

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN
DE UNA METODOLOGÍA DE
**EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO
Y ACOMPAÑAMIENTO DE LA
REFORMA DE LA SALUD DE CHILE**

Resumen Ejecutivo

giz



**Gobierno
de Chile**

www.gob.cl

**Ministerio de
Salud**

Gobierno de Chile

AGCI
Ministerio de
Relaciones Exteriores

Gobierno de Chile



REPORTE FINAL

Diseño e Implementación de una Metodología de **Evaluación, Seguimiento y Acompañamiento de la Reforma de la Salud de Chile**

Resumen Ejecutivo



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



FACULTAD de MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA "DR. SALVADOR ALLENDE G."*



Universidad
de Valparaíso
CHILE



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Gobierno
de Chile

www.gub.cl



fonasa.cl



superintendenciadelsalud.cl



Departamento Desarrollo Estratégico
Ministerio de Salud

Elaborado gracias a la Cooperación Alemana G12

Índice

PRÓLOGO	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I:	
SISTEMA DE SALUD DE CHILE Y SU ACTUAL REFORMA	9
La Organización del Sistema de Salud en Chile:	9
Reforma de Salud, el proceso actual:	11
CAPÍTULO II:	13
MODELO DE EVALUACIÓN	
Marco Conceptual:	13
1) Modelo de Evaluación:	14
2) Instrumentos de Evaluación:	15
CAPÍTULO III:	17
METODO DE EVALUACION	
Objetivo nº 1:	17
Elevar el nivel de Salud de la Población y disminuir las Desigualdades existentes.	
Objetivo nº 2:	20
Mejorar el Acceso y Equidad en el Acceso a la Atención de Salud.	
Objetivo nº 3:	22
Mejorar la Calidad y la Efectividad de los Servicios de Salud.	
Objetivo nº 4:	24
Dar respuesta a las expectativas de la población con Participación y Control Social.	
Objetivo nº 5:	26
Lograr Equidad, Eficiencia y Sustentabilidad del Financiamiento, y Protección Financiera.	
CAPÍTULO IV:	27
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GLOBALES	

Prólogo

Chile, al igual que muchos países, se inscribe entre las naciones que, durante la última década dan inicio a un proceso de reforma a la salud: La iniciativa culmina el año 2005 con la promulgación de una serie de cuerpos legales orientados a transformar nuestro sistema de salud en un modelo que, entre sus atributos distintivos, permita otorgar una atención oportuna, de calidad garantizada, accesible y con cobertura financiera para un conjunto de prestaciones previamente definidas.

Los énfasis de este proceso de reforma se instalan en la necesidad de procurar un régimen garantizado de atención, en particular en garantías de acceso y calidad, de manera de poder avanzar hacia un sistema más equitativo de atención, en donde las personas concurran a su financiamiento según sus capacidades y accedan a los servicios de acuerdo a sus necesidades. De esta forma, se aspira a establecer un sistema de un nivel de calidad similar para todos donde nadie vea limitado su acceso debido a su capacidad de pago.

Transcurridos más de cinco años desde su puesta en marcha, era necesario generar un instrumento que permitiera evaluar el desempeño del proceso de Reforma realizado a nuestro sistema de salud y estableciera su impacto en los diferentes ámbitos intervenidos.

Todos los procesos de reforma son definidos como procesos dinámicos que durante su evolución y mediante evaluaciones sistemáticas son susceptibles de ser perfeccionadas con el transcurso del tiempo. A partir de las intervenciones iniciales, se podrán adicionalmente establecer nuevas actividades, asociadas a las primarias o bien como un complemento de estas.

En consecuencia, resulta primordial que en todo proceso de reforma, una vez que este se ha implementado, se desarrollen metodologías e instrumentos de evaluación que permita a los tomadores de decisiones y hacedores de política poder evaluar el alcance obtenido con sus intervenciones.

El proyecto que aquí presentamos, realizado con el apoyo de GlZ, y con la participación de la academia, OPS e instituciones del sector ha tenido como propósito poder entregar al sistema de salud chileno un instrumento de evaluación a través del cual, y con la aplicación de una serie de indicadores, formarse una idea global de los efectos de la reforma, sobre el estado de salud de los chilenos, el acceso al sistema de salud, la calidad de las prestaciones, la participación ciudadana y la protección financiera.

Dr. Jaime Mañalich
Ministro de Salud

Introducción

La implementación de una nueva Reforma de Salud en el año 2005 marcó la necesidad por parte del sector de buscar un sistema que permitiera realizar un monitoreo continuo y evaluación periódica de los cambios impulsados, a fin de ir perfeccionándolos y adecuándolos a los requerimientos propios del sistema de salud chileno. Dichos requisitos siguen vigentes hoy, en el marco de los nuevos cambios que se han ido y que serán impulsados en los siguientes años.

Esta necesidad, combinada con la oportunidad brindada por el Convenio de Cooperación Técnica del “Fondo de Planificación Estratégica e Implementación de Reformas Autofinanciadas en Chile”, suscrito el año 2005 entre el Gobierno de la República Federal de Alemania y el Gobierno de la República de Chile, resulta en el diseño de una metodología de monitoreo y evaluación del sistema y la reforma de salud en Chile. El convenio de cooperación técnica se suscribe entre la Agencia de Cooperación Internacional de Chile (AGCI) y la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ, ex GTZ) el año 2007, iniciándose el proyecto el año 2008.

Uno de los objetivos planteados por la cooperación alemana para este proyecto, en base a las buenas prácticas internacionales, fue constituir un equipo de trabajo no meramente institucional sino que con participación de distintos departamentos y escuelas de salud pública del país, que junto con los técnicos sectoriales pudiese generar un proceso de complementariedad y adecuación de metodologías de evaluación provenientes del ámbito de la gestión y políticas de salud. Así, la conformación de un grupo ejecutivo constituyó un primer logro al convertirse en una de las primeras instancias de estas características existente en el país, dentro del marco de las evaluaciones al sistema de salud.

