



GOBIERNO DE CHILE  
SUPERINTENDENCIA DE SALUD  
Departamento de Estudios y Desarrollo



# **EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS E IMPACTOS DE LA REFORMA SANITARIA AL SISTEMA DE SALUD DE CHILE**

**Ministerio de Salud  
Superintendencia Salud**

Septiembre de 2003

En este documento se presenta una breve descripción de los objetivos que tendrá el proyecto que posibilitará evaluar los procesos e impactos de la reforma al sistema de salud chileno.

## **I. Introducción**

### **Valores y Principios que Sustentan la Reforma a la Salud.**

El 22 de mayo de 2002, el Presidente de la República, en el mensaje con que se da inicio al estudio del proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud, establece los pilares fundamentales sobre los cuales descansa la reforma a la salud, de la siguiente manera:

#### **1. Derecho a la salud.**

*Para el Gobierno, la salud es un derecho de las personas.*

*Esto significa que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país.*

*Para resguardar el derecho a la salud, no basta con su declaración, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.*

#### **2. Equidad en salud.**

*La equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar.*

*La reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud.*

*Hoy, en nuestro país, existen situaciones de desigualdad respecto de la salud de las personas, tanto en el acceso a los servicios como en los resultados observados en los indicadores nacionales, que se expresan, entre otros, en diferencias significativas en la*

*esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas.*

*La inequidad es producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación del progreso económico y social, que abarca muchas esferas de la vida de las personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de vida de las personas y un aumento de la discapacidad y dependencia.*

*Por el contrario, la equidad es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y a ello tenemos que dedicar nuestros mayores esfuerzos.*

*Así, la mortalidad infantil ha mostrado un sostenido descenso en las tasas, desde 32 por 1.000 nacidos vivos en 1980 a 10 por 1.000 nacidos vivos en 1998. Sin embargo, detrás de estas cifras se esconden grandes diferencias geográficas y por estrato socioeconómico, que resultan en brechas de equidad. Por ejemplo, un niño hijo de una madre sin instrucción, tiene un riesgo de morir en el primer año de vida 5 veces mayor que un hijo de una madre con instrucción; y se registran diferencias de hasta 15 veces en la mortalidad infantil de comunas urbanas de alto nivel socioeconómico con sus homónimas rurales y pobres.*

### **3. Solidaridad en salud.**

*Otro de los principios que inspiran la reforma es la solidaridad, entendida como el es-fuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos.*

*Igualar garantías implica que los sanos solidarizan con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con las personas de edad avanzada y los ricos con los pobres.*

### **4. Eficiencia en Uso de Recursos.**

*Para poder materializar los valores de equidad y solidaridad en salud, de forma que los ciudadanos puedan hacer efectivo su derecho a la misma, es condición necesaria alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de los recursos que crecientemente se invertirán en el sector.*

*Es reconocido el esfuerzo de inversión fiscal que se ha realizado en la última década en el sistema de salud, destinado principalmente a recuperar la infraestructura pública, fortalecer la atención primaria y recuperar el poder adquisitivo de las remuneraciones del personal del sector.*

*Sin embargo, existe evidencia que este esfuerzo podría haberse reflejado de manera más significativa en la cantidad y calidad de las prestaciones otorgadas a la ciudadanía. Existe, por lo tanto, un espacio para lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos, que se traduzca en una mejor atención médica y un mejor trato para la población.*

*Esta mayor eficiencia debe alcanzarse a través de mejoras de gestión, que involucran tanto los ámbitos de recursos humanos y financieros, donde es necesario terminar con problemas de administración de personal y de deuda, entre otros; como a los propios beneficiarios, en lo referente a una mejor focalización y uso de los subsidios en salud.*

*En consecuencia, el compromiso de lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos implica un esfuerzo tanto de prestadores como de usuarios, y va en directo beneficio de la salud de la población.*

## **5. Participación social en salud.**

*La participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales, constituye una dimensión importante de la vida cívica democrática.*

*Implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos.*

*Permite, asimismo, que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto al sistema de salud y las correspondientes políticas públicas.*

*La participación ciudadana debe comprenderse como un mecanismo de mejoramiento social de las actividades de salud.*

*La adecuada e informada participación de los usuarios, requiere transparencia para llevar a cabo el proceso y para conocer sus resultados. Ello asegurará la legitimación social de nuestro sistema de salud y la superación de la insatisfacción ciudadana que hemos registrado en los últimos años. Definir un modelo de participación adecuado a nuestra realidad e implementarlo, es propósito de la reforma a la salud.*

*Para un proceso de mejoramiento integral, profundo y eficiente del sistema de salud es necesario darle la mayor relevancia a la interlocución con los actores sociales involucrados, cómo se compromete su participación, y cómo se generan mecanismos para conocer y aprovechar sus aportes.*

*Nuestro compromiso con el derecho a la salud y los valores de equidad, solidaridad, eficiencia y participación es éticamente insoslayable y socialmente indispensable.*

Tal como se puede apreciar, esta es una reforma ambiciosa, ya que, no solo se establece el derecho a la salud, sino que adicionalmente, se establecen garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

En la medida que sean aprobados los distintos componentes de la reforma, se espera que estos empiecen a rendir frutos, en forma de avance en el logro de los desafíos que le dieron origen. No obstante lo anterior, resultaría de gran utilidad el poder disponer de información cualitativa y cuantitativa respecto de la magnitud de estos avances en las distintas áreas. Esta información podría ser utilizada, por una parte, para conocer cuales de las medidas tomadas han sido más efectivas y, por otra, cuales de ellas requieren de algún ajuste que permita aumentar su efectividad. Así mismo, la información recabada podría ser utilizada para orientar la normativa que necesariamente deberá acompañar la implementación de las leyes que componen la reforma.

