en este

grupo de edad. Si bien las licencias tienen la ventaja de identificar aquellas enfermedades que requieren reposo, y que por ende serían de mayor gravedad, tienen la desventaja de cubrir solo a una parte de la población (que es usualmente la con menos necesidades de salud), a lo que se agrega el uso “abusivo” de ellas el que se concentraría en ciertos tipos de causas.

Otra fuente indirecta para determinar la morbilidad la constituyen las *pensiones de invalidez otorgadas*, las cuales tienen la limitación de concentrar cierto tipo de entidades como las secuelas de accidentes. Además, no existe a la fecha un registro de calidad a nivel nacional.

Las encuestas de morbilidad percibida y comprobada como la encuesta de calidad vida y la encuesta nacional de salud, de próxima publicación, en la que se establece la prevalencia de ciertas enfermedades crónicas y factores de riesgo constituyen una interesante y útil herramienta para conocer la morbilidad de la población chilena. En este mismo contexto, la encuesta CASEN de MIDEPLAN que contiene preguntas relacionadas con el sector salud y de otros sectores, es de gran utilidad, teniendo además como ventaja la periodicidad de su realización.

#### **4. Estadísticas de Atenciones y Recursos (Anexo 3 y 4)**

Las atenciones brindadas por el sector público de salud así como los recursos existentes están compilados en un conjunto de formularios denominados Registro Estadístico Mensual (R.E.M). La serie R.E.M tiene como objetivos la: a) Recolección de datos estadísticos para el monitoreo y evaluación de las acciones de salud, b) Recolección de datos de la estructura, características poblacionales, factores de riesgo y grupos de edad de los usuarios a los que se otorga la atención, c) Recolección de datos de producción relacionadas tales como consultas, controles, exámenes de Laboratorio, Imagenología, Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicas Mayores y Menores realizados en la atención ambulatoria y de hospitalización, en los establecimientos propios del Servicio de Salud y de establecimientos que por convenio (servicios delegados) otorgan atención del nivel secundario y terciario, y d) Mantención de un sistema estadístico que proporcione información cuantitativa del sistema de salud .

*Los datos que registrados en la serie REM se organizan sobre la base de las actividades de los Programas, desagregados por edad y sexo, a la cual se agrega datos de la población en control. Además, incluye datos de actividades de apoyo diagnóstico, algunas de apoyo terapéutico e intervenciones quirúrgicas, realizadas en los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, sean estas efectuadas a pacientes ambulatorios u hospitalizados. Estos datos conforman la base de un sistema de información de carácter nacional, cuya recolección y procesamiento es realizado a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud.*

La serie consta de cinco partes, agrupadas por áreas temáticas cada una de las cuales esta constituida por hojas de calculo Excel:

Parte A: de utilidad para la recolección de información de nivel Primario y Especialidad, recoge información poblacional y de producción relacionada con los programas de salud.

- REM – 01 Atención de Salud de la Mujer
- REM – 02 Atención de Salud del Niño en el Nivel Primario
- REM – 03 Atención de Salud Adolescente en el Nivel Primario
- REM – 04 Atención de Salud Adulto
- REM – 05 Atención de Salud Adulto Mayor
- REM – 06 A Atención de Salud Mental
- REM – 06 B Atención de Salud Mental en el Nivel Secundario y Terciario
- REM – 07A Atención de Consultas de Especialidades en el Nivel Primario
- REM – 07B Atención de Consultas de Especialidades en el Nivel Secundario y Terciario
- REM – 09 Atención de Salud Odontológica
- REM – 10 Programa de Tuberculosis
- REM – 11 Pesquisa ETS según Serología
- REM – 12 Programa de Cáncer de Cuello Uterino y Cáncer de Mama
- REM – 19 Promoción de la Salud
- REM – 22 Horas de Consulta Médica de Atención Abierta por Nivel
- REM – 23 Atención Primaria de Salud por comuna

Parte B: de uso exclusivo para Hospitales y CRS, recolecta información de producción relacionada con urgencia, procedimientos, intervenciones quirúrgicas y salud ambiental:

- REM – 0 Facturación: Pago por Prestaciones
- REM – 8B Atención de Salud de Urgencia en Hospitales
- REM – 17 Actividades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- REM – 17 A Libro de Prestaciones de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- REM – 17B Actividades de Salud Ambiental
- REM – 21 Recursos Físicos
- REM – 25 Monitoreo de Prestaciones Valoradas

Parte C: recoge la información relacionada con Actividades de Protección Específica (vacunas) de uso en todos los establecimientos de salud (REM 13 y REM14)

Parte D: de uso en todos los establecimientos que entregan productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) Comprende REM 13 y REM14, respectivamente.

Parte E: para uso de establecimientos de Atención Primaria, recolecta información de producción relacionada con urgencia y procedimientos.