El desarrollo del trabajo quedó entonces bajo la responsabilidad del Grupo Ejecutivo (GE), compuesto por un equipo interdisciplinario de académicos y profesionales de las instituciones del salud, integrado por un representante de: la Pontificia Universidad Católica de Chile; de la Universidad de Chile; de la Universidad de la Frontera; de la Universidad de Valparaíso; la Subsecretaría

de Salud Pública; la Subsecretaría Redes Asistenciales; la Superintendencia de Salud; y de Fondo Nacional de Salud (FONASA); además de un representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Agencia de Cooperación Internacional (AGCI), y con la participación de un representante del Departamento de Estudios, actual Departamento de Desarrollo Estratégico, del Ministerio de Salud (MINSAL), como contraparte técnica del proyecto. La coordinación ejecutiva del proyecto radicó posteriormente en la Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales (OCAI) del MINSAL.

La elaboración de documento final fue trabajada en conjunto entre el Grupo Ejecutivo, quedando como contraparte técnica los representantes de la Universidad de la Frontera y Superintendencia de Salud, con el Departamento de Desarrollo Estratégico del MINSAL. El trabajo concluyó en Junio del año 2011, con un documento final del proceso y construcción de la metodología junto con el instrumento de monitoreo y evaluación.

Se presenta aquí el resumen ejecutivo del documento, siguiendo los mismo capítulos: primero del Sistema de Salud Chileno y la reforma en curso; segundo del Modelo de evaluación; tercero de Metodología de evaluación, para posteriormente terminar con un capítulo final de recomendaciones. El proyecto también incluyó una primera aplicación del instrumento metodológico, que se presenta en un informe separado.¹

1. Informe de Aplicación del Modelo de Evaluación, Junio 2011.

Capítulo I: Sistema de Salud de Chile y su Actual Reforma

La definición clásica de sistema² dice relación con un conjunto de elementos relacionados entre sí que contribuyen a un objetivo determinado, lo que en el caso de un sistema de salud resulta en dar satisfacción a las necesidades de salud/enfermedad de una población determinada, entendiendo estas necesidades como la "promoción, prevención, mantención y restablecimiento".

Existen distintas definiciones de sistemas de salud, sin embargo para efectos del presente trabajo se considera aquella emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cual un sistema de salud, "consiste en el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer y mantener la salud, es decir, un conjunto de elementos que desarrollan acciones sanitarias, estas últimas entendidas como todo acto en el ámbito de la salud personal o colectiva, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales cuyo principal objetivo sea mejorar el nivel de salud de las personas y de la comunidad o población"³.

Los ejes constitutivos de los sistemas de salud nacen de cómo se financian, cómo se organizan y en el cómo proveen los servicios, y es en este marco bajo el cual se desarrolla el análisis a lo largo de nuestro trabajo.

La Organización del Sistema de Salud en Chile

El sistema de salud chileno es un sistema mixto compuesto por dos sub-sistemas; uno público y otro privado, tanto para el aseguramiento como la provisión de servicios.

-
2. Sistemas Sociales: Lineamientos para una Teoría General. Niklas Luhmann, Editorial Anthropos, España. 1998. Referenciando la TGS de Ludwig von Bertalanffy.
 3. Aplicación del Pensamiento Sistémico al Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Publicación OMS, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. 2009. (Basado en Informe de la OMS: Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action, Ginebra, OMS. 2007)

En el caso del financiamiento público, éste está radicado en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), al cual se puede optar como seguro público cotizando el 7%⁴ en el caso de las personas que reciben ingreso, o como beneficiario legal⁵, concepto que considera a las personas carentes de recursos.

Para el sector privado, el aseguramiento está radicado en las denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) a la cual acceden los cotizantes que pueden optar por este seguro privado (sistema abierto) en el cual el aporte generalmente supera el 7% legal dependiendo de las primas y planes correspondientes.

Existen además grupos específicos que tienen sistemas cerrados, como es el caso de las FF.AA. o grupos específicos de trabajadores (minería / Codelco⁶).

La provisión de servicios en el caso del sistema público se realiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), conformado por 29 servicios distribuidos a lo largo del territorio nacional, de los cuales depende una red de aproximadamente 200 establecimientos hospitalarios de diversa complejidad, y establecimientos de atención ambulatoria secundaria. A lo anterior se suma la red de consultorios de atención primaria, en su gran mayoría administrados por los gobiernos locales (Municipalidades) y que en los últimos años han presentado un giro de modelo de atención orientándose al denominado Enfoque de Atención Integral y Comunitario, donde el CESFAM (Centro de Salud Familiar) es un eje articulador.

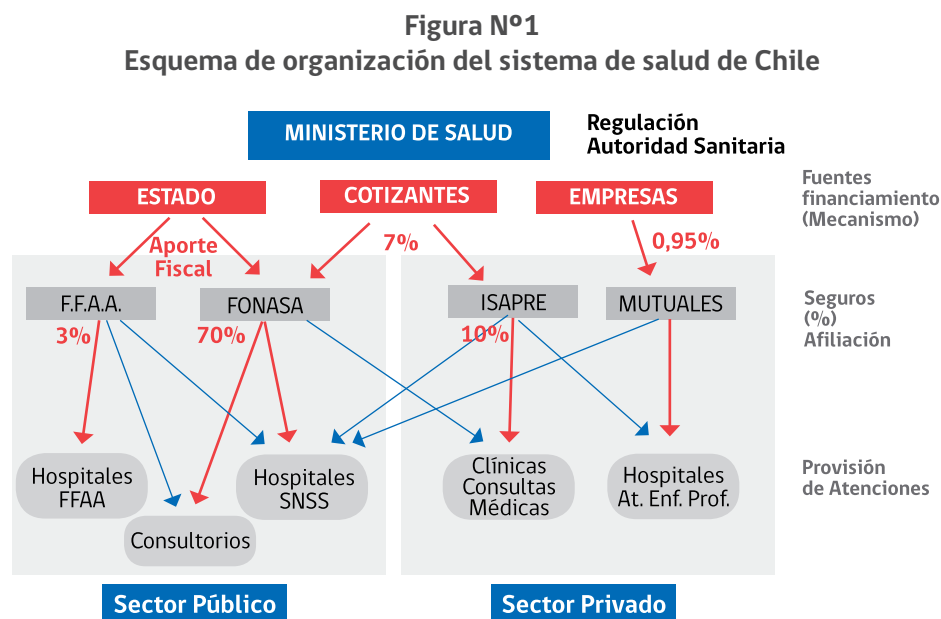
Por su parte, el sistema privado realiza las acciones de salud tanto para la atención cerrada como para la ambulatoria a través de diferentes prestadores, generalmente privados, con fines de lucro y de diversa complejidad (centros médicos, clínicas privadas, etc.), incluyendo en determinadas situaciones a prestadores públicos.