Por otra parte, la experiencia de la reforma sectorial debe ser estudiada sistemáticamente con el objetivo de construir una base de conocimiento que permita guiar a los países y agencias de cooperación involucradas en la reforma<sup>1</sup>.

Por último, esta evaluación, puede ser de gran utilidad para aquellos Estados que están tanteando la posibilidad de reformar sus propios sistemas de salud, donde, en el caso que los avances reflejados en las mediciones sean significativos, situación que esperamos, ellos puedan considerar la reforma al sistema de salud de Chile, como un ejemplo a seguir.

Es por todo lo anterior que se propone la realización de un proyecto que permita evaluar la reforma al sistema de salud chileno, tanto desde la perspectiva de los procesos como de los impactos que esta tenga.

## II. Objetivos del Proyecto

Evaluar la reforma al sistema de salud chileno, tanto desde la perspectiva de los procesos como de los impactos.

## III. Modelo de Evaluación

Para el caso chileno, el modelo considera evaluar los contenidos de la reforma de acuerdo al siguiente esquema:

ÁREAS DE EVALUACIÓN	
PROCESOS	IMPACTOS
Los contenidos de la reforma serán evaluados, en cuanto a procesos, desde la perspectiva de la dinámica de los procesos desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud <sup>2</sup> .	Los contenidos de la reforma serán evaluados, respecto de resultados, en el cumplimiento de los objetivos establecidos en los marcos metodológicos determinados para dichos fines por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

## IV. Evaluación de Procesos

El seguimiento del proceso incorpora el análisis y descripción de dos áreas, la dinámica y los contenidos del proceso<sup>3</sup>. La dinámica considera los distintos momentos del proceso de reforma (génesis, diseño, negociación, implementación y evaluación), así como las características, propuestas y relaciones de los principales actores (sociales o institucionales, públicos y privado, nacionales, subnacionales o internacionales) involucrados en ellas. Los contenidos del proceso incorporan las estrategias diseñadas y las acciones efectivamente emprendidas.

<sup>1</sup> TERUEL, J. R. (sin fecha). Health Sector Reform, Monitoring and Coordination [en línea]. <http://www.americas.health-sector-reform/greylit/docs/s0006.pdf> [2003, Septiembre 10]

<sup>2</sup> La dinámica de los procesos se refiere a las fases posibles de reconocer en cualquier proceso. Para los efectos del trabajo se establecen las siguientes: diseño, negociación, implementación y evaluación. En el anexo n° 1 se presenta la dinámica del proceso de reforma.

<sup>3</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].

La evaluación de los procesos otorga la oportunidad de corregir desviaciones, tanto de los objetivos como de los resultados esperados. La probabilidad de descubrir las desviaciones del proceso dependen de su monitoreo y seguimiento permanente. Esto permite rediseñar su implementación para lograr los impactos esperados (sanitarios, financieros, etc.).

El monitoreo es más que una mera recolección de datos, es parte de un esfuerzo nacional que involucra a todas las instituciones sociales, gubernamentales y no gubernamentales, y demás actores que tienen un rol clave en la definición y ejecución de los planes y políticas de salud. El monitoreo sirve como la base para el análisis de la información actualizada que se utilizará para evaluar y tomar las medidas adecuadas que permitan, de mejor manera, satisfacer los objetivos del programa de reforma<sup>4</sup>.

La evaluación de los resultados de la Reforma debe realizarse tanto en la perspectiva de sus resultados propiamente tales (impacto) como en la perspectiva de los procesos involucrados. Particularmente en la realidad de nuestro país cuya vocación de monitoreo y evaluación es muy precaria

## Contenidos de la Reforma

Se refiere a los contenidos esenciales de la Reforma de la Salud, es decir, las estrategias diseñadas y las acciones efectivamente emprendidas.<sup>5</sup>

1. Objetivos Sanitarios
2. Régimen de Garantías
3. Separación de Funciones<sup>6</sup>
4. Modelo de Atención<sup>7</sup>
5. Modelo de Financiamiento
6. Desarrollo y Gestión de los Recursos Humanos
7. Sistemas de Información

### 1. Objetivos Sanitarios

Los Objetivos Sanitarios fueron elaborados por el Ministerio de Salud y están sancionados como documento oficial para direccionar las actividades del sector y orientar las políticas sectoriales específicas.