- REM – 8A Atención de Salud de Urgencia
- REM – 18 Actividades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (Para uso exclusivo de Establecimientos Municipales)

REM – 18 A Libro de Prestaciones de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico  
 REM – 8b Atención de Urgencia en Hospitales (con registros de las atenciones según procedencia y especialidad).

*La mayor desventaja de la serie REM se relaciona con su cobertura, es decir, solo cubre las prestaciones realizadas por el sector público, el que sin embargo cubre entre el 70 y 80% de la población. Para obtener información de producción de los establecimientos privados y complementar la información del sector público una buena fuente de información la constituyen los datos publicados por la Superintendencia de ISAPRES, que incluyen información sobre prestaciones ambulatorias y hospitalarias según sexo.*

## 5. Estadísticas Económico sociales

Estas estadísticas complementan la información del sector salud, permitiendo analizar los factores conocidos como “condicionantes” de salud. Entre estas se encuentran estadísticas de educación, vivienda, saneamiento, etc.

**En síntesis**, el país cuenta con un importante número de bases de datos de calidad, integridad y cobertura adecuada, que permite la entrega de información confiable y oportuna. Las bases de datos señaladas así como los registros complementarios (encuestas, datos de otros sectores sociales, etc.) se traducen en la publicación periódica de anuarios estadísticos, así como en la formulación estudios que analizan los datos obtenidos y su impacto en el sector salud.

Sobre la base de los datos recolectados, se calculan una serie de indicadores los que pueden clasificarse en <sup>17</sup> (Tabla 4):

- Indicadores demográficos,
- Indicadores de mortalidad,
- Indicadores socioeconómicos,
- Indicadores de morbilidad
- Indicadores de recursos, acceso y cobertura.

**Tabla 4. Indicadores de salud. Chile, 2004.**

Grupo de Indicadores	Tipo
Demográficos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Población total</li> <li>▪ Tasa cruda natalidad (por 1.000 habitantes)</li> <li>▪ Tasa cruda mortalidad (por 1.000 habitantes)</li> <li>▪ Crecimiento demográfico anual (%)</li> <li>▪ Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)</li> <li>▪ Porcentaje de población mayor de 65 años</li> <li>▪ Población urbana (%)</li> <li>▪ Razón de dependencia (por 100 habitantes)</li> <li>▪ Esperanza de vida al nacer por sexo y total:</li> </ul>
Mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mortalidad materna (razón por 10.000 nacidos vivos)</li> <li>▪ Mortalidad infantil (tasa por 1.000 nacidos vivos)</li> <li>▪ Mortalidad de menores de 5 años (razón por 1.000 nacidos vivos)</li> </ul>

<sup>17</sup> Basado en la iniciativa de Datos Básicos de Salud de la OPS

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Porcentaje de defunciones de menores de 5 años por sexo</li> <li>▪ Mortalidad por tumores malignos según sexo (tasa por 100.000 habitantes)</li> <li>▪ Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo (tasa por 100.000 habitantes)</li> <li>▪ Mortalidad por causas externas según sexo (tasa por 100.000 habitantes)</li> <li>▪ Mortalidad por Agresiones (tasa por 100.000 habitantes)</li> <li>▪ Mortalidad por Lesiones autoinfligidas intencionalmente ambos sexos (tasa por 100.000 habitantes)</li> <li>▪ Mortalidad por Accidentes de transporte terrestre (tasa por 100.000 habitantes)</li> <li>▪ Mortalidad por Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte (tasa por 100.000 habitantes)</li> <li>▪ Proporción de defunciones por síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte</li> <li>▪ AVPP promedio</li> <li>▪ Tasa de AVPP (por 10000)</li> </ul>
Socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Población alfabeta (de 15 y más años), por sexo y total (%)</li> <li>▪ Disponibilidad de calorías (Kcl /por persona /día)</li> <li>▪ Población con acceso a servicios: Agua potable (%) total y urbano / rural; y</li> <li>▪ Sistema higiénico de eliminación de excretas, total y urbano / rural</li> <li>▪ Producto Interno Bruto per capita (\$US)</li> <li>▪ Crecimiento medio anual del PBI (%)</li> <li>▪ Población bajo línea de pobreza (%)</li> <li>▪ Razón de ingreso 20% superior / 20% inferior</li> <li>▪ Tasa de desocupación (por 100 personas de 15 y más años en la fuerza de trabajo) , por sexo y total</li> </ul>
Morbilidad (Incidencia y prevalencia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incidencia (tasa por 100.000 habitantes) y letalidad (tasa por 100 enfermos) de enfermedades de notificación obligatoria como Tuberculosis, VIH /SIDA</li> <li>▪ Incidencia de bajo peso al nacer (&lt;2,500 g) (por 100 nacidos vivos)</li> <li>▪ Prevalencia de sobrepeso y obesidad en &lt; de 6 años (por 100)</li> <li>▪ Prevalencia de desnutrición y riesgo de desnutrición en &lt; de 6 años (por 100)</li> <li>▪ Prevalencia de ) bajo peso en embarazadas (por 100)</li> <li>▪ Prevalencia tabaquismo (por 100)</li> <li>▪ Prevalencia bebedores problema (por 100)</li> <li>▪ Prevalencia declarada de hipertensión arterial (por 100)</li> <li>▪ Prevalencia declarada de diabetes mellitus (por 100)</li> <li>▪ Prevalencia declarada de colelitiasis (por 100)</li> <li>▪ Prevalencia declarada de discapacidad visual (por 100)</li> <li>▪ Prevalencia declarada de discapacidad auditiva (por 100)</li> </ul>
Recursos, Acceso y Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilidad de algunos recursos humanos en establecimientos públicos hospitalarios y ambulatorios de especialidades (por 1.000 habts.): Profesionales y Técnicos paramédicos y auxiliares</li> <li>▪ Camas por 1,000 habitantes</li> <li>▪ Gasto público nacional en salud (como % del PIB)</li> <li>▪ Cobertura de inmunizaciones (%): BCG, Polio - DPT (tercera dosis), , anti Haemophilus influenzae tipo B, Tresvímica</li> <li>▪ Cobertura del Programa Nacional de Alimentación Complementaria en menores de 6 años</li> <li>▪ Cobertura del programa nacional de Alimentación Complementaria en embarazadas</li> <li>▪ Mujeres de 25 a 64 años con examen de detección precoz de cáncer cérvico uterino en los últimos 3 años</li> <li>▪ Porcentaje de nacidos vivos con atención profesional del parto (%)</li> <li>▪ Indicadores de producción por hbte (consultas, contro9les, visitas, intervenciones quirúrgicas, etc..)</li> </ul>

