

Informe Ejecutivo: Principales Hallazgos

PROYECTO DE DISEÑO Y MEDICIÓN DE UN ÍNDICE  
DE EFICIENCIA, ACCESO Y CALIDAD (IEFAC) EN  
SALUD

---

MARZO 2024

## ÍNDICE

<b>1. ANTECEDENTES</b>	<b>3</b>
<b>2. OBJETIVO DE LA MEDICIÓN</b>	<b>4</b>
<b>3. METODOLOGÍA UTILIZADA</b>	<b>4</b>
3.1. Dimensiones del Índice	4
3.2. Fuentes de datos	5
3.3. Dimensiones e indicadores que conforman el Índice de Eficiencia, Acceso y Calidad en Salud	6
3.4. Cálculo del Índice	11
<b>4. RESULTADOS DE LA MEDICIÓN</b>	<b>13</b>
4.1. Datos generales comparativos 2019 y 2021-2022	13
4.2. Resultados globales (nivel país) año 2022 según dimensiones.	15
4.3. Resultados por macrozonas.	16
4.3.1. Resultados Globales	16
4.3.2. Resultados por dimensión.	18
4.4. Resultados según Nivel de Atención Primaria y Atención Hospitalaria de Salud.	21
4.4.1. Globales	21
4.4.2. Atención Primaria por zona geográfica	24
4.4.3. Atención Hospitalaria por zona geográfica	25
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>30</b>
5.1. Comportamiento del gasto en salud y la producción del sistema	30
5.2. Resultados generales de la medición	30
5.3. Resultados atención primaria	31
5.4. Resultados atención hospitalaria	32

## 1. ANTECEDENTES

El sistema de salud público en Chile aportó aproximadamente el 54% del gasto en salud total en 2022, a través principalmente de entidades como el Ministerio de Salud, las Municipalidades, otras entidades que colaboran con el Estado e instituciones de salud de las fuerzas armadas y de orden; el resto es aportado por las aseguradoras privadas de salud (incluyendo las ISAPRES), por instituciones privadas sin fines de lucro (como el Instituto Teletón), y también por el gasto que realizan las familias de manera directa (también conocido como gasto de bolsillo). A pesar de los avances logrados en las últimas décadas, la red asistencial pública aún enfrenta una serie de problemáticas y desafíos que limitan su capacidad de brindar buenas prestaciones de salud, que garanticen el uso eficiente de los recursos, con mayores niveles de acceso de la población y con atenciones de calidad.

Entre los principales problemas y desafíos que enfrenta la red asistencial pública de salud en Chile se encuentran los siguientes:

- **Deficiente gestión de recursos:** La red asistencial pública presenta un déficit estructural de recursos, y además presenta problemáticas de eficiencia en la gestión financiera, lo que se traduce en una escasez de especialistas, uso inadecuado e improductivo de infraestructura y equipamiento. Esto afecta la capacidad del sistema para brindar una atención oportuna, eficiente y de calidad.
- **Problemas de cobertura de la atención primaria:** La cobertura de las prestaciones de la red asistencial pública aún no es universal para los beneficiarios inscritos en APS. Un porcentaje significativo de la población no tiene acceso a los servicios de salud pública, lo que se traduce en desigualdades en el acceso a la salud.
- **Atención de deficientes niveles de calidad:** La calidad de la atención brindada por la red asistencial pública es variable. En algunos casos, la atención es deficiente, lo que puede generar complicaciones en la salud de los pacientes, y en consecuencia, en los niveles de satisfacción.

Los problemas y desafíos mencionados anteriormente tienen un impacto negativo en las prestaciones del sistema y la satisfacción de la demanda de salud de la población, lo que se ha traducido en fenómenos como el aumento de las listas de espera, disminución de la cobertura de las actividades preventivas en salud, bajo nivel de satisfacción de los usuarios, entre otros.

En este sentido, el diseño de toda política pública en salud debe ir acompañado necesariamente de instrumentos y métricas que permitan dimensionar en qué medida las iniciativas que se promueven impactan los principales ejes con los que se evalúan un sistema de salud. De acuerdo al framework disponible, dimensiones como la sostenibilidad financiera, el estado de salud de la población, el acceso de la población a las prestaciones, entre otras, son aspectos fundamentales para una

evaluación de los objetivos del sistema de salud. Por consiguiente, resulta fundamental que, en el diseño e implementación de las políticas de salud, puedan existir métricas estandarizadas que permitan reconocer de qué forma las acciones y medidas desarrolladas han favorecido los resultados en algunos de estos tópicos.

La complejidad de las políticas en el sector salud y los desafíos existentes son de tal magnitud, que los tomadores de decisión necesitan instrumentos de evaluación robustos para evaluar continuamente las medidas e iniciativas que se aplican para generar los impactos en los objetivos de salud.