Lo anterior se puede esquematizar de la siguiente manera visualizando la organización del sistema de salud desde las fuentes, seguros y proveedores de los servicios:

4. % del Ingreso formal declarado por el asalariado o empleado, se le denomina MLE (Modalidad Libre Elección)

5. Se le denomina MAE (Modalidad de Atención Institucional)

6. CODELCO: Corporación Nacional del Cobre, Empresa dependiente del Estado Chileno, la mayor empresa de Minería del País.



Fuente: Diversas presentaciones sectoriales. MINSAL, Superintendencia de Salud realizadas entre los años 2006 - 2008.

Reforma de Salud, el proceso actual

Las reformas de salud, pueden ser definidas como procesos orientados a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias, niveles y funciones del sector, a través de estrategias y acciones, con el fin último de satisfacer mejor las necesidades de salud de la población.

Los procesos de reforma han marcado los sistemas de salud en la mayoría de las regiones del mundo, durante al menos las últimas dos décadas. Los contenidos de las reformas propuestas, y los procesos en si, se han desarrollado en relación a características particulares de cada región y país, y acorde con el contexto político, económico y social de cada uno. Aún teniendo en cuenta esta diversidad, se observan características comunes entre distintas regiones y países en el mundo; experiencias importantes de conocer, a fin de complementar los procesos locales.

Cualquiera sean las razones, los gobiernos de diferentes países se han entregado a la tarea de revisar sus sistemas de salud y a buscar nuevas alternativas de financiamiento, organización y provisión de las atenciones de salud, para dar respuesta a las necesidades de salud de sus poblaciones en un mundo cambiante; Chile no ha sido la excepción.

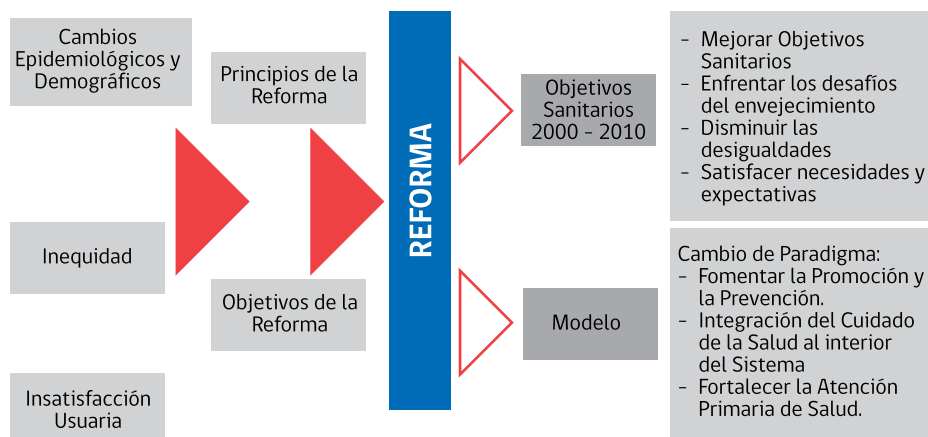
En términos legislativos la última reforma de salud en nuestro país, quedó plasmada en cinco Leyes, y una aún en trámite legislativo, como se resume en la Tabla N°1.

Tabla N° 1
Leyes de la Reforma de la Salud / Años 2003 – 2005

Ley N°	Año Publicación	Título:
19.888.-	13 de Agosto de 2003.	Ley de Financiamiento: Establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del Gobierno, a través de la aplicación de un 1% sobre el valor del IVA, por una sola vez.
19.895.-	28 de Agosto de 2003	Ley de Solvencia de ISAPRES: Asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados.
19.937.-	24 de Febrero de 2004	Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión: Modifica el Decreto Ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana Separa las funciones de provisión de servicios sanitarios y regulación del sector, fortalece la autoridad sanitaria, crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados.
19.966.-	03 de Septiembre de 2004	Ley del Régimen General de Garantías en Salud: Establece un régimen de garantías en salud (Plan AUGE)
20.015.-	17 de Mayo de 2005	Ley de ISAPRES: Modifica Ley n° 18.933.-, sobre Instituciones de Salud Previsional. También mejora transparencia y rol de la Superintendencia de Salud
		Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes / Usuarios: En Discusión parlamentaria.

Fuente: adaptado de Informe Técnico Grupo Ejecutivo, Abril 2009.

Figura Nº 2
Esquema del Proceso de Reforma
Sistema de Salud Chileno 2004



Fuente: Documentos y Presentaciones Implementación de la Reforma. MINSAL 2004 / 2005.

Bajo esta conceptualización, se plantearon los objetivos y las estrategias de la reforma; objetivos que han sido plasmados en cinco grandes ámbitos en el marco de este proyecto, a saber,

- 1) Elevar el nivel de salud de la población y disminuir las desigualdades existentes
- 2) Mejorar el acceso y equidad en el acceso a la atención de salud
- 3) Mejorar calidad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud
- 4) Dar respuesta a las expectativas de la población con participación y control social
- 5) Lograr equidad, eficiencia y sustentabilidad del financiamiento, y protección financiera.