LOS OBJETIVOS SANITARIOS			
ETAPAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	INDICADORES
Diseño	Finalizado	Finalizado	Finalizado
Negociación	Finalizada	Finalizada	Finalizada
Implementación	Finalizada	Finalizada	Finalizada
Evaluación	1. Mejorar los indicadores tradicionales de salud pública. Análisis de		1. Mortalidad infantil 2. Mortalidad por IRA en el menor de un año 3. Cobertura de PAI

<sup>4</sup> TERUEL, J. R. (sin fecha). Health Sector Reform, Monitoring and Coordination [en línea]. <http://www.americas.health-sector-reform/greylit/docs/s0006.pdf> [2003, Septiembre 10]

<sup>5</sup> Respecto al marco legal, la Reforma excluye cambios en la Constitución y en el Código Sanitario. El cambio en el marco legal contiene seis proyectos de ley y sus reglamentos. Estos se encuentran en distintas fases: unos en fase de diseño, otros en fase de negociación y otros aprobados en el Congreso.

<sup>6</sup> Comprende autoridad sanitaria, gestión de redes y Superintendencia de Salud.

<sup>7</sup> Comprende atención primaria y salud familiar, entre otros.

	<p>tendencias</p> <p>2. Disminuir las desigualdades en la situación de salud. Análisis de tendencias</p> <p>3. Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población</p>		<p>4. Cobertura del control prenatal y atención profesional del parto</p> <p>5. Incidencia de enfermedades trazadoras</p> <p>1. Los indicadores anteriores agregados por comunas, regiones, nivel socio-económico, etnias y otros grupos vulnerables</p> <p>1. Acortamiento de Listas de Espera, para consulta, exámenes de apoyo e intervenciones quirúrgicas,</p> <p>2. Aumento de la proporción de resolución ambulatoria de la Cirugía Mayor</p> <p>3. Mejorar el Arsenal Terapéutico, ordenarlo y dispensarlo en forma directa</p>
--	---	--	---

## 2. Régimen de Garantías en Salud

El Régimen de Garantías en Salud fue diseñado para otorgar un conjunto de garantías explícitas y exigibles a las prestaciones otorgadas por el sistema de salud. Las garantías son las siguientes:

- a. Acceso
- b. Calidad
- c. Protección financiera
- d. Oportunidad, sólo para un conjunto priorizado de enfermedades o condiciones de salud.

El elemento central para el monitoreo y 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).

<b>RÉGIMEN DE GARANTÍAS EN SALUD</b>			
<b>ETAPAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Diseño</b>	Finalizado	Finalizado	Finalizado
<b>Negociación</b>	1. Lograr alianzas estratégicas con actores relevantes (Gobierno, Parlamentarios, Municipios, Universidades, Sociedades Científicas, Asociaciones Gremiales, Seguros Previsionales de Salud, Prestadores Privados, Directores de Servicios de Salud, Secretarios Regionales Ministeriales, Profesionales y Técnicos de los niveles nacional, regional y local, y directores del primer nivel de atención).	1. Seminarios de diseminación de informaciones a actores relevantes.  2. Seminarios y Talleres para análisis de procesos y levantamiento de opiniones críticas para su perfeccionamiento, a actores relevantes.  3. Actores involucrados en las tareas técnicas específicas para la instalación del Sistema de Garantías.	
<b>Implementación</b>	1. Aplicar un modelo de gestión para implementar el RGS a nivel nacional  2. Aplicar un modelo de gestión para implementar el RGS a nivel local  3. Aplicar modelo de implementación en seguros y prestadores, públicos o privados, tanto en redes como individuales.	1. Implementación del consejo consultivo de de calidad.  2. Concertar la elaboración de los Protocolos y acompañar su instalación  3. Crear las instancias de apoyo para la implementación del Sistema de Garantías en el nivel local  4. Crear y pilotear el sistema de informaciones, necesario y suficiente, para monitorear el cumplimiento de las garantías	
<b>Evaluación</b>	1. Verificar el cumplimiento de	1. Verificar el cumplimiento de la	

	<p>garantías del Piloto RGS</p> <p>2. Verificar el cumplimiento de garantías del RGS en operación</p>	<p>garantía de acceso mediante el sistema regular de de informaciones</p> <p>2. Verificar el cumplimiento de la garantía de oportunidad midiendo los tiempos de espera entre sospecha y conformación, entre confirmación y etapificación y entre etapificación e inicio de tratamiento, mediante el sistema regular de de informaciones</p> <p>3. Verificar el cumplimiento de la garantía de calidad mediante auditorías de cumplimiento de los protocolos acordados, en una muestra suficiente de fichas clínicas</p> <p>4. Verificar el cumplimiento de la garantía de protección financiera mediante los sistemas de información de FONASA e Isapre.</p>	
--	---	--	--

### 3. Separación de Funciones

Una de las bases de la Reforma es separar la funciones de Autoridad Sanitaria Nacional, Autoridad Sanitaria Regional y del Gestor de Redes.

Por otra parte, la reforma propone la separación de la función aseguradora y la función fiscalizadora, con la creación de una Superintendencia de Salud que contará con una Intendencia de Seguros Provisionales de Salud y una Intendencia de Prestadores de Salud. Con lo anterior, la función aseguradora quedará radicada en el Fonasa y las isapres y la función fiscalizadora en la Superintendencia de Salud.