En línea con lo anterior, junto con avanzar en métricas y modelos estándares para la medición del desempeño del sector salud, es necesario también generar iniciativas que promuevan la transparencia y rendición de cuentas en los resultados de las mediciones aplicadas al sistema de salud, para que todos los actores trascendentales del sistema (tomadores de decisión de políticas, prestadores, entidades que administran el seguro de salud, y la sociedad civil y la academia) puedan manejar información y datos comunes que permitan compartir un diagnóstico sobre las problemáticas vigentes y las opciones disponibles para resolverlos. Esta evaluación de resultados se puede lograr a través de indicadores que sean medibles periódicamente y accesibles por la ciudadanía, en pro de una evaluación periódica del desempeño del sistema.

Y es justamente este aspecto lo que pretende abordar el proyecto de diseño y medición de un Índice de Eficiencia, Acceso y Calidad en Salud. Se trata de una iniciativa impulsada por la Fundación Observatorio Fiscal, quien en conjunto con un equipo asesor de expertos nacionales en materias de salud, ha propuesto un conjunto de indicadores, agrupados en tres dimensiones, que permiten medir los niveles de eficiencia, acceso y calidad de la atención del sistema de salud en Chile, **con el objetivo que dicha medición sirva de insumo para la discusión en la agenda pública para el diseño de nuevas políticas y acciones de mejora que permitan que la red asistencial mejore su desempeño, haciendo un uso más eficiente de los recursos disponibles, mejorando el acceso de la población a las prestaciones y fortaleciendo con ello sus niveles de satisfacción en el tiempo.**

## 2. OBJETIVO DE LA MEDICIÓN

Diseñar un modelo de medición de un índice que permita evaluar los niveles de eficiencia, acceso y calidad del sistema de salud en cada uno de los territorios del país, con indicadores objetivos y medibles a lo largo del tiempo, que permita incidir en el fortalecimiento de las políticas públicas en salud.

### 3. METODOLOGÍA UTILIZADA

#### 3.1. Dimensiones del Índice

La metodología del índice consideró la medición de un conjunto de indicadores agrupados en tres dimensiones principales, que se cuantifican de forma independiente: Eficiencia, Acceso y Calidad del Sistema de Salud. Cada uno de los indicadores definidos se desagregan de forma diferenciada para medir la atención en el sistema de atención primaria, y también en el sistema de atención hospitalaria o terciaria, hasta llegar al nivel de comuna, o del establecimiento de salud, dependiendo del caso. De acuerdo a definiciones metodológicas del índice, todos los indicadores se agregan a nivel de cada Servicio de Salud, puesto que si bien muchos de los datos que alimentan los indicadores consideran la información asociada individualmente a cada establecimiento de salud de la red asistencial (centro de atención primaria u hospitales), las comparativas de desempeño en cada dimensión se agregan a nivel de Servicios de Salud, dado que cada una de estas unidades conforman una red de atención de distintos niveles que interactúan y se complementan entre sí para brindar una atención integral de salud a la población beneficiaria.

**Se entiende por eficiencia** al nivel de producción de atenciones o prestaciones de cada recurso disponible en el sistema de salud (profesionales de la salud, equipamiento o infraestructura), o al grado de eficiencia en la utilización o aprovechamiento de los recursos disponibles en los establecimientos en pro de la atención de los pacientes (disminuyendo lo mejor posible la capacidad ociosa de equipamiento e infraestructura). Algunos indicadores considerados aquí dicen relación con la tasa de utilización de camas disponibles, o de pabellones quirúrgicos, así como la producción de egresos o altas hospitalarias por cama disponible, o la tasa de consultas médicas por profesional contratado en el establecimiento, entre otras.

**Se entiende por acceso** al porcentaje de cobertura de la atención de la población beneficiaria del conjunto de establecimientos de la red, o la capacidad de respuesta de cada nivel del sistema de salud a las demandas o requerimientos de garantías de salud o de prestaciones específicas. Algunos indicadores considerados aquí dicen relación con el número de casos de garantías GES retrasadas, o casos No GES en lista de espera por consulta de especialidad o intervención quirúrgica, ajustado por la población beneficiaria, así como también tasa de visitas domiciliarias y exámenes médicos preventivos en los centros de atención primaria, así como el porcentaje de pacientes que dada la complejidad de su atención, debieron haberse atendido en el nivel primario, pero sin embargo fueron atendidos en Unidades de Emergencia de Hospitales, entre otros.

**Se entiende por calidad** a la capacidad resolutive de las atenciones de salud del sistema de atención primaria y hospitalaria, sin generar efectos en readmisiones o en tiempos de espera en unidades de emergencia, y al nivel de satisfacción de los afiliados FONASA con el sistema público de atención. Aquí se han considerado indicadores como la tasa de consultas médicas resueltas en la atención primaria (y no derivadas a los otros niveles mediante interconsultas), el porcentaje de casos hospitalarios que reingresaron en menos de 30 días por el mismo diagnóstico original, o el porcentaje de pacientes en espera de una cama hospitalaria que tardaron más de 12 horas en ser atendidos, entre otros.