## V. Consideraciones y Requerimientos

- La reforma que se propone es un cambio tan radical al sistema de salud y a su financiamiento, que es imposible pretender evaluar todos los aspectos de ella con el diseño ideal y a un costo razonable. Dado lo anterior se ha identificado un modelo de evaluación que permite por una parte explorar e identificar los aspectos a evaluar, y por otra sirva para identificar en primera instancia las necesidades de los usuarios<sup>18</sup>.
- El tiempo que transcurre entre la implementación de una intervención (en este caso la Reforma) y el impacto de esta es considerable. Este hecho por sí solo, hace prácticamente imposible evaluar los resultados finales e incluso aquellos intermedios en un plazo relativamente corto. Esto implica que los esfuerzos de la evaluación debieran destinarse a la gestión del proceso en primera instancia, sin embargo, se carece en la actualidad del conocimiento de ellos, es por eso que se cree que sería importante realizar investigaciones acerca de su práctica y establecer estándares que permitan evaluarlos (benchmarking)
- La implementación de la evaluación en sí es difícil y la definición del rol de los evaluadores trascendente. Actualmente se propicia que exista una óptima comunicación entre los encargados de la evaluación y el grupo de trabajo que está implementando el cambio. Lo anterior obligaría a que la constitución de los grupos evaluadores se realice lo más pronto posible.
- Disponer del instrumental de medición elaborado por alguna institución con experiencia en la materia, de modo de disponer de los conocimientos técnicos específicos para su realización.
- Conocer experiencias internacionales en la evaluación de reformas a sistemas de salud, así como de su proceso de implementación.
- Conocer mejor los indicadores existentes para la evaluación, sus características y su posibilidad práctica de ser implementado.
- Contar con una metodología que permita lograr el apoyo tanto del sector público como del sector privado al proceso de evaluación.
- Que la medición sea realizada por alguna institución que esté validada tanto a nivel nacional como internacional.

---

**18**

Los resultados de las evaluaciones son usados para la toma de decisiones (uso instrumental), con fines de persuasión o de índole conceptual. Estos usos son considerados legítimos ya que sirven distintos propósitos para diferentes tipos de individuos

- Analizar la posibilidad de separar la evaluación en distintos instrumentos, los que podrían ser puestos en práctica por distintas instituciones, en vez de dejarlo todo como una sola unidad.
- Que todas las mediciones de una misma área sean realizadas por la misma institución, con el objetivo de disminuir los sesgos que introduciría un cambio en la entidad que aplica el instrumento.