<b>AUTORIDAD SANITARIA</b>			
<b>ETAPAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Diseño</b>	1. Las bases conceptuales están asentadas en el mensaje del Ejecutivo cuando envió el proyecto de ley al Congreso Nacional	1. Difusión del mensaje y del proyecto de ley	Mensaje y proyectos publicados, distribuidos en forma escrita y electrónica y disponibles en la página Web del Ministerio de Salud
<b>Negociación</b>	<p>1. Mejorar el proyecto de ley en forma concertada mediante la discusión legislativa</p> <p>2. Mejorar el proyecto de ley y lograr apoyos explícitos de autoridades universitarias, de Sociedades Científicas y de Centros de Estudio</p> <p>3. Mejorar el proyecto de ley y lograr apoyos explícitos de Asociaciones Gremiales intra-sector y extra sector</p> <p>4. Mejorar el Proyecto de Ley y explicitar los apoyos de los directivos del Sistema Nacional de Servicios de Salud y mandos medios de los Servicios Clínicos</p> <p>5. Lograr el apoyo de la opinión pública para la instalación de la</p>	<p>1. Difusión del proyecto de ley a las bancadas parlamentarias</p> <p>2. Apoyo técnico permanente a las Comisiones de Salud de ambas cámaras</p> <p>1. Difusión del Proyecto de Ley a Centros Universitarios, Sociedades Científicas y Centros de Estudio</p> <p>2. Seminarios de debate y levantamiento de sugerencias desde los Centros identificados</p> <p>1. Difusión del Proyecto de Ley a las Asociaciones Gremiales</p> <p>1. Difusión del Proyecto de Ley a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y a los Consejos Técnicos de los Servicios de Salud y de los Hospitales</p> <p>1. Generar un Programa de Informaciones y de</p>	

	Autoridad Sanitaria	Difusión para que la opinión pública acepte la función de la Autoridad sanitaria	
<b>Implementación</b>	<p>1. Establecer los requerimientos funcionales y estructurales para implementar la Autoridad Sanitaria Regional</p> <p>2. Elaborar el Plan de Implementación</p> <p>3. Capacitar a los recursos humanos que asumirán la transición</p>		<p>Implementar el Consejo Consultivo de Salud.</p> <p>Implementar la Subsecretaría de Redes Asistenciales.</p> <p>Implementar la Subsecretaría de Salud Pública.</p> <p>Implementar las Secretarías Regionales Ministeriales.</p> <p>Implementar los consejos de la red asistencial en cada Servicio de Salud</p>
<b>Evaluación</b>	Evaluar el cumplimiento de las funciones por parte de cada una de las instituciones implementadas		

<b>GESTOR DE REDES</b>			
<b>ETAPAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Diseño</b>	1. Las bases conceptuales están asentadas en el mensaje del Ejecutivo cuando envió el proyecto de ley al Congreso Nacional	1. Difusión del mensaje y del proyecto de ley	Mensaje y proyectos publicados, distribuidos en forma escrita y electrónica y disponibles en la página web del Ministerio de Salud
<b>Negociación</b>	<p>1. Mejorar el proyecto de ley en forma concertada mediante la discusión legislativa</p> <p>2. Mejorar el proyecto</p>	<p>1. Difusión del proyecto de ley a las bancadas parlamentarias</p> <p>2. Apoyo técnico permanente a las Comisiones de Salud de ambas cámaras</p> <p>1. Difusión del</p>	

	<p>de ley y lograr apoyos explícitos de autoridades universitarias, de Sociedades Científicas y de Centros de Estudio</p> <p>3. Mejorar el proyecto de ley y lograr apoyos explícitos de Asociaciones Gremiales intra-sector y extra sector</p> <p>4. Mejorar el Proyecto de Ley y explicitar los apoyos de los directivos del Sistema Nacional de Servicios de Salud y mandos medios de los Servicios Clínicos</p> <p>5. Lograr el apoyo de la opinión pública para la instalación del Gestor de Redes</p>	<p>Proyecto de Ley a Centros Universitarios, Sociedades Científicas y Centros de Estudio</p> <p>2. Seminarios de debate y levantamiento de sugerencias desde los Centros identificados</p> <p>1. Difusión del Proyecto de Ley a las Asociaciones Gremiales</p> <p>1. Difusión del Proyecto de Ley a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y a los Consejos Técnicos de los Servicios de Salud y de los Hospitales</p> <p>1. Generar un programa de informaciones y de difusión para que la opinión pública acepte la función de la Autoridad Sanitaria y del Gestor de Redes</p>	
<b>Implementación</b>	<p>1. Establecer los requerimientos funcionales y estructurales para implementar al Gestor de Redes</p> <p>2. Elaborar el Plan de Implementación</p> <p>3. Capacitar a los recursos humanos que asumirán la transición</p>		
<b>Evaluación</b>			