### 3.2. Fuentes de datos

Para la medición de estos índices, se utilizaron predominantemente bases de datos de acceso público, provenientes de distintas fuentes de información consultadas, las que se enuncian a continuación:

#### **Fuentes de datos de información presupuestaria y de gasto en salud**

- Base datos de los Balances de Ejecución Presupuestaria - Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM)
- Base de datos de ejecución presupuestaria de los Servicios de Salud - Dirección de Presupuestos.
- Base de datos de los Estados de Situación Presupuestaria Municipal - Contraloría General de la República.
- Base de datos de Caracterización del Gasto de FONASA.
- Datos agregados de las cuentas satélite en salud - Portal de Información Económica en Salud - IES.

#### **Fuentes de datos relacionados a la producción, gestión y recursos en salud**

- Base Datos de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) - Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).
- Bases de datos estadísticos de recursos en salud - Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).
- Base de datos de egresos hospitalarios - Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).
- Base de datos de Egresos Hospitalarios adscritos al sistema de Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD), FONASA.
- Base de datos del Panel de Monitoreo de Listas de Espera en Salud, e informes de Garantías GES retrasadas y Listas de Espera de casos No GES, informados por MINSAL al Congreso vía glosas de la Ley de Presupuestos.
- Definiciones de documentos y guías técnicas del Ministerio de Salud, que establecen indicadores de gestión para la Red Asistencial, relacionados principalmente a las metas definidas para el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), y los instrumentos de evaluación de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) y del Balance Scorecard (BSC).

### **Fuentes de datos relativos a población beneficiaria de salud, y aspectos demográficos, socioeconómicos y de hábitos en salud de la población**

- Base de datos del CENSO de Población y Vivienda 2017
- Base Datos Encuesta de Caracterización Socioeconómica - CASEN 2017-2020.
- Base de datos de la Encuesta Nacional de Salud - ENS - MINSAL
- Base de datos de la Encuesta de Calidad de Vida - ENCAVI - MINSAL

### **3.3. Dimensiones e indicadores que conforman el Índice de Eficiencia, Acceso y Calidad en Salud**

En la tabla N° 1 se muestra un listado de los principales indicadores que se incorporaron a cada una de las tres dimensiones consideradas en el índice (eficiencia, acceso y calidad), cada una agregadas en sub-dimensiones relativas a nivel de atención asociado a cada indicador (nivel de atención primaria, o nivel de atención hospitalario).

**Tabla 1: Dimensiones, subdimensiones e indicadores considerados en la medición del Índice de Eficiencia, Acceso y Calidad en Salud**

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	DESCRIPCIÓN
<b>DIMENSIÓN EFICIENCIA</b>	<b>EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA</b>	Tasa Consultas por Profesional (Médico)	Corresponde a la tasa de rendimiento de consultas médicas realizadas por los centros de atención primaria (consultorios, CESFAM, CECOF, etc) por cada profesional médico contratado. Es decir, mide la eficiencia con que cada profesional médico contratado produce consultas médicas en el nivel primario. En la medida que este indicador sea mayor, refleja un mayor nivel de eficiencia en la producción de consultas por cada médico contratado en el nivel primario.
		Tasa Consultas Médicas por horas contratadas personal médico	Este indicador mide la tasa de rendimiento de consultas médicas realizadas en los distintos recintos hospitalarios de la red asistencial por cada hora de profesionales médicos contratados por los distintos servicios de salud y hospitales. Este indicador perfecciona la tasa de consultas médicas por cada profesional médico de los hospitales, puesto que ajusta el indicador de acuerdo a la cantidad de horas profesionales efectivamente contratadas. En la medida que este indicador sea más alto, mayor es la eficiencia en el rendimiento de consultas médicas por cada hora contratada de los profesionales médicos del hospital.
	Tasa Consultas Médicas de Especialidades por Profesional Médico	Corresponde a la medición de la tasa de rendimiento de CME por profesional médico especialista contratado en los distintos recintos hospitalarios. Mientras más alto sea este indicador, implica que mayor es la eficiencia en el rendimiento de consultas médicas de especialidades por cada médico especialista contratado en los hospitales.	
	<b>EFICIENCIA HOSPITALARIA</b>	Porcentaje de Estancias Prolongadas	Este indicador refleja el porcentaje de atenciones (egresos hospitalarios) con un consumo de días cama hospitalarias excesivo en relación a la norma estadística del grupo de hospitales comparables para una misma complejidad de atención. En otras palabras, este indicador identifica aquellos egresos que están por encima (o por debajo) de los valores límites de la distribución de días cama de todos los hospitales del grupo comparable para una misma atención, para los cuales se consideraría valores "atípicos" o "extremos", bajo criterio estadístico. De esta manera, los valores atípicos corresponden a egresos con un total de días cama que está fuera del rango considerado "normal" dentro del comportamiento del uso de días cama para las mismas atenciones realizadas en hospitales del grupo comparable.
		Porcentaje de Días Cama Sobreutilizados	Este indicador consiste en el cálculo del porcentaje que representan aquellos días cama ahorrados o sobreutilizados por un hospital (comparados con aquellos recintos de su grupo comparable), con respecto al total de días cama utilizados por el recinto hospitalario en el año.