## VI. Referencias

- “Reunión Especial sobre Reforma Sectorial” (Washington DC, septiembre de 1995)
- “Progreso de las actividades de Reforma Sectorial” presentado al Comité Regional de la OPS (septiembre de 1996);
- “Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial” (septiembre de 1997);
- <http://www.mideplan.cl>
- The Canadian Community Health Survey (CCHS) - Cycle 1.1
- Equity in the Delivery of Health Care in Europe and US, Journal of Health Economics 19 (2000) 553-583.
- <http://www.minsal.cl> ( Estadísticas, Epidemiología, CONASIDA, programas, documentos AUGE)
- <http://www.fonasa.cl>
- <http://www.sisp.cl><http://www.ine.cl>
- <http://www.conace.cl>
- <http://who.int>
- <http://www.paho.org>
- <http://ispch.cl>
- <http://sesma.cl>
- Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH. Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, efficiency, and Equity. Health Administration Press
- OMS (2000). Informe sobre la Salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
- Saltman RB, Ferrousier-Davis O. On the concept of stewardship in health policy. Bulletin of the World Health Organization, 2000;78(6)
- Walt G, et al Health sector development: from aid coordination to resource management. Health Policy and Planning 1999; 14(3):207-218
- Walt G, et al. Health sector development: from aid coordination to resource management. Health Policy and Planning 1999; 14(3):207-218
- Scott G. (2000) Corporatization in New Zealand hospitals; En Preker AS, Harding A, eds. Innovations in health service delivery: corporatization in the hospital sector. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives. WHO regional Publications. European series, N 92
- Baum F Researching public health: behind the qualitative-quantitative debate. Social science and medicine, 40(4):459-468
- Krasnik A. The concept of equity in health services research. Scandinavian Journal of social Medecine,24(1):2-7(1996)

## ANEXO N°1 DINÁMICA DEL PROCESO DE REFORMA

### **Diseño**

El diseño de los contenidos actuales fue encargado a una Comisión de Reforma instalada por fuera de la línea del Ministerio de Salud, relacionada directamente con el Presidente de la República y el Ministro y el Subsecretario de Salud.

Una vez completada la fase de diseño y entregados los contenidos encargados, esta Comisión de Reforma se dividió en dos grupos. Uno se integra como asesor directo del Ministro y del Subsecretario para acompañar el proceso de desarrollo de la reforma de la salud. El otro grupo se integra a la línea ministerial por medio de la Unidad de Integración de Redes en la División de Gestión de la Red Asistencial

### **Negociación**

Los diversos temas de la reforma no han sufrido el mismo proceso de negociación, ni han sido expuestos a los mismos actores. Aunque la resistencia al cambio ha ocurrido con fuerza en los actores previstos, es posible mejorar sensiblemente este aspecto mediante comunicaciones internas y externas que faciliten la instalación de los temas de la Reforma de la Salud en la conciencia colectiva tanto de los profesionales y trabajadores de la salud como de la opinión pública

### **Implementación**

Se refiere a las aplicaciones formales y funcionales que modifican las actividades y los actores que cumplen las funciones que el proceso de Reforma de la Salud pretende cambiar

### **Evaluación**

Pretende medir el cumplimiento de los objetivos sanitarios (impacto) y el desarrollo del proceso global de diseño, negociación, implementación y evaluación.





**ANEXO N° 2  
INFORMACIÓN EN SALUD**

Tipo	Periodicidad	Indicador	Cobertura	Disponibilidad	Comentarios
Natalidad	Anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tasa de Natalidad</li> <li>▪ Atención Profesional del parto (%)</li> </ul>	Nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MINSAL. Dpto. Estadísticas e Información de Salud.</li> <li>▪ INE</li> </ul>	La edad de la madre, es agrupada para las menores de 15 años, las de 15 a 19 años, las de 20 a 34 años y las de 35 años y el peso de los niños al nacer en Bajo peso: Menos de 2.500 gramos, Peso insuficiente: De 2.500 a 2.999 gramos y Peso normal: De 3.000 gramos y más.
Mortalidad	Anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tasa de Mortalidad general y específicas por edad, sexo, causa ( grupo y específicas), región, SS y comuna</li> <li>▪ Tasas de mortalidad ajustadas por edad según causas específicas y sexo</li> <li>▪ Índice de Swaroop</li> <li>▪ Esperanza de Vida quinquenal, por sexo y total</li> </ul>	Nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MINSAL. Dpto. Estadísticas e Información de Salud.</li> <li>▪ INE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esperanza de vida calculada por métodos demográficos</li> <li>▪ Estudios específicos de mortalidad incluyen: AVPP por comunas y SS, REM por comunas y Servicios de Salud</li> <li>▪ AVISA nacional y regional</li> </ul>
Enfermedades de Notificación Obligatoria	Semanal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tasas de morbilidad por edad, sexo, SS, Región y tipo de enfermedad</li> <li>▪ Letalidad</li> </ul>	Nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MINSAL. Dpto. Estadísticas e Información de Salud.</li> </ul>	Las enfermedades de notificación obligatoria incluyen cólera, fiebre tifoidea y paratifoidea, tuberculosis, carbunco, leptospirosis, tétanos neonatal, tétanos, difteria, tos ferina, infecciones meningococicas, sífilis, gonorrea, dengue, rubéola, hepatitis A y B, parotiditis, malaria, hidatidosis, triquinosis, hantavirus.
I.R.A.	Diaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atenciones de urgencia de niños &lt; 15 años y adultos.</li> <li>▪ Hospitalizaciones de niños &lt; 15 años y adultos.</li> </ul>	Nacional	MINSAL.	Incluye Servicios de urgencia y SAPU seleccionados de la Región Metropolitana
Estado Nutricional	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tasa &lt; 6 años (por100 bajo control) por condición nutricional (riesgo, desnutridos, sobrepeso, obeso,</li> </ul>	Nacional, afiliados	MINSAL. Dpto. Estadísticas e	<b>El diagnóstico nutricional integrado debe ser concordante con la</b>