<b>SUPERINTENDENCIA DE SALUD</b>			
<b>ETAPAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Diseño</b>	1. Las bases conceptuales están asentadas en el mensaje del Ejecutivo cuando envió el proyecto de ley al Congreso Nacional	1. Difusión del mensaje y del proyecto de ley	Mensaje y proyectos publicados, distribuidos en forma escrita y electrónica y disponibles en la página Web del Ministerio de Salud
<b>Negociación</b>	1. Mejorar el proyecto de ley en forma concertada mediante la discusión legislativa  2. Mejorar el proyecto de ley y lograr apoyos explícitos de los seguros y prestadores  5. Lograr el apoyo de la opinión pública para la implementación de la Superintendencia de Salud	1. Difusión del proyecto de ley a las bancadas parlamentarias  2. Apoyo técnico permanente a las Comisiones de Salud de ambas cámaras  1. Difusión del Proyecto de Ley a los seguros y prestadores  1. Generar un programa de informaciones y de difusión para que la opinión pública acepte la función de la Superintendencia de Salud	
<b>Implementación</b>	1. Establecer los requerimientos funcionales y estructurales para implementar la Superintendencia de Salud  2. Elaborar el Plan de Implementación  3. Capacitar a los recursos humanos que asumirán la transición	1. Definir los requerimiento de la nueva institución	
<b>Evaluación</b>			

#### 4. Modelo de Atención

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

<b>CAMBIAR EL MODELO DE ATENCIÓN</b>			
<b>ETAPAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Diseño</b>	Presentar el documento oficial para iniciar su discusión	Documento entregado formalmente para debate	Documento difundido por escrito y por la página Web del Ministerio de Salud
<b>Negociación</b>	Socializar y debatir el documento con expertos, institucionales y extra-institucionales	Seminarios y Talleres de expertos para analizar, proponer modificaciones y evaluar la viabilidad técnica y política para la instalación del nuevo Modelo de Atención	Seminarios y Talleres Realizados de expertos realizados
<b>Implementación</b>	<p>1. Aplicar el Plan de Implementación del nuevo Modelo de Atención</p> <p>2. Radicar en el Gestor de Redes la responsabilidad directa de la puesta en marcha del nuevo Modelo de Atención</p>	<p>1.1. Seminarios y Talleres de capacitación para los funcionarios del sector vinculados con la APS y los tres niveles de atención</p> <p>2.1. Creación del Consejo Coordinador de la Red</p> <p>2.2. Relaciones con otros sectores (Vivienda, Educación, Trabajo, y Ambiente) formalizadas y funcionando a nivel nacional, regional y comunal</p>	<p>Seminarios y Talleres de capacitación realizados</p> <p>Consejos Coordinadores de Redes instalados y funcionando</p> <p>Equipos Intersectoriales organizados y trabajando en: educación, trabajo, vivienda y medio ambiente.</p> <p>Equipos interdisciplinarios organizados,</p>

			<p>vinculados con la comunidad, implementaron los contenidos concretos de Promoción de la Salud insertos en el Barrio saludable</p> <p>Equipos Interdisciplinarios, organizados, vinculados con la comunidad escolar, implementaron la Escuela Saludable</p> <p>Equipos Interdisciplinarios, organizados, vinculados con el mundo laboral controlan el funcionamiento de los Comités Paritarios e instalan la prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales</p> <p>Equipos Interdisciplinarios, organizados, vinculados a temas medio-ambientales, apoyan a la comunidad organizada para proteger el entorno</p>
<b>Evaluación</b>	<p>Evaluar el cumplimiento del Plan de Implementación del Nuevo Modelo de Atención</p>	<p>Evaluar el cumplimiento de las fases del Plan de Implementación</p> <p>Evaluar la pertinencia y la coherencia de los resultados observados en relación con los contenidos del Nuevo Modelo de Atención</p>	<p>Informe periódico del Gestor de Redes</p> <p>Informe periódico del Gestor de Redes</p>

## 5. Modelo de Financiamiento

Se ha establecido una nueva fuente de financiamiento el fondo de compensación solidario.

MODELO DE FINANCIAMIENTO			
ETAPAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	INDICADORES
<b>Diseño</b>	1. Completar el diseño del Fondo Solidario	1.1 Costeo del Régimen de Garantías en Salud 1.2 Diseño del modelo de ajuste de riesgo. 1.3 Diseño de la institucionalidad	Costeo terminado  Propuesta de diseño  Propuesta de institucionalidad
<b>Negociación</b>	1. Discusión y mejora del diseño.  2. Discusión y mejora de la institucionalidad	1.1 Ronda de discusión de diseño e institucionalidad con Ministerio de Salud, Seguros Previsionales, Ministerio de Hacienda	Documentos de acuerdo sobre diseño e institucionalidad
<b>Implementación</b>	1. Implementación de la institucionalidad definida para el Fondo	Creación de la institucionalidad	Institucionalidad creada
<b>Evaluación</b>			

Los dos temas finales, los Sistemas de Informaciones de Salud y el Desarrollo y Gestión de los Recursos Humanos ameritan una propuesta más detallada. Esta dependerá del grado de desarrollo de los otros cinco componentes, incluyendo los cambios legales del sector

## V. Evaluación de Impactos

El modelo de evaluación se centrará en dos áreas de análisis:

- Por una parte, se medirá el cumplimiento de los objetivos establecidos en la reforma del sistema de salud chileno y los marcos metodológicos establecidos para dichos fines por la Organización Mundial de la Salud, OMS, y la OPS.
- Complementariamente, la Separación de Funciones se medirá a partir de la efectividad de del sistema de salud en cuanto al desempeño de sus funciones: rectoría, financiamiento, generación de los recursos y provisión de servicios.