		<p>Eficiencia relativa en el uso de días cama (índice funcional)</p>	<p>Consiste en la medición del grado de consumo de días camas utilizados para cada tipo de diagnóstico atendido en los distintos establecimientos hospitalarios de mediana y alta complejidad comparado con el uso que le dan en promedio hospitales equivalentes en el resto del país, para los mismos tipos de diagnósticos. Este indicador revela que tan distinto sería el uso de los días cama de un hospital si se comportara como los hospitales equivalentes, atendiendo los mismos tipos de diagnóstico. Mientras más alto es este indicador, mayor es la eficiencia relativa en el uso de días cama disponibles en cada hospital evaluado.</p>
		<p>Egresos por Cama Hospitalaria (ajust. x complejidad)</p>	<p>Este indicador cuantifica cuántos egresos o altas hospitalarias se generan en cada recinto hospitalario por cada cama disponible en el establecimiento. Dichos egresos se encuentran ajustados según el nivel de complejidad de los casos, medido a través del peso asignado de acuerdo a los Grupos Relacionados a Diagnósticos (GRD). En la medida que sea más alto este indicador, mayor es la eficiencia en la producción de egresos o altas hospitalarias por cada cama disponible en los hospitales, ajustado según nivel de complejidad.</p>
		<p>Tasa Utilización Camas Hospitalarias</p>	<p>Corresponde al nivel de utilización de la dotación de camas disponibles en cada recinto hospitalario en un año, medido a través de la comparación entre el número total de camas efectivamente ocupadas en el año con respecto a la dotación disponible en el mismo periodo. En la medida que sea mayor esta métrica, mayor es la eficiencia en la intensidad de uso de las camas hospitalarias disponibles en cada hospital.</p>
		<p>Tasa de Intervenciones Quirúrgicas por c/ Pabellón Disponible</p>	<p>Este indicador mide la cantidad de intervenciones quirúrgicas (cirugías) que son producidas en cada hospital según la dotación total de pabellones quirúrgicos disponibles en los establecimientos, es decir, que se encuentran asignados al establecimiento por la autoridad, instalados y dispuestos para realizar cirugías mayores y que funcionan regularmente.</p> <p>Este indicador mide el grado de eficiencia en la producción de cirugías por cada pabellón quirúrgico disponible en el hospital. Mientras mayor es este indicador, más alta es la eficiencia en la producción de intervenciones quirúrgicas por cada pabellón quirúrgico disponible en cada hospital.</p>
		<p>Tasa de Intervenciones Quirúrgicas por c/ Pabellón Habilitado</p>	<p>Este indicador mide la cantidad de intervenciones quirúrgicas (cirugías) que son producidas en cada hospital según la dotación promedio mensual de pabellones quirúrgicos habilitados en los establecimientos para su funcionamiento, es decir, que se encuentran en condiciones de uso para realizar cirugía mayor, contando con la infraestructura y el equipamiento necesario para funcionar a través de la Norma Técnica Básica (NTB).</p> <p>Este indicador mide el grado de eficiencia en la producción de cirugías por cada pabellón quirúrgico habilitado en el hospital. Mientras mayor es este indicador, más alta es la eficiencia en la producción de intervenciones quirúrgicas por cada pabellón quirúrgico habilitado en cada hospital.</p>
		<p>Tasa de Egresos Sensibles a la Atención Primaria (Hospitalizaciones Evitables)</p>	<p>Esta métrica mide el porcentaje de egresos hospitalarios anuales que fueron clasificados como Sensibles a la Atención Primaria (ACSC, por sus siglas en inglés), que corresponden a hospitalizaciones evitables de pacientes por diagnósticos que podrían haberse resuelto en el nivel primario, generándose con ello una pérdida de eficiencia en el uso de los recursos disponibles para este tipo de patologías. En la medida que sea mayor esta métrica, menor es la eficiencia del uso de los recursos hospitalarios, al atender prestaciones con hospitalizaciones evitables, que podrían haberse resuelto en el nivel primario.</p>
<p><b>DIMENSIÓN ACCESO</b></p>	<p><b>Acceso Atención Primaria</b></p>	<p>Tasa de Exámenes Médicos Preventivos (EMP) hombres y mujeres de 20 a 64 años</p>	<p>Corresponde al porcentaje de beneficiarios hombres de 20 a 64 años de edad a los cuales se les aplicó controles médicos preventivos por parte de los centros de atención primaria de salud. Este indicador tiene su base en las definiciones consignadas en las metas del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud que el Ministerio de Salud establece anualmente. Mientras mayor sea este indicador, mayor es la tasa de cobertura de exámenes médicos preventivos de hombres en este tramo etario, y por tanto, mayor nivel de acceso a salud primaria de este perfil de la población.</p>