		<p>desnutrición secundaria) por grupo de edad, SS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estado nutricional embarazadas: Corresponde al recuento de la población de embarazadas desagregada por grupos de edades según evaluación del estado nutricional, considerando la evaluación individual</li> <li>▪ Estado Nutricional Adulto Mayor</li> </ul>	sector publico	Información de Salud.	<p><b>clasificación de los 3 indicadores P/E, P/T, T/E vale decir niños -2 DS P/E se clasifican como desnutridos y +2 DS; + 1 DS como obeso y sobrepeso respectivamente.</b></p> <p><b>El número de niños con P/T +1 DS es igual al número de niños calificados como Sobrepeso en el diagnóstico nutricional integrado.</b></p>
Infecciones Intrahospitalarias (IIH)	Anual	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tasa de Infecciones por tipo de infección y agente etiológico</li> <li>▪ Mortalidad por IIH</li> <li>▪ Brotes epidémicos</li> <li>▪ Sensibilidad a antimicrobianos</li> <li>▪ Infecciones resistentes a Vancomicina</li> </ul>	Año 2000 ( 90 de 185 hospitales del SNSS, 85% del total de camas)	MINSAL. División de Planificación y Presupuesto, Departamento de Calidad de Prestadores.	Tipo de infección incluye: Infecciones Tracto urinario, Endometritis puerperal, herida operatoria, Infecciones respiratorias inferiores, torrente sanguíneo, gastrointestinales. Tasas por 100 egresos entre 1987 y 1993
Reacciones Adversas en Hemodiálisis	Anual	Tasas específicas por 100 procedimientos	En promedio 5 de 166 centros	MINSAL. División de Planificación y Presupuesto, Departamento de Calidad de Prestadores.	Reacciones adversas incluyen hipotensión, calofríos, fiebre, infecciones, cefaleas y calambres
VIH-SIDA y Enfermedades de Transmisión sexual (ETS)		Tasa incidencia de SIDA por 100000 habitantes por sexo, edad, región Distribución porcentual de la categoría de exposición	Nacional	MINSAL. CONASIDA.	Existe información disponible para cálculo de tasas por nivel socioeconómico (escolaridad, ocupación) y urbano-rural
CASEN	Cada dos años	Encuesta de Caracterización Socioeconómica	Nacional	MIDEPLAN	Registra datos de salud, vivienda, educación, trabajo, nivel socioeconómico
Calidad de Vida	Primera vez	Factores de Riesgo nacionales y regionales. Enfermedades crónicas	Nacional	MINSAL. Dpto. de Epidemiología	Morbilidad percibida y de factores de riesgo

Encuesta Nacional de Salud 2003	Primera vez	Medición del estado de salud de HTA, dislipidemias, obesidad, diabetes, disfunciones articulares, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, depresión, patologías renales, alteraciones visuales, alteraciones auditivas, patología buco-dental, anemia, cáncer de próstata, cáncer de cuello uterino, reflujo gastroesofágico, hepatitis A, B, C, consumo tabaco, virus Hanta, daño cognitivo adulto mayor	Nacional	MINSAL-INE	Resultados por publicar
Acceso Universal Garantías Explicitas (AUGE)	Mensual	Incluye datos sobre pacientes (RUT, sexo, edad, previsión), diagnóstico, establecimientos (comuna, admisión, hrs. asignadas), garantía de oportunidad (diagnóstico y tratamiento: Normal, por vencer, vencida), motivo de egreso, causa fallecimiento, tipo de derivación, profesión especialista, causas cambios hora, y prestaciones realizadas.  Produce informes de gestión: pacientes auge por problema de salud según estado, reporte autoridades por problema de salud, estado de pacientes según problema de salud.  Produce las estadísticas siguientes: Lista de casos registrados y características de los pacientes (acumulado y mensual), listado de casos confirmados, tempo de respuesta y características de los pacientes, atenciones a casos AUGE confirmados según patología y atenciones realizadas a pacientes AUGE confirmados y valor de facturación mensual. Pueden ser por región, servicio de salud y hospital.			Se confecciona registro ad hoc para casos confirmados. Va incorporando patologías. Revisión propuesta del sistema: tres años.
Licencias Médicas	Anual	Incluye datos demográficos, causa de licencia y días y lugar de reposo.		Trabajadores dependientes, Nacional	Financia FONASA e ISAPRES