### 1. Evaluación del cumplimiento de objetivos

El modelo de evaluación deberá estimar en qué medida se han cumplido los objetivos que dieron origen a la reforma. Estos fueron presentados por el Presidente de la Republica en el

mensaje del proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud y se enseñan en la introducción de este documento. A saber:

- establecer la salud como un derecho de las personas;
- equidad en salud;
- solidaridad en salud;
- eficiencia en uso de recursos;
- participación social en salud.

Por su parte la OMS define que los sistemas de salud deben centrarse en el cumplimiento de los siguientes objetivos<sup>8</sup>:

- mejorar la salud de la población a la que sirven;
- responder a las expectativas de las personas;
- proveer protección financiera frente a los costos del proceso de recuperación de una enfermedad.

La mejora de la salud es el objetivo que define la esencia de un sistema de salud. Esto implica lograr que el estatus de salud de toda la población sea lo más saludable posible, durante todo el ciclo de vida, considerando también la mortalidad prematura y las discapacidades que pueden ser generadas por los eventos de salud<sup>9</sup>.

La capacidad de respuesta, se relaciona con cómo el sistema de salud se desempeña en cuanto a aspectos no sanitarios, cumpliendo o incumpliendo con las expectativas de la población, en cuanto al trato recibido por parte de los proveedores. Esta medida incorpora 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<sup>10</sup>, y la orientación al cliente, que se puede apreciar en los lugares donde se atiende a los beneficiarios<sup>11</sup>. Es importante destacar que, esta medición no se relaciona con el cómo se satisfacen las necesidades de salud, estos resultados se pueden cuantificar como el estatus de salud.

La protección financiera justa de un sistema de salud se traduce en que los riesgos debido a los costos del sistema de salud, enfrentados por cada grupo familiar, se distribuyan de acuerdo a la capacidad de pago, en vez del riesgo de enfermar. Lo anterior se justificaría en que, bajo un sistema de salud financiado de una manera justa se aseguraría protección financiera a todos sus beneficiarios.

Es necesario destacar que, en cuanto a los dos primeros objetivos, salud y respuesta, es de relevancia tanto la medición del nivel con la medición de la distribución en la población (equidad). No obstante, en cuanto al tercer objetivo, contribución financiera, lo principal es la medición de la distribución (equidad).

La OPS plantea los criterios rectores de las reformas de salud en los siguientes ámbitos<sup>12</sup>.

- equidad;
- efectividad y calidad técnica;

<sup>8</sup> World Health Organization. World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. 2000.

<sup>9</sup> Para medir el estatus de salud, la OMS utiliza la expectativa de vida al nacer ajustado por los años de vida saludable, AVISA.

<sup>10</sup> En este ítem se considera: respeto por la dignidad, confidencialidad y autonomía para participar de las propias decisiones de salud.

<sup>11</sup> En este ítem se considera, entre otros, una atención oportuna, instalaciones de calidad adecuada y libertad de elección de los prestadores.

<sup>12</sup> Hacia una Nueva Generación de Reformas para Mejorar la Salud de las Poblaciones, Revista Panamericana de Salud Pública, Comité Editorial.

- eficiencia;
- sostenibilidad;
- participación social.

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).

La efectividad y calidad implica que los usuarios de los servicios reciben asistencia eficaz, segura y oportuna. Y la calidad percibida implica que los servicios se entreguen en condiciones materiales y éticas adecuadas.

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.

La sostenibilidad 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.

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.

## 2. Evaluación de la Funciones del Sistema de Salud

Según la Organización Mundial de la Salud, las principales funciones del sistema de salud son:

- rectoría,
- financiamiento,
- provisión de servicios,
- generación de recursos.

La función de rectoría es definida por la OMS como, “la administración cuidadosa y responsable del bienestar de la población”<sup>13</sup>. Así mismo, esta organización distingue seis componentes principales de la rectoría: generación de la información, formulación de la política de salud, influenciar el comportamiento a través de la regulación, ejercer las influencias a través de la comunicación y coaliciones, influenciar a través de la creación de un ambiente propicio y asegurar la rendición de cuentas de las acciones<sup>14</sup>.

- La generación de la información responde a la pregunta ¿En qué medida los actores disponen de información útil para su gestión?.
- La formulación de política involucra las tareas de: análisis de políticas, formulación de políticas, desarrollo de un plan de salud nacional, definir la visión de salud, decisiones de asignación de recursos, establecer los valores y base ética para las acciones de salud, evaluación y corrección de las políticas.
- Influir el comportamiento a través de la regulación efectiva se refiere a en qué medida existe un marco regulatorio que facilita la implementación de la política de salud.

<sup>13</sup> World Health Organization. World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. 2000.