Capítulo II

Modelo de Evaluación

Marco Conceptual

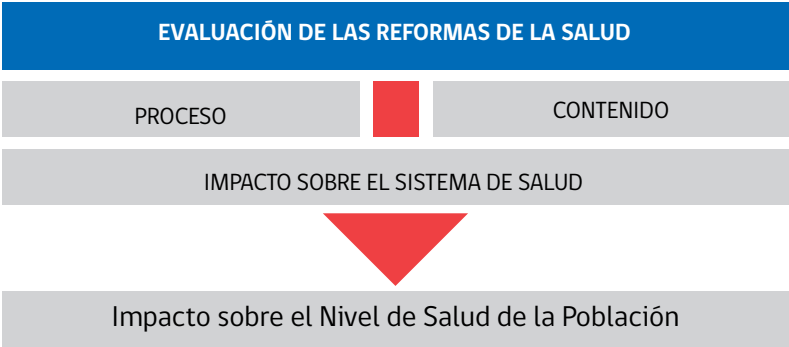
Evaluación puede definirse como el conocer en qué grado las estrategias y acciones impulsadas por una reforma, están efectivamente contribuyendo al logro de los objetivos planteados, y a mejorar el estado de salud de la población.

En este contexto, el objetivo del proyecto ha sido la construcción de una metodología e instrumento de medición que permita el monitoreo continuo y la evaluación de los cambios implementados, en función de los objetivos planteados y su evaluación.

Se debe considerar que los resultados no sólo se miden en términos explícitos de indicadores de impacto sanitario y estado de salud, sino también en lo relativo al desempeño del sistema, entendido en términos amplios incluyendo acceso, oportunidad, calidad, protección financiera, equidad y solidaridad, entre otros.

La evaluación de las reformas puede abordar tanto el nivel de proceso, como los contenidos de las mismas, como se muestra en la figura N°2, entendiendo proceso como la formulación, negociación y materialización de la reforma

Figura n° 3
Evaluación de Reformas de Salud



Fuente: Depto. de Estudios, Superintendencia de salud.

en un marco legislativo, terminando finalmente en la implementación propiamente tal; y contenido como los valores y principios rectores que la guían, sumándose sus objetivos explícitos planteados, siendo posteriormente concordantes con las estrategias y acciones emprendidas directamente.

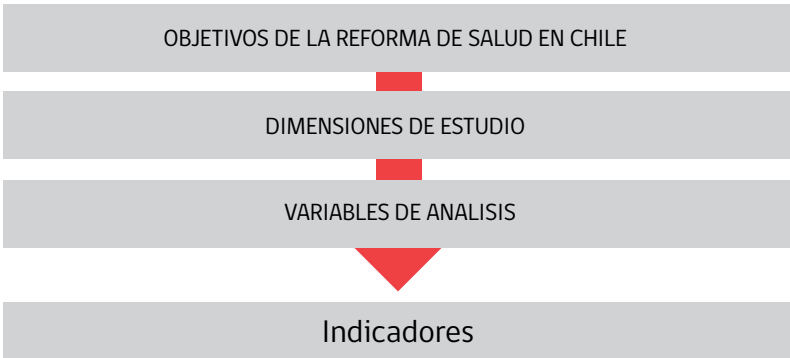
La metodología desarrollada en el proyecto, se centra en la evaluación de los contenidos planteados por la reforma a través de sus objetivos específicos.

Cabe destacar aquí la discusión vigente en la experiencia internacional, de si son las reformas las evaluadas o más bien, si lo evaluable es el sistema de salud; sus resultados, su desempeño, y el cómo sobre él van impactando los distintos cambios impulsados. En palabras de un experto, “surge aquí la pregunta respecto de si en realidad se evalúa el desempeño del sistema de salud o la reforma en sí. Por cierto un poco de ambos”⁷.

1) Modelo de Evaluación:

La construcción de un modelo de evaluación se entiende como una propuesta estructurada respecto a un problema o situación que se desea medir, comúnmente en la lógica de la “comparación” en relación a un “antes y después”⁸, determinado por algún tipo de acción o intervención, o más bien un conjunto de ellas.

Figura nº 4
Modelo de Evaluación



Fuente: Elaboración GE Diciembre 2010

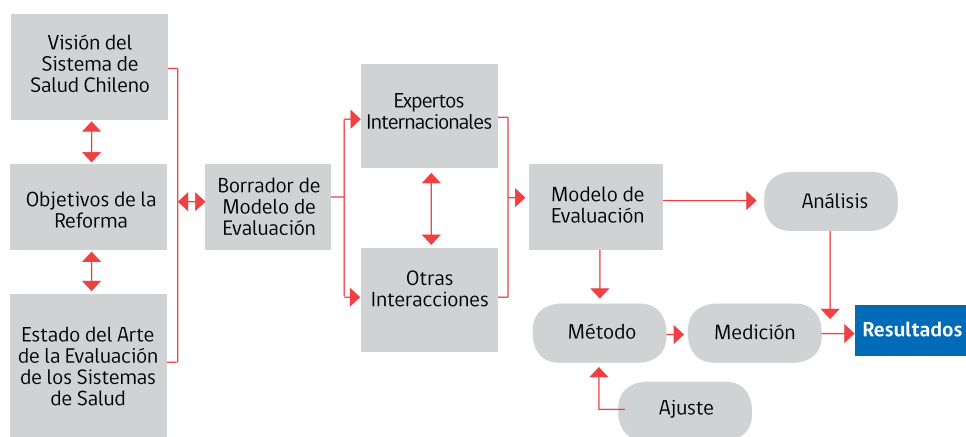
7 Entrevista al Dr. Nicholas May, Jefe del Departamento de Investigación de Sistemas de Salud de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, R.U.

8 Con bases Epistemológica clásicas en el Sector Salud, el eje de la temporalidad ha sido el de mayor relevancia, siguiéndole el del espacio, Ver “Epidemiología Sin Números” del profesor Naomar de Almeida Filho. Serie Paltex nº 28. 1992.

En este contexto, modelo se entenderá como un conjunto de criterios que constituyen un marco de referencia con indicadores susceptibles de ser medidos, analizados y evaluados; y que se puede seguir o imitar en diferentes contextos, permitiendo su adaptación de acuerdo a ellos.