**ANEXO N° 3**  
**INFORMACIÓN EN ATENCIONES Y RECURSOS**

Tipo	Fuente	Características	Cobertura	Comentarios
Atenciones	REM 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12	<p>Se informa de consultas y controles médicos por programas de salud y actividades de urgencia y recuperativas odontológicas por comuna, realizadas en todos los establecimientos de Atención Primaria de Salud, Postas de Salud Rural y otros niveles de complejidad. Además se categorizan por edad, sexo, SS</p> <p>ión de cobertura de enfermedades crónicas y mentales</p> <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atención Médica en APS</li> <li>▪ Controles ESPA</li> <li>▪ Atención Médica Especialidad</li> <li>▪ Atención Odontológica en APS ((incluye sedación y anestesia, actividades efectuadas por técnico paramédico dental, urgencia, consultas repetidas o subsecuentes)</li> <li>▪ Atención Odontológica en especialidades</li> <li>▪ Atención de Urgencia ((Incluye pacientes en camilla de observación, traslados y rescates)</li> <li>▪ Atención del Adulto Mayor</li> <li>▪ Atención de la mujer</li> <li>▪ Salud Mental de APS (incluye Intervención Psicosocial, Psicoterapia Grupal, Programa de Alcohol y Drogas.)</li> <li>▪ Salud Mental de Especialidades ((Sesiones de peritaje por psiquiatra, Programa de</li> </ul>	<p>Nacional</p> <p>Incluye la totalidad de los establecimientos que conforman la red asistencial: Hospitales, Consultorios Urbanos, Consultorios Adosados a Hospitales, Consultorios y Postas Rurales, Centros de Atención Familiar u otros establecimientos, ya sean públicos o delegados</p>	<p>Control salud y crónicos, Consultas generales y específicas (Lactancia Materna, nutricional, social, psicología), Visitas y Atención en Domicilio integral, epidemiológica), Educación de grupos e Interconsultas generadas Nivel Primario de Atención, Interconsultas generadas Nivel Primario de Atención, Consejería (adolescentes, ETS / SIDA,. Se categorizan por tipo de profesional</p> <p>Población bajo Control total, según estado (estado Nutricional, Desarrollo Psicomotor, tipo de alimentación, Score de Riesgo), sexo, edad (infantil, adolescente) y cobertura.</p> <p>En población de 10 a 19 años, según sexo, consultas por patología crónica epilepsia, diabetes Mellitus, hipertensión Arterial, enfermedad Reumática, enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), trastornos Alimentarios, dislipidemias, y alivio del dolor</p> <p>En atención salud del adulto se incluye ESPA, controles de enfermedades no transmisibles, QUALIDIAB, evaluación anual pie diabético, cobertura de otras enfermedades crónicas y población con ESPA vigente, programa de salud cardiovascular, abandonos, pacientes con factores de riesgo, clasificación del riesgo cardiovascular, pacientes diabéticos con tratamiento de insulina, pacientes</p>

		<p>Rehabilitación para personas con trastornos psiquiátricos).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervenciones quirúrgicas</li> <li>▪ Exámenes y procedimientos de apoyo</li> <li>▪ Programa de Tuberculosis (Acciones bacteriológicas, Casos según fundamento del diagnóstico, edad y condición).</li> <li>▪ Pesquisa ETS según Serología ( Incluye Sífilis, hepatitis, infección VIH)</li> <li>▪ Cáncer Cervicouterino y mama (PAP, Examen físico de mama)</li> </ul>		<p>diabéticos con hemoglobina glicosilada. En adulto mayor a estas se agregan actividades comunitarias, reuniones clínicas del adulto mayor, población en control con aplicación del EFAM Chile<sup>19</sup>, control de salud de seguimiento de adultos mayores autovalentes, control de salud de seguimiento de adultos mayores autovalentes con riesgo, control de salud de seguimiento de adultos mayores dependientes o postrados.</p> <p>Incluye controles, consultas, Visitas Domiciliarias, Atención en Domicilio, Educación de Grupo, Control Embarazo con pareja, Interconsultas generadas en el nivel Primario, y Regulación de Fecundidad, Partos (con presencia del padre) y Abortos, Esterilizaciones.</p>
Programa Prestaciones Valoradas (PPV)	REM 25	<p>Comprende: Programa de Prestaciones Complejas, Programa del Adulto Mayor (PAM), Programa Oportunidad de la Atención (POA). Urgencia y Rescate Pre-Hospitalario y Salud Mental</p> <p>Se calcula % de cumplimiento que corresponde al cálculo matemático porcentual de las actividades realizadas en relación a las comprometidas</p> <p>Urgencia y rescate pre-hospitalario incluye consultas Médicas de Urgencia de Establecimientos tipo 1, 2 y 3, Días camas de Unidades Críticas, y Rescate SAMU.</p>	Beneficiarios de la Ley 18.469.	<p>Se basa en prestaciones trazadoras definidas por FONASA.</p> <p>Los SS suscriben convenios con FONASA</p> <p>El Programa de Prestaciones Complejas, considera canastas PAD de Cardiocirugía con CEC y Procedimientos Cardiológicos, Neurocirugía y Angiografía Cerebral, Trasplante Renal, Trasplante Hepático, Tratamiento Integral de Fibrosis Quística, Prestaciones Oncológicas, así como prestaciones de Cirugía Oftalmológica, que pueden ser realizadas por aquellos Servicios que cuenten con acreditación específica del Ministerio de Salud y para los cuales se definan las intervenciones quirúrgicas a realizar, establecidas dentro del marco de los respectivos</p>