<sup>14</sup> World Health Organization (sin fecha). Proposed Strategies for Health System Performance Assessment, summary document [en línea]. Disponible: [www.who.int/health-systems-performance/peer\\_review\\_docs/Final%20SPRG%205.pdf](http://www.who.int/health-systems-performance/peer_review_docs/Final%20SPRG%205.pdf) [2003, Septiembre 10]

- Influir el comportamiento a través de la comunicación y coaliciones, se refiere a la creación de consensos, sincronización de los actores de salud, creación de institucionalidad, regulación, promulgación del plan nacional de salud, promover la visión de salud, promover los valores y base ética, crear incentivos, educación del consumidor, institucionalizar la transparencia administrativa, promover políticas saludables en otros sectores.
- Influir el comportamiento a través la creación de un ambiente propicio, se refiere a en qué medida las estructuras organizacionales y sistemas administrativos calzan con los objetivos de la política de salud.
- Asegurar la rendición de cuentas, que todos los agentes participantes del sistema de salud sean responsables de sus acciones.

El propósito de la función de financiamiento es lograr que los fondos estén disponibles, establecer incentivos financieros apropiados a los proveedores de servicios de salud, acumulación de los recursos y adquisición de los servicios de salud. Se pueden distinguir tres sub-funciones primordiales: recolección de los recursos, pooling de los recursos y el uso de estos recursos a través de la asignación o compra de servicios a los proveedores.

La función de provisión es la combinación de los recursos de entrada en un proceso productivo que conlleva la entrega de una serie de intervenciones. Los servicios incluyen el otorgamiento de servicios de salud pública, orientados hacia la población, y los servicios clínicos entregados a partir de un diagnóstico público o privado, tanto en forma hospitalaria como ambulatoria.

La función de generación de recursos considera a los diversos grupos de organizaciones que producen los insumos para la provisión y el financiamiento de los servicios de salud. En particular se consideran los recursos humanos, los recursos físicos, como instalaciones y equipamiento, y el conocimiento.

### 3. Áreas Específicas de Evaluación de Impacto

#### Evaluación de Objetivos

OBJETIVOS DE LA REFORMA	OBJETIVOS OMS	OBJETIVOS OPS	ÁREAS ESPECÍFICAS DE MEDICIÓN PROPUESTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derecho a la Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora del nivel de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativa de vida al nacer ajustado por AVISA</li> <li>• AVISA</li> <li>• Índice de mortinatalidad:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tasa de Natalidad</li> <li>○ Tasa de fecundidad</li> <li>○ Tasa de incidencia y prevalencia de enfermedades trazadoras</li> <li>○ Tasa de mortalidad</li> <li>○ Tasa de mortalidad infantil</li> <li>○ Otros por identificar</li> </ul> </li> <li>• Porcentaje del gasto en salud dedicado a la promoción y prevención. Considera bienes públicos de salud: PNAC,</li> </ul>

			vacunaciones, campañas sanitarias, prestaciones ambientales y subsidio maternal)															
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equidad en Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la protección Financiera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de índices de equidad entre distintos subgrupos de la población, en relación con: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Efectividad,</li> <li>○ Acceso,</li> <li>○ Utilización,</li> <li>○ Financiamiento.</li> </ul> Los índices de equidad pueden ser: índice de equidad de OMS o índices de Doorsalaer y Wagstaff<sup>15</sup>. Donde la equidad vertical considera servicios preferenciales para aquellos con mayores necesidades y equidad horizontal considera tratamientos iguales para necesidades equivalentes. <table border="1" data-bbox="901 936 1417 1350"> <thead> <tr> <th>Equidad</th> <th>Vertical</th> <th>Horizontal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Efectividad</td> <td></td> <td>Avisa, índices de mortalidad</td> </tr> <tr> <td>Acceso</td> <td>Recursos por Beneficiarios que requieren servicios</td> <td>Recursos por beneficiarios</td> </tr> <tr> <td>Utilización</td> <td>Prestaciones por Beneficiarios que requieren servicios</td> <td>Prestaciones por Beneficiario</td> </tr> <tr> <td>Financiamiento</td> <td></td> <td>Gasto de bolsillo Gasto como % del ingreso</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispersión del porcentaje efectivo de los recursos destinados por las familias a salud, por quintiles de ingreso (incluye cotizaciones, copagos y Medicamentos)</li> <li>• Porcentaje de cobertura poblacional o porcentaje de la población sin cobertura.</li> <li>• Brechas de equidad en la asignación de recursos públicos en los servicios de salud (recursos v/s necesidad)</li> </ul> </li> </ul>	Equidad	Vertical	Horizontal	Efectividad		Avisa, índices de mortalidad	Acceso	Recursos por Beneficiarios que requieren servicios	Recursos por beneficiarios	Utilización	Prestaciones por Beneficiarios que requieren servicios	Prestaciones por Beneficiario	Financiamiento		Gasto de bolsillo Gasto como % del ingreso
Equidad	Vertical	Horizontal																
Efectividad		Avisa, índices de mortalidad																
Acceso	Recursos por Beneficiarios que requieren servicios	Recursos por beneficiarios																
Utilización	Prestaciones por Beneficiarios que requieren servicios	Prestaciones por Beneficiario																
Financiamiento		Gasto de bolsillo Gasto como % del ingreso																
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solidaridad en Salud</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de los aportes fiscales destinados a salud, por quintiles de ingreso.</li> <li>• Efectos redistributivos del Fondo de</li> </ul>															