		Tasa de Exámenes Médicos Preventivos (EMP) hombres y mujeres de 65 y más años	Corresponde al porcentaje de beneficiarios hombres y mujeres mayores de 65 años de edad a quienes se les aplicó controles médicos preventivos por parte de los centros de atención primaria de salud. Este indicador tiene su base en las definiciones consignadas en las metas del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud que el Ministerio de Salud establece anualmente. Mientras mayor sea este indicador, mayor es la tasa de cobertura de exámenes médicos preventivos de hombres y mujeres en este tramo etario, y por tanto, mayor nivel de acceso a salud primaria de este perfil de la población.
		Tasa de Visita Domiciliaria Integral	Corresponde al porcentaje de familias inscritas en Atención Primaria y a quienes se les hizo visitas domiciliarias integrales para el seguimiento al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación preventiva en salud. Este indicador tiene su base en las definiciones consignadas en las metas del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud que el Ministerio de Salud establece anualmente. Mientras mayor sea este indicador, mayor es la tasa de cobertura de familias con visitas domiciliarias integrales, y por tanto, mayor nivel de acceso de familias al seguimiento preventivo de su salud.
		% pacientes atendidos en Urgencia Hospitalarias (C5)	Este indicador mide el porcentaje de pacientes que fueron atendidos en las Unidades de Urgencia Hospitalaria de los establecimientos de salud, y que fueron clasificados en su diagnóstico en un nivel de complejidad C5. Esta métrica aproxima una medición del grado de acceso de los usuarios a la atención primaria, por cuanto se trata de diagnósticos de personas que, dada su baja complejidad, podrían haberse resuelto en el nivel primario, pero que terminaron acudiendo en el nivel hospitalario. Mientras mayor sea este indicador, mayor es el porcentaje de pacientes clasificados con una complejidad baja que fueron atendidos en urgencia hospitalaria, y por tanto, ello se traduce un menor nivel de acceso a la salud primaria para la resolución de este tipo de atenciones.
		% personas FONASA con atención MLE	Esta medición cuantifica el porcentaje de personas beneficiarias de FONASA que recurrieron a una atención bajo Modalidad Libre Elección (MLE) en un establecimiento privado de salud, para una prestación clasificada bajo el código nivel 1 del arancel FONASA, que dadas sus características, podría haberse canalizado a través de los centros de atención primaria de la red asistencial. Mientras mayor es esta métrica, ello implica que mayor es el porcentaje de personas que recurrieron a prestadores privados por prestaciones que podrían haberse resuelto en el nivel primario de la red asistencial público, y por tanto, menor nivel de acceso a las atenciones en APS.
		Nº casos GES retrasados x cada 10 mil hab	Este métrica cuantifica el N° de casos de pacientes que requirieron el cumplimiento de una Garantía Explícita de Salud (GES) en un establecimiento de la red pública de salud, y que se encuentran a la fecha de corte del año en condición "retrasada", es decir, que han excedido el plazo límite legal para ser resuelta, cuya cifra se encuentra ajustada de acuerdo al tamaño de la población beneficiaria atendida en cada servicio de salud. En la medida que este indicador es mayor, ello refleja un menor grado de acceso a las garantías de salud en la red asistencial.
	<b>Acceso Atención hospitalaria</b>	Nº casos No GES (CME) x cada 10 mil hab	Este métrica cuantifica el N° de casos de pacientes que se encuentran en lista de espera de atención de una Consulta Médica de Especialidad (CME) No garantizada (No GES), en un establecimiento de la red pública de salud, y que se encuentran a la fecha de corte del año con un retraso de más de 30 días. Esta cifra se encuentra ajustada de acuerdo al tamaño de la población beneficiaria atendida en cada servicio de salud. En la medida que este indicador es mayor, ello refleja un menor grado de acceso a las atenciones de salud en la red asistencial por prestaciones no garantizadas, al tratarse de mayores niveles de espera en la atención de Consultas Médicas de Especialidades.
		Nº casos No GES (IQ) x cada 10 mil hab	Este métrica cuantifica el N° de casos de pacientes que se encuentran en lista de espera de una Intervención Quirúrgica (IQ) No garantizada (No GES), en un establecimiento de la red pública de salud, y que se encuentran a la fecha de corte del año con un retraso de más de 30 días. Esta cifra se encuentra ajustada de acuerdo al tamaño de la población beneficiaria atendida en cada servicio de salud. En la medida que este indicador es mayor, ello refleja un menor grado de acceso a las atenciones de salud en la red asistencial por prestaciones no garantizadas, al tratarse de mayores niveles de espera en la atención de Intervenciones Quirúrgicas.