Es así como el modelo propuesto aquí para la evaluación se plantea en función de los objetivos explicitados, a partir de los cuales se desprenden las dimensiones a estudiar, las variables a medir y finalmente los indicadores a utilizar.

Figura n° 5
Proceso de Construcción Modelo de Evaluación



Fuente: Elaboración Propia Diciembre 2010

2) Instrumentos de Evaluación:

Operacionalizando el modelo propuesto, podemos definir el concepto de instrumento como el conjunto de, dimensiones, variables e indicadores que permiten dar cuenta del grado de cumplimiento de los objetivos de una reforma de salud en el respectivo sistema.

Para la evaluación de cada objetivo, se parte de la delimitación de dimensiones o ámbitos deseables de medir, que tienen su propia definición formal, y que se constituyen como la adecuación de la definición conceptual a los requerimientos prácticos de este estudio.

A partir de las dimensiones se identifican variables a medir, y los indicadores que den cuenta de las mediciones requeridas.

Los indicadores son valores, como números absolutos, sumas, promedios, proporciones, coeficientes o índices, que sirven como señal de la frecuencia con que ocurren ciertas enfermedades o hechos en la comunidad, y que pueden incluir o no, determinaciones del grado de severidad de la enfermedad o de la situación que se está estudiando. Cabe recordar que los atributos de un buen indicador son su disponibilidad, simplicidad, validez, confiabilidad y precisión, y que en conjunto con su sensibilidad y especificidad deben contar como sustento con un buen sistema de información.

Capítulo III: Método de Evaluación

Este capítulo describe el instrumento metodológico, organizado en los 5 objetivos consensuados. A partir de éstos se presentan las dimensiones y variables.

Cabe destacar que los indicadores no se detallan en el presente resumen, y se desarrollan en el reporte. Asimismo, la aplicación del Instrumento, puede ser revisada en el Informe de Aplicación que complementa al reporte final.

OBJETIVO Nº 1:

**ELEVAR EL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y
DISMINUIR LAS DESIGUALDADES EXISTENTES.**

Definición conceptual del objetivo:

Considerando en términos generales la noción de nivel de salud como aquél que procede del estado en que los miembros de una comunidad se desenvuelven en el continuo salud-enfermedad, se entiende entonces que su medición parte por evidenciar dicho estado, expresado habitualmente como presencia de enfermedad o muerte.

Por otra parte el foco sobre las desigualdades existentes, permite abordar este tema considerando la salud pública como un proceso social, dirigido al logro de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y el bienestar.

“Es en este marco doctrinario que surge el concepto de equidad en salud. Desde los contenidos de la Carta de Ottawa y de las subsiguientes Declaraciones de las reuniones internacionales de Nueva Zelanda, Suecia, Yakarta, México y Chile, se señala que una manera eficaz de desarrollar

políticas y programas de salud equitativos incluye la utilización de las bases conceptuales de la promoción de la salud, es decir, el enfoque de salud poblacional. En efecto, el propósito de este enfoque es: mantener y mejorar la salud de toda la población y reducir las desigualdades de salud entre diferentes poblaciones. Se toman en cuenta, por lo tanto, todos los condicionantes individuales y grupales de la salud así como las interacciones entre ellos; y se deduce que es sobre esta base que se deben planificar y asignar los recursos⁹.

La equidad en salud en definitiva significa que todas las personas deben tener la oportunidad de alcanzar todo su potencial en salud y que nadie debe estar en desventaja a la hora de alcanzarla, abarcando dos dimensiones¹⁰:

- Equidad en salud: Que todas las personas alcanzan su potencial de salud independiente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. Es decir, sin diferencias en salud atribuibles a estas condiciones.
- Equidad en sistemas de salud: Que todas las personas tienen acceso a atención de salud de acuerdo a necesidad e independiente de su capacidad de pago, estrato social o nivel educacional.

Es así que documentos internacionales desarrollan una visión global de los determinantes sociales de la salud, donde “la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.

9 Medición y Monitoreo de las Desigualdades Intercomunales en Salud. Editor: Dr. Carlos Montoya-Aguilar, Ministerio de Salud. Año 2005. Santiago, Chile.

10 Documento Técnico nº 1: Antecedentes para apoyar la revisión y el rediseño de los Programas de Salud Pública desde la perspectiva de Equidad y Determinantes Sociales. Secretaría Técnica de Determinantes Sociales, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Chile. 2008-2009.

Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país¹¹.

Definición Operacional Dimensión – Variable:

Considerado de esta manera el objetivo de mejorar el nivel de salud y disminuir las desigualdades, el desafío consiste en determinar de qué manera se puede “medir” su consecución. En este sentido la dimensión viene a considerarse como un eje o un ámbito dentro de los diferentes que se pueden desarrollar y que tiene sus bases en el marco de Objetivos y resultados de un sistema de salud¹².

La dimensión en definitiva se plantea como el Estado de Salud con Enfoque de Equidad, la que se desglosa para la presente metodología en 7 variables, cuyo conjunto da cuenta de la valoración de este estado de salud:

1. Variable Mortalidad
2. Variable Morbilidad
3. Variable Expectativa o Esperanza de Vida
4. Variable Carga de Enfermedad
5. Variable Prevención
6. Variable Salud Dental
7. Variable Salud Mental

11 Resumen Analítico Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, “Subsanar las desigualdades en una generación” Alcanzar la Equidad Sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud. OMS. 2008.

12 Aplicación del Pensamiento Sistémico al Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Publicación OMS, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. 2009.

OBJETIVO N° 2:**MEJORAR EL ACCESO Y EQUITAD EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD.****Definición conceptual del objetivo:**

Considerando en términos generales la noción de Acceso, dice relación con la capacidad de las personas o potenciales usuarios del sistema de entrar en contacto con este generalmente considerado en términos formales, como la recepción por parte del usuario de una atención pertinente a sus necesidades. En concreto, el acceso a servicios de salud es la capacidad para conseguir una atención cuando se necesita.