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

			Compensación Solidario.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficiencia en el uso de los recursos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficiencia microeconómica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de los procesos de gestión de los prestadores. Medición de brechas de eficiencia en la asignación de recursos públicos en los servicios de salud (recursos v/s producción de prestaciones).</li> <li>• Evaluación del proceso de compra de prestaciones por parte de las aseguradoras.</li> <li>• Tiempos de espera para tratamiento ambulatorio</li> <li>• Tiempos de espera para tratamiento hospitalario RGS</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calificación subjetiva de la calidad de atención otorgada en eventos RGS (respeto a la dignidad, confidencialidad y participación en las decisiones de salud).</li> <li>• Medición objetiva de la calidad de los prestadores de salud, porcentaje de prestadores acreditados.</li> <li>• Evaluación objetiva del cumplimiento de los protocolos nacionales de diagnóstico y atención establecidos para el RGS.</li> <li>• Evaluación de la eficacia de las atenciones.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostenibilidad (eficiencia macroeconómica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de cobro de cotizaciones por parte de Fonasa</li> <li>• Porcentaje de cobro de copagos por parte de Fonasa o prestadores.</li> <li>• Porcentaje de recuperación de préstamos realizados por el sector público.</li> <li>• Reducción de los falsos indigentes.</li> <li>• % del PIB destinado a salud.</li> <li>• Evolución de indicadores de uso de servicios de salud y su efecto sobre las necesidades de financiamiento de la reforma. Ej: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Consulta a especialistas por beneficiario,</li> <li>* Consulta general por beneficiario,</li> <li>* Intervenciones por cada 100 consultas,</li> <li>* Exámenes por cada 100 consultas,</li> <li>* Imagenología por cada 100 consultas,</li> <li>* Estadía promedio,</li> <li>* Patologías trazadoras que requieren hospitalización (frecuencia, costo y estadía)</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de Expectativas de las Personas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la legitimación de los participantes del sistema (Minsal, Superintendencia de Salud, Seguros y Prestadores, tanto públicos como privados)</li> <li>• Calificación y priorización de las garantías del RGS.</li> <li>• Priorización de las patologías incluidas en el RGS.</li> </ul>

#### 4. Evaluación de Funciones del Sistema de Salud

FUNCIONES	ÁREAS ESPECÍFICAS DE MEDICIÓN PROPUESTAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rectoría</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• generación de la información,</li> <li>• formulación de la política de salud,</li> <li>• influenciar el comportamiento a través de la regulación,</li> <li>• influenciar a través de la comunicación y coaliciones</li> <li>• influenciar a través de la creación de un ambiente propicio</li> <li>• asegurar la rendición de cuentas de las acciones</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Financiamiento</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolección y pooling, evolución de la composición del financiamiento,</li> <li>• Asignación</li> <li>* Evolución del gasto público y total en salud,</li> <li>* Gasto público por niveles de atención,</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Provisión de Servicios</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos de atención,</li> <li>• Modalidades de atención (ej: procedimientos que antes eran hospitalarios y ahora son ambulatorios)</li> <li>• Oferta de servicios de salud pública,</li> <li>• Oferta de servicios a nivel primario,</li> <li>• Oferta de servicios en otros niveles,</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Generación de Recursos</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos Humanos,</li> <li>• Instalaciones,</li> <li>• Equipamiento,</li> <li>• Conocimiento.</li> </ul>

## VI. Cronograma Preliminar de Actividades de Evaluación<sup>16</sup>

### Evaluación de Procesos

Evaluación	Fecha de Corte	Fecha de Término
Situación Inicial (1)	Diciembre de 2003	Diciembre de 2004
Evaluación N° 1	Diciembre de 2004	Diciembre de 2005
Evaluación N° 2	Diciembre de 2005	Diciembre de 2006

(1) Para una evaluación efectiva de la reforma, se requiere de una evaluación inicial de las variables a medir, de manera tal que con posterioridad pueda ser comparada con los resultados de las siguientes evaluaciones.

### Evaluación de Impactos

Evaluación	Fecha de Corte	Fecha de Término
Situación Inicial (1)	Diciembre de 2003	Diciembre de 2004
Primera evaluación preliminar (2)	Diciembre de 2004	Diciembre de 2005
Segunda evaluación preliminar	Diciembre de 2006	Diciembre de 2007
Evaluación Final	Diciembre de 2008	Diciembre de 2009

(1) Para una evaluación efectiva de la reforma, se requiere de una evaluación inicial de las variables a medir, de manera tal que con posterioridad pueda ser comparada con los resultados de las siguientes evaluaciones.

(2) Considerando, por una parte, que algunos de los proyectos incorporan una implementación progresiva y, por otro lado, la envergadura del proceso de medición, se estima conveniente la realización de evaluaciones preliminares, de tipo parcial, que incorpore sólo aquellas áreas de la reforma que han sido implementadas.

<sup>16</sup> Los plazos presentados en esta sección son tentativos.

## VII. Requerimientos para la Realización

Para la realización de la evaluación de la reforma del sistema de salud en Chile se requiere:

- Disponer de el 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 practica 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.
- 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.

## 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.

Finalmente, es importante señalar que tanto la implementación como la evaluación han sido incorporadas al trabajo de la línea del Ministerio de Salud.