		Días Promedio GES	Este indicador mide el tiempo promedio de retraso de los casos de pacientes que han requerido el cumplimiento de una Garantías Explícita de Salud (GES) en un establecimiento de la red pública de salud, medido como la media de días en que han excedido el plazo límite legal para ser resuelta dicha garantía. En la medida que este indicador sea más alto, ello es indicio de mayores tiempos de resolución de las Garantías de Salud, y por lo tanto, mayor incumplimiento de las mismas, y menor acceso a la resolutiveidad de la atención garantizada de salud.
		Días Promedio NO GES (CME)	Este indicador mide el tiempo promedio en que los casos registrados se encuentran en lista de espera en un establecimiento de la red pública de salud, para recibir una Consulta Médica de Especialidad (CME) por una patología no garantizada (No GES). Mientras más alto es esta métrica, evidencia mayores tiempos de resolución de listas de espera de las CME requeridas, y por lo tanto, menor acceso a la resolutiveidad de la atención hospitalaria.
		Días Promedio NO GES (IQ)	Este indicador mide el tiempo promedio en que los casos registrados se encuentran en lista de espera en un establecimiento de la red pública de salud, para recibir una Intervención Quirúrgica (IQ) por una patología no garantizada (No GES). Mientras más alto es este indicador, refleja mayores tiempos de resolución de listas de espera de IQ requeridas, y por lo tanto, menor acceso a la resolutiveidad de la atención hospitalaria.
<b>DIMENSIÓN CALIDAD</b>	Calidad Atención Primaria (Resolutiveidad)	Tasa de Consultas médicas resueltas en la atención primaria	Corresponde al indicador que mide el porcentaje de consultas y controles resueltos en los Centros de Atención Primaria de Salud, sin necesidad de derivar a consulta médica de especialidad en el nivel secundario. En la medida que este indicador es más alto, implica que los pacientes tienen mejor acceso a la atención de nivel primario en base a la complejidad de su problema de salud, sin necesidad de recurrir a la atención en un hospital, optimizando el uso de los recursos de la red asistencial.
		Tasa de NyN<10 años con estado nutricional NORMAL	<p>Consiste en la tasa anual de Niños y Niñas (NyN) que han sido evaluados en los controles de los centros de atención primaria con un Estado de Nutrición Normal, es decir, que no presentan exceso de peso o una condición de obesidad, o por el contrario, una condición de desnutrición. Este indicador tiene su base en las definiciones consignadas en las metas del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud que el Ministerio de Salud establece anualmente.</p> <p>De esta manera, este indicador refleja un proxy para medir la calidad de la APS en el control preventivo de NNA menores de 10 años contemplados en las metas sanitarias de reducción de los niveles de obesidad en este tramo etario. Mientras más alto este indicador, se asocia a mejores niveles de resolutiveidad en los controles preventivos, y por tanto, a mayores niveles de calidad en la atención de la APS.</p>
	Calidad atención Hospitalaria (Resolutiveidad)	Porcentaje de Reingresos Hospitalarios	Este indicador cuantifica el porcentaje de los egresos o salidas hospitalarias que están asociados a aquellos pacientes que reingresaron al hospital a causa del mismo diagnóstico. Este indicador refleja que, en la medida que su valor es más alto, implica que existe una menor calidad del servicio hospitalario, por cuanto una mayor proporción de pacientes atendidos vuelven a ingresar en menos de 30 días después de alta, por complicaciones presentadas posterior a su egreso.
		Porcentaje de Cirugías Suspendidas	<p>Corresponde a la tasa de cirugías programadas en los establecimientos hospitalarios y que han sido suspendidas por algunos de los motivos registrados en los protocolos de registro de los informes REM (Serie A-21).</p> <p>Este indicador aproxima la medición de la calidad de la atención de los pacientes a través del grado de resolutiveidad de las cirugías que se programan anualmente. Mientras más alto este indicador, menor es la resolutiveidad de las atenciones quirúrgicas, y por tanto, afecta negativamente los niveles de calidad de la atención de los pacientes.</p>
		Porcentaje de pacientes en espera por más de 12 hrs en la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) de cama	Esta métrica mide el porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización que presentaron una espera de más de 12 horas en la UEH antes de ingresar a una cama hospitalaria. Este indicador evidencia que, a mayor valor, significa que se presenta una menor calidad de la atención hospitalaria, por cuanto los pacientes presentaron una mayor espera antes de ser hospitalizados ocupando una cama en el hospital.