Dicho término se ve condicionado por múltiples factores, desde la ubicación de los centros de salud y la disponibilidad de proveedores médicos o sanitarios (barreras geográficas o físicas), hasta los seguros médicos y los costos de la atención médica, viéndose también influido por barreras culturales o de idioma, entre otras cosas y que en definitiva condicionan la mirada de equidad, es decir de igualdad de oportunidades

El acceso a la atención, o la falta de dicho acceso, tiene consecuencias importantes sobre la morbilidad y la mortalidad, por eso es que se agrupan los diferentes ámbitos de la accesibilidad en temas geográficos o físicos, socioeconómicas y / o culturales.

“Los servicios de salud que proporcionan los programas pueden ser analizados desde el modelo de cobertura efectiva, que se define como la fracción del máximo posible de ganancia en salud que un individuo con una necesidad en salud puede esperar recibir del sistema de salud. Este modelo busca identificar barreras y facilitadores del acceso, los aportes del análisis de equidad de acceso han incluido también el caracterizar aquella parte de la población objetivo que nunca contacta o utiliza los servicios y aquella que contacta pero no se beneficia y las causas de esta situación. Examinar las causas significa identificar las barreras para los grupos que no acceden y vincularlas a los determinantes sociales. El modelo de cobertura efectiva fue descrito por Tanahashi en 1978, como una pirámide de cobertura con 5 peldaños a recorrer para asegurar

a la población beneficiaria nominal los beneficios de los servicios (la cobertura efectiva)¹³

Definición operacional Dimensión - variable:

Considerado de esta manera el objetivo de mejorar el Acceso y la Equidad en el Acceso a la atención en salud, como lo mencionan documentos técnicos¹⁴, la principal tarea es identificar la población que no toma contacto con el sistema, la "no visible", es decir, saber quiénes son; dónde están; por qué no acceden; cuáles son sus barreras y facilitadores de acceso.

Con estos elementos se plantean las dos dimensiones a visualizar para este objetivo, Equidad en el Acceso y Acceso propiamente tal.

DIMENSIÓN EQUIDAD EN EL ACCESO. Se desarrolla en base a la conceptualización de Equidad en relación a la atención desarrollada por las denominadas Garantías Explícitas en Salud GES (eje de la reforma de salud), las cuales agrupan a un conjunto de patologías. Un elemento relevante de esta dimensión considerar también el factor de no ser una patología GES, lo que implica evaluar el acceso en términos GES y no GES. Las variables consideradas son:

1. Variable GES / No GES

DIMENSIÓN ACCESO. Para esta se han considerado las siguientes variables que dicen relación con aspectos operativos del funcionamiento del sistema:

1. Variable de barrera de acceso
2. Variable de características del sistema
 - 2.1 Información
 - 2.2 Barreras Físicas
 - 2.3 Barreras Financieras

13. Documento Técnico nº 1: Antecedentes para apoyar la revisión y el rediseño de los Programas de Salud Pública desde la perspectiva de Equidad y Determinantes Sociales. Secretaría Técnica de Determinantes Sociales, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud Chile. 2008-2009.

14. Ídem.

2.4 Barreras asociadas a la organización del Sistema y Provisión de Servicios

2.4.1. General y de Gestión Administrativa:

2.4.2. Oferta Pública / Privada:

- o RRFF (Recursos Físicos):
- o RRHH (Recursos Humanos):
- o Medicamentos:

2.5 Barreras asociadas a la Gestión de Recursos

2.6 Barreras asociadas a la Gestión de la Red Asistencial

3. Variable de Utilización

4. Variable de Cobertura

OBJETIVO Nº 3:

MEJORAR LA CALIDAD Y LA EFECTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Definición conceptual del objetivo:

Considerando los servicios de salud en referencia a su “prestación”, comprende todas las intervenciones, personales o no, “eficaces”, seguras y de calidad, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan (incluida la infraestructura), realizadas con un mínimo desperdicio de recursos.¹⁵

En concreto, la definición de cada uno de estos ámbitos ha sido y es un proceso complejo y variado, dadas las diferentes miradas sobre los mismos. Existen múltiples definiciones, con profundidades y enfoques diferentes, en este caso se ha optado por el marco conceptual más usado y aceptado en el campo de la salud pública, vale decir: Calidad (como eje de lo planteado por la Fundación Europea para la Gestión de Calidad) como “un examen global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización, comparados

15 Aplicación del Pensamiento Sistémico al Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Publicación OMS, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. 2009.

con un modelo de excelencia", cuyo análisis no se reduce sólo a la satisfacción del usuario, sino que abarca la calidad científico-técnica de los profesionales y técnicos, el uso racional de la tecnología sanitaria y la prevención de lesiones o enfermedades asociadas a los servicios brindados a los pacientes y usuarios. Para el contexto chileno los aspectos de calidad se han complementado con el concepto de "Seguridad"¹⁶, y se han propuesto en 3 niveles de medición:

Calidad clínica - Calidad de los prestadores - Calidad de servicio.

En cuanto a la efectividad, corresponde al grado en que los resultados de salud deseados son logrados a través de la práctica clínica en condiciones reales. Se diferencia de la eficacia, la que corresponde al grado por el cual los resultados de salud son logrados en condiciones ideales. La efectividad requiere de un desempeño de acuerdo a protocolos de atención, definidos en base a la mejor evidencia y recursos disponibles, y se relaciona con eficiencia, la cual se refiere a la producción de los bienes o servicios al menor coste social o económico posible. Responde por lo tanto, a la idea de que el accionar sanitario puede generar una maximización de rendimiento.

Definición operacional dimensión - variable

Las dimensiones y sus variables en definitiva son:

DIMENSIÓN CALIDAD, expresada con fines metodológicos en tres variables, se define como la medición de diferentes aspectos del denominado proceso clínico asistencial, en el entendido de una evaluación sistemática de sus dimensiones, a saber, la calidad científico-técnica de los integrantes de la organización, el uso racional de la tecnología sanitaria, la prevención de lesiones o enfermedades asociadas a los servicios brindados a los pacientes y la satisfacción.