<sup>19</sup> El EFAM CHILE constituye un instrumento de screening para detección de riesgo de pérdida de funcionalidad en el adulto mayor considerándose esta variable como principal indicador del estado de salud de la persona mayor. Así, de acuerdo a una pauta ponderada los adultos mayores son clasificados como autovalentes, autovalentes con riesgo, dependiente y postrados, diagnóstico relevante para la elaboración de un plan de Atención de acuerdo a su grado de dependencia.

				<p>Compromisos de Gestión.</p> <p>El Programa del Adulto Mayor está dirigido a los beneficiarios legales del sistema, mayores de 65 años. Tiene como objetivo, mejorar la calidad de vida de este grupo de la población principalmente en lo que se refiere a mejorar la discapacidad funcional.</p> <p>El Programa del Adulto Mayor está dirigido a los beneficiarios legales del sistema, mayores de 65 años. Tiene como objetivo, mejorar la calidad de vida de este grupo de la población principalmente en lo que se refiere a mejorar la discapacidad funcional.</p> <p>El Programa del Adulto Mayor está dirigido a los beneficiarios legales del sistema, mayores de 65 años. Tiene como objetivo, mejorar la calidad de vida de este grupo de la población principalmente en lo que se refiere a mejorar la discapacidad funcional.</p> <p>El Programa del Adulto Mayor está dirigido a los beneficiarios legales del sistema, mayores de 65 años. Tiene como objetivo, mejorar la calidad de vida de este grupo de la población principalmente en lo que se refiere a mejorar la discapacidad funcional.</p> <p>El Programa Oportunidad de la Atención Corresponde a un Programa de implementación a nivel nacional, que tiene como principio fundamental el acceso oportuno a un conjunto de intervenciones quirúrgicas definidas por la autoridad sanitaria, en el marco de las prioridades de salud, con énfasis en los tiempos de espera como indicador de satisfacción del beneficiario.</p>
PNAC y PACAM	REM 15 y REM 16	PNAC: Incluye Distribución (kilos) a Población Beneficiaria del S.N.S.S., Número de Personas Beneficiarias del S.N.S.S. y Existencia y Movimiento Total de Productos (Incluye Beneficiarios del S.N.S.S. y no Beneficiarios). En el caso del adulto se contabiliza el Número de Personas que Retiran del S.N.S.S.	PNAC: Incluye Beneficiarios del S.N.S.S. y no Beneficiarios	

		Se puede calcular disponibilidad, Kg. distribuidos, mermas y saldos		
Salud Ambiental y Ocupacional	REM 17 B	Se obtiene Volumen de actividades y total facturado por tipo de actividad.	Publico y privado	Salud ambiental incluye inspección aérea, inspección de emergencia ambiental, evaluación de impacto ambiental, toma muestra aguas servidas, mediciones de biogás, mediciones de ruidos en locales de uso publico, control de alimentos, educación, inspección de zoonosis, programa de vigilancia de la calidad del aire, prestaciones de laboratorio del ambiente  ocupacional incluye inspección o visita, inspección de equipos críticos, evaluación y control del trabajador, toma de muestra y mediciones, educación, exámenes complementarios (audiometrías en cámara silente, espirometría , etc.)
Vacunación	REM 13 y 14	Cobertura vacunación por edad, sexo, SS y tipo de vacuna Personas mordidas, con esquema completo, con esquema incompleto	Nacional	Incluye vacunas de acuerdo a esquema vigente, rabia. En campañas anti-influenza, anti-sarampión, anti-hepatitis B
Hospitalización	Formulario Egreso	Tasa de egresos por causa, edad, sexo, causas	Nacional, publico y privado	Basada en Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10
Recursos	REM	Camas por SS y establecimiento por 1000 habitantes	Nacional, publico y privado	
Listas de Espera a nivel secundario y terciario (Compromiso de Gestión N° 15)	REM 7ª y 17A	Monitoreo de Interconsultas que incluye establecimiento de referencia, de origen, comuna, especialidad, motivo, sexo, edad y fechas entre otros. Define trazadoras.  Indicadores <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ingresos, egresos y tiempos de permanencia en listas de espera</li> <li>▪ (N° pacientes operados listas de espera cirugías</li> </ul>	Nacional, beneficiarios sector Publico	Se inicia en año 2003. Hay 4 tipos: consultas de especialidad, intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos, y tratamientos ambulatorios u hospitalarios.  Cortes de tiempo establecidos para especialidad e intervenciones quirúrgicas: < 30 días, 30-60 días, 60 días y más. Para