	Satisfacción pacientes con el Sistema de Atención Público	Porcentaje de Afiliados de FONASA que estarían dispuestos a cambiarse al sistema de atención privado.	Este indicador mide el porcentaje de pacientes encuestados en el Estudio Anual de Satisfacción de usuarios, realizado por FONASA, y que manifestaron que si pudieran estarían dispuestos a cambiar al sistema de atención privado. Esta medición sería una aproximación con los datos disponibles para medir el nivel de satisfacción de los pacientes - usuarios con el sistema de atención público. Mientras mayor sea este indicador, mayor es el nivel de insatisfacción de pacientes con el sistema asistencial público.
--	---	---	---

Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

### 3.4. Cálculo del Índice

En base a las definiciones metodológicas propuestas en el marco de medición, y validadas por el Consejo Asesor del proyecto, se determinó que los valores globales del índice no fueran compuestos. Esto significa que no se obtiene un sólo índice IEFAC por cada Servicio de Salud, sino que un índice por cada dimensión definida (Eficiencia, Acceso y Calidad) para cada Servicio de Salud.

Para la obtención del IEFAC se utilizaron los siguientes procedimientos de cálculo:

- Los valores de cada indicador fueron estandarizados - con valores entre 0 y 1 - mediante la aplicación del método de normalización Min-Max, el que se obtiene aplicando la siguiente fórmula:

$$VN_{i,ss} = \frac{(VO_{i,ss} - Min_{i,ss})}{(Max_{i,ss} - Min_{i,ss})}$$

Donde:

$VN_{i,ss}$  = Valor normalizado del indicador  $i$  para el servicio de salud  $s$ , tomando valores entre 0 y 1

$VO_{i,ss}$  = Valor original del indicador  $i$  para el servicio de salud  $s$ .

$Max_{i,ss}$  = Valor del indicador  $i$  para el servicio de salud  $ss$  con el más alto valor en esa métrica.

$Min_{i,ss}$  = Valor del indicador  $i$  para el servicio de salud  $ss$  con el más bajo valor en esa métrica.

- Considerando que en base al análisis de los datos de acceso público utilizados, se presentaban valores extremos en algunos indicadores para algunos servicios de salud, que podrían generar duda sobre su adecuada calidad, y como forma de generar una medición “conservadora”, los valores máximos y mínimos de cada conjunto de datos fueron truncados de acuerdo a los umbrales obtenidos para los valores extremos de la distribución, utilizando para ello el rango intercuartil (IQR), con lo cual se truncaron los valores atípicos u “outliers” que podrían causar distorsiones en las mediciones. Para la determinación de los umbrales de valores extremos, se utilizaron las siguientes fórmulas:

$$US_i = P75_i + 1,5 * IQR_i(1)$$

$$UI_i = P25_i - 1,5 * IQR_i (2)$$
$$IQR_i = P75_i - P25_i$$

Donde:

$US_i$  = Umbral superior del indicador  $i$

$UI_i$  = Umbral inferior del indicador  $i$

$P75_i$  = Valor del percentil 75 de la distribución de datos del indicador  $i$

$P25_i$  = Valor del percentil 25 de la distribución de datos del indicador  $i$

$IQR_i$  = Rango intercuartil de la distribución de datos del indicador  $i$

- Finalmente, a partir de los valores normalizados obtenidos para cada indicador, se obtuvieron los valores globales del índice IEFAC para cada dimensión a través del cálculo de la mediana y la media geométrica de los valores normalizados, de manera de comparar sus resultados.

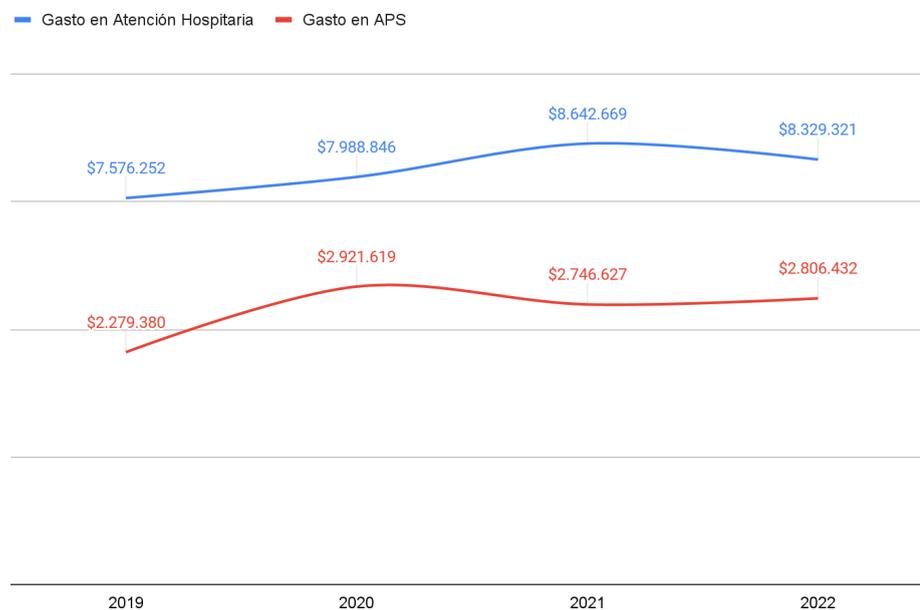
Se debe destacar que el marco metodológico contemplado para la medición del IEFAC fueron discutidos y consensuados con grupo de expertos del área de salud, los cuales se listan en el anexo de este documento.