16 La Seguridad de la Atención en Salud es un proceso que se centra en la reducción de riesgos de eventos adversos, principalmente en la prevención de aquellos en que existen intervenciones de efectividad conocida de acuerdo a la evidencia científica disponible.

Es así que nacen las siguientes variables:

1. Variable Calidad Técnica o Clínica
2. Variable Calidad del Prestador
3. Variable Calidad de Servicio

DIMENSIÓN EFECTIVIDAD, esta dimensión se expresa en variables que dicen relación con factores de producción de los servicios sanitarios y con factores inherentes al propio producto de servicio sanitario, es decir, delimitando los resultados esperados en condiciones reales de funcionamiento. Para ello se plantean variables que dicen relación con áreas específicas de problemas de salud, vale decir:

1. Variable por Enfermedades Prevenibles por Vacunas
2. Variable por Cáncer
3. Variable por Enfermedades Cardiovasculares
4. Variable por Enfermedades Respiratorias
5. Variable por Diabetes
6. Variable por Salud Mental
7. Variable por Cirugía

OBJETIVO Nº 4:

DAR RESPUESTA A LAS EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN CON PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL.

Definición conceptual del objetivo:

En términos generales, este concepto ha sido definido como *"la intervención de la sociedad civil en la esfera de lo público"*¹⁷. Siguiendo a N. Lechner, en cada una de estas esferas de la vida colectiva se asocian y combinan, de diversos modos, distintos mecanismos de coordinación y articulación de la vida social. Estas distintas formas de articulación social se expresan en el Estado, el mercado y las redes sociales.¹⁸

17. Cunill N. (1991), "Participación Ciudadana: Dilemas y Perspectivas para la Democratización de los Estados latinoamericanos" CLAD Venezuela.

18. Lechner N. (1997), "Tres Formas de Coordinación Social", Revista de la CEPAL, nº 61. En "Participación y Gestión en Salud. Carmen Celedón y Marcela Noé, XII Concurso de Ensayos del CLAD "Hacia la implementación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública. Caracas 1998.

"Una visión más moderna de participación en la salud reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Surge entonces la demanda de una mayor responsabilidad del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección de la salud"¹⁹

Desde la perspectiva de la salud pública, con una visión de derechos humanos y aseguramiento de garantías en salud; implica una acción de los actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad, para identificar problemas y necesidades, definir prioridades como también formular y negociar sus propuestas. El empoderamiento es el motor del desarrollo de capacidades y habilidades personales y detonador de la participación.

Definición operacional dimensión - variable

DIMENSIÓN: NIVEL DE PARTICIPACIÓN MACRO, la cual en concreto se desglosa en las siguientes variables:

1. Políticas Públicas con Enfoque de Derechos
2. Normativas y Regulaciones del Sector Salud en Participación
3. Instancias y estructuras regulares de Participación sectorial
4. Estudios Poblacionales Nacionales que incluyen la variable Participación encargados por el Estado Chileno
5. Desarrollo de Capacidades en Gestión Participativa

DIMENSIÓN NIVEL DE PARTICIPACIÓN MESO, la cual se refiere a un nivel de ejercicio de la participación y del control social de carácter regional, si bien siguiendo el marco general país, pero con sus respectivas especificidades:

1. Instancias, mecanismos y estructuras regulares de participación a nivel de ASR (Autoridad Sanitaria Regional) y SS (Servicios de Salud)

19. "Reformas del sector de la Salud y Participación Social", C. Celedón, M. Noé. Revista Panamericana de Salud Pública. 8(1/2). 2000. OPS.

2. Estudios regionales o por SS (Servicio de Salud) que incluyan la variable participación
3. Desarrollo de capacidades en gestión participativa en ASR o SS

DIMENSIÓN NIVEL DE PARTICIPACIÓN MICRO, última dimensión que se especifica desde la perspectiva local y orientada al contacto directo y cotidiano en el accionar del sistema representado por la propia organización o institución y su comunidad directamente beneficiaria de sus servicios.

1. Instancias, mecanismos y estructuras de participación regular en salud (comunal, municipal, establecimientos de la red: hospitales/ APS)
2. Opinión del Usuario y de la Comunidad
3. Prácticas o proyectos de participación en salud a nivel local (en ejecución o evaluados)

OBJETIVO Nº 5:

LOGRAR EQUIDAD, EFICIENCIA Y SUSTENTABILIDAD DEL FINANCIAMIENTO, Y PROTECCIÓN FINANCIERA.

Definición conceptual objetivo

Se entiende la función de Financiamiento como aquella que permite sufragar o costear los gastos de una actividad u obra, siendo en este caso tanto la provisión de servicios, como las actividades de inversión y regulación del sistema.

“El propósito del Financiamiento es contar con fondos, así como establecer incentivos financieros adecuados para los proveedores, con miras a lograr que todas las personas tengan acceso a servicios eficaces de Salud Pública y de atención sanitaria personal. Esto significa reducir o eliminar la posibilidad de que una persona no tenga la capacidad de pagar esos servicios, o de que se empobrezca si trata de hacerlo”²⁰

20. Ídem.

Con estos elementos se plantean las tres dimensiones para este objetivo; de acuerdo a los diferentes niveles que el proceso de Financiamiento desarrolla al interior de un sistema de salud: Fuentes de Financiamiento, Macroasignación de Recursos y Mecanismos de Pago.

Definición Operacional Dimensión - Variable:

DIMENSIÓN FUENTES DE FINANCIAMIENTO. Se desarrolla en base a la conceptualización del origen del Financiamiento y la cantidad propiamente tal de recursos canalizados a través de los sectores públicos y privados. Con los 4 aspectos que se desglosan en sus respectivas variables:

1. Variable Equidad
2. Variable Eficiencia
3. Variable Sustentabilidad

DIMENSIÓN MACRO ASIGNACIÓN DE RECURSOS. Se destina específicamente a la visualización de la forma de distribución de los recursos financieros:

1. Variable Equidad
2. Variable Eficiencia
3. Variable Sustentabilidad

Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones Globales

No cabe duda que los sistemas de salud expuestos a una reforma están sujetos a estructuras que no siempre cambian en forma radical; pueden permanecer anclados, con nuevos nombres, a las mismas prácticas que motivaron la transformación, se hace necesario, por ende, generar instancias que valoren el impacto real que las iniciativas impulsadas por las reformas han generado.