		<p>trazadoras /N° total de pacientes operados en cirugías trazadoras) por 100</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (N° pacientes operados listas de espera especialidades trazadoras /N° total de pacientes operados en especialidades trazadoras) por 100</li> <li>▪ (N° pacientes operados listas de espera procedimientos trazadoras /N° total de pacientes operados en procedimientos trazadoras) por 100</li> </ul>		<p>procedimientos diagnósticos y tratamientos los cortes de tiempo son &lt; 15 días, 15-30 días y 30 y más</p> <p>Intervenciones quirúrgicas trazadoras corresponden a colecistolitiasis, hernias y adenoma próstata. Especialidades trazadoras: Cardiología, ORL, Traumatología y 3 incorporadas a nivel local Procedimientos trazadoras: Ecografía biliar, Ecocardiografía, Endoscopia oral alta y tres de elección local</p>
Pertinencia de derivación de AP a consulta médica especialidad	Compromiso de Gestión N° 16 "Red Electiva"	% de pertinencia por especialidad, diagnóstico, SS	Nacional, beneficiarios sector Publico	<p>Se inicia en año 2003 , excluye urgencia. Corresponde a una muestra de consultantes citados de un solo día , dos veces al año. Considera diagnóstico y evaluación de pertinencia por especialista. Establecimientos, SS y MINSAL</p> <p>Especialidades trazadoras son ORL, Oftalmología y Traumatología</p>
Actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico	REM 17	<p>Incluye Exámenes de Diagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia, Procedimientos de Ortopedia, Hemodiálisis, Actos Quirúrgicos e Intervenciones Quirúrgicas, Intervenciones Quirúrgicas por Tipo de Intervención, Misceláneos, Despacho de Recetas, Atención Integral Terapéutica y Kinésica a Pacientes Ambulatorios, Rondas por Tipo y Profesional</p> <p>Datos por comuna ( incluye SAPU), edad, sexo</p>	Nacional, beneficiarios sector Publico	<p>Generación automática de datos del REM 17<sup>a</sup></p> <p>Consigna compra de servicios</p> <p><b>Intervención quirúrgica se clasifican en Mayores No Ambulatorias, Menores y Mayor Ambulatorias, desagregados por tipo de intervención (Electiva, Urgencia y Total).</b></p> <p>Recetas y prescripciones solicitadas a la unidad de farmacia para pacientes crónicos ( Epilépticos, Diabéticos, Hipertensos, Hipertiroidismo y Asma Bronquial) y / o Morbilidad Total y el número de prescripciones rechazadas para la morbilidad general.</p> <p>Ronda Terrestre, Aérea o Marítima especificando el tipo de Profesional que la realiza.</p>
Recursos	REM 22	Horas médicas disponibles y ocupadas en atención	Nacional,	Solo considera horas de consultas y controles

Humanos		<p>abierta por nivel primario y secundario, especialidades, y jornada (mañana, tarde, extensión horaria)</p> <p>Porcentaje de utilización: porcentaje de horas que fueron utilizadas sobre el total de horas de que se dispuso.</p>	beneficiarios sector Publico	
Recursos Físicos	REM 21	<p>Capacidad instalada y utilización de los pabellones quirúrgicos según tipo</p> <p>Capacidad disponible y utilización de algunos equipos específicos ( que el establecimiento posea).</p> <p>Promedio de horas ocupadas por pabellón: número de horas promedio diarias utilizadas por pabellón.</p> <p>Porcentaje de utilización: porcentaje de las horas ocupadas más las horas de preparación en relación con las horas disponibles mensuales por tipo de pabellón. indica el grado de uso del recurso.</p>	Nacional, beneficiarios sector Publico	Se incluyen los pabellones destinados a Cirugía Electiva, Urgencia, Obstétricos, Oftalmológicos e Indiferenciados, entendiéndose por estos últimos los que se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia.