La reflexión nos lleva a visualizar la evaluación del sistema de salud propiamente tal como un proceso sistemático, que permita analizar los cambios particulares, intentando acotarlos lo más posible a fin de minimizar los ámbitos confudentes, inherentes a procesos de esta envergadura. El monitoreo es un proceso permanente que, según las experiencias recabadas y en concordancia con el desarrollo de las política públicas propuestas por el sector, idealmente debiese estar a cargo de un ente independiente que fije prioridades y estándares.

Se destaca también el marco lógico sobre el cual, al momento de evaluar reformas, necesariamente se evalúan los sistemas de salud. De esta manera se identifica la necesidad de explicitar cuales son los objetivos que se persiguen al incidir sobre un sistema con una reforma. Este ejercicio permite desarrollar reflexiones sobre las evaluaciones de las reformas, la conceptualización de evaluación de sistemas de salud, y sobre el impacto de cambios o estrategias impulsadas por las mismas. Como bien lo planteó el Dr. Nicholas Mays, del Department of Public Health and Policy del London School of Hygiene and Tropical Medicine, “Toda evaluación debe fundamentarse en la lógica que la ha movido”, por lo que hace más pertinente aún desarrollar el ejercicio metodológico de sostener dicha lógica.

El sistema de trabajo desarrollado por el Grupo Ejecutivo para la elaboración de un instrumento metodológico, propuesto como el punto de partida y eje de la implementación de un verdadero sistema de evaluación permanente y sistemático, ha generado las reflexiones e insumos pertinentes para plantear recomendaciones a futuro:

- Resulta relevante la apuesta de que la investigación es un insumo relevante en la generación y desarrollo de las políticas públicas, en especial cuando existe complementariedad entre la academia y la autoridad. Existen experiencias internacionales, como por ejemplo el Consejo de Expertos Interdisciplinario Alemán, que pudiesen ser una orientación para la realidad chilena.
- La participación de diversos actores de la sociedad civil cobra una importancia destacada en este proceso de evaluación, ya que es relevante y prioritario contar con un grupo de análisis de alto nivel de independencia y amplia participación, que permita observar cómo una reforma modifica los aspectos sobre los cuales pretende incidir, abarcando tanto el mundo técnico, como social.
- Una condición imprescindible para la realización de cualquier análisis comparativo es la disponibilidad de información confiable, pertinente y oportuna que permita dicha comparación. Es el sentir del Grupo Ejecutivo que la existencia de una metodología de evaluación tensionaría el desarrollo y el levantamiento de nuevos indicadores, acordes a los estándares internacionales. Es con ese ánimo que el instrumento metodológico incluye indicadores que si bien en este momento no son posibles de construir, si fueron considerados lo suficientemente interesantes para dejar plasmada la necesidad de desarrollarlos para futuras mediciones.
- A lo anterior se suma la importancia de un adecuado análisis comparativo entre países o regiones. Es de enorme utilidad la existencia de instancias como el mismo Observatorio Europeo de Sistemas y Reformas de Salud o el marco dado por la OPS, pues pueden apoyar directamente, profesionalizando la labor de evaluación.
- La autonomía de un organismo evaluador, fue motivo de numerosas instancias de debate. Si bien, aún está abierta la discusión sobre la estructura y dependencia que se le daría al organismo en el futuro, un punto central bajo la perspectiva de los expertos en la materia es su autonomía y diversidad.

Finalmente, se puede destacar el propio derrotero llevado por el Grupo Ejecutivo en el entendido de la co-construcción de un instrumento metodológico como eje de una elaboración mayor, que dice relación con la implementación de un verdadero “sistema de evaluación” permanente, sistemático, independiente con potencialidades de desarrollo, transparencia, de carácter colaborativo y cooperativo. Esperamos que este proyecto sea el catalizador.

Agradecemos a quienes colaboraron para el desarrollo del proyecto, aportando tiempo, documentos, informes:

- Ministerio de Salud: Dr. Osvaldo Salgado, Dr. Rubén Gennero, Dra. Alma Vidales, Dr. Fernando Muñoz, Adrian Torres, Dr. Pedro Crocco, Nibaldo Mora, Jorge Arriagada, Dra. Orielle Solar, Dr. Sergio Sánchez.
- Superintendencia de Salud: Camilo Cid.
- Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera: Dr. Wilfried Diener.
- FONASA: Rafael Urriola, Dra. Sandra Madrid, Erika Díaz
- Además: Nuria Cunill, Dr. Jens Holst, Sylvia Lagos, Álvaro Zurita, Fabián Klaise

Autores Grupo Ejecutivo:

- Ministerio de Salud:
 - Subsecretaría de Redes Asistenciales
Verónica Bustos
 - Subsecretaría de Salud Pública
Judith Salinas
 - Departamento de Desarrollo Estratégico
Dra. Cynthia Argüello
 - Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales
Kareen Herrera
- GIZ:
Dr. Klaus Peter Schnellbach
- Superintendencia de Salud:
Dra. Ximena Riesco.
- FONASA:
Sr. Francisco León
- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile:
Dr. Gabriel Bastías
- Facultad de Medicina de la Universidad de Chile:
Dr. Marcos Vergara.
- Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso:
Dr. Mario Parada.
- Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera:
Dr. Carlos Vallejos.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) Chile:
Dr. Julio Suárez,.
- Agencia de Cooperación Internacional (AGCI):
María Eugenia Gómez.
- Consultor externo:
Dr. Gabriel Sanhueza.



**Ministerio de
Salud**

Gobierno de Chile