## 4. RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

### 4.1. Datos generales comparativos 2019 y 2021-2022

- A. El gasto en salud entre 2019 y 2022 experimentó un alza de casi un 14%. Mientras el gasto en atención hospitalaria experimentó un alza de casi un 10%, el gasto en atención primaria tuvo un alza de más de un 23%, ante lo cual los recursos asignados desde el nivel central para el financiamiento de las acciones destinadas al monitoreo y seguimiento de los casos COVID jugó un rol importante en dicha expansión.

**Gráfico 1:** Evolución del gasto en atención primaria y hospitalaria entre 2019 y 2022  
(cifras en millones de pesos de 2022)

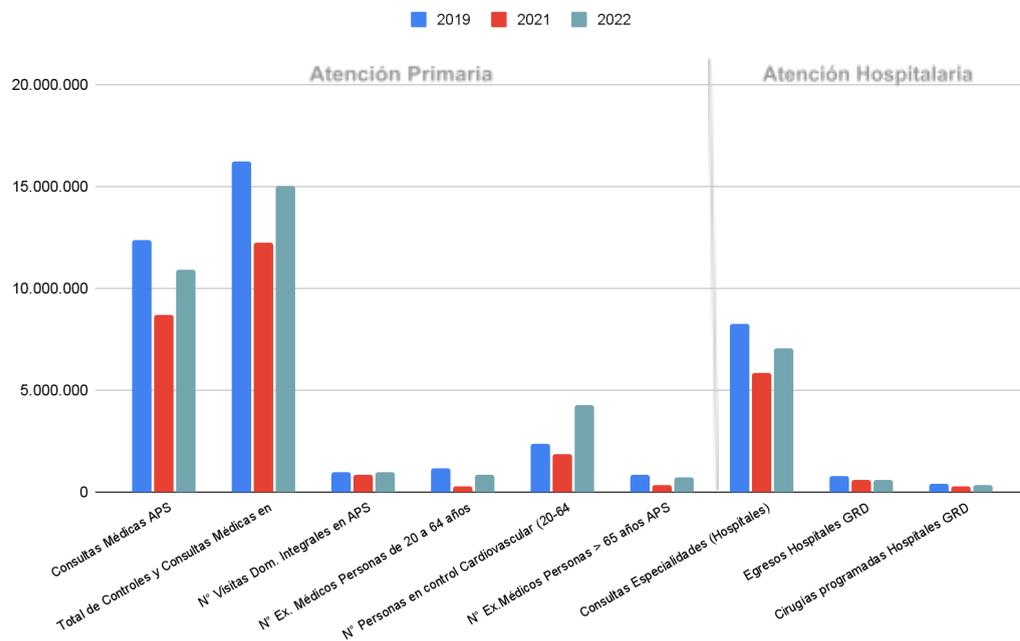


Fuente: Elaboración propia en base a datos de ejecución presupuestaria de los Servicios de Salud y las Municipalidades

- B. Los niveles de producción del sistema de salud después de iniciada la pandemia han experimentado un retroceso, y no se han vuelto a recuperar al año 2022.

A diferencia del incremento que ha ocurrido con el gasto en los dos niveles de atención de salud, la producción no se ha recuperado. Después de experimentar una fuerte caída en el año de inicio de la pandemia (2020), logró incrementarse en 2021, pero hasta el cierre 2022, aún no ha recuperado plenamente los niveles de atención alcanzados en el periodo pre-pandemia (2019). A modo de ejemplo, los niveles de consultas médicas APS y de Especialidad (Hospitalaria), se encuentran casi un 15% por debajo de los niveles observados en 2019. Asimismo, los egresos o altas hospitalarias presentan una brecha en 2022 de un 5% por debajo de lo alcanzado en 2019, y los exámenes médicos preventivos en APS, se encuentran entre un 18% y un 30% por debajo de los números vistos en 2019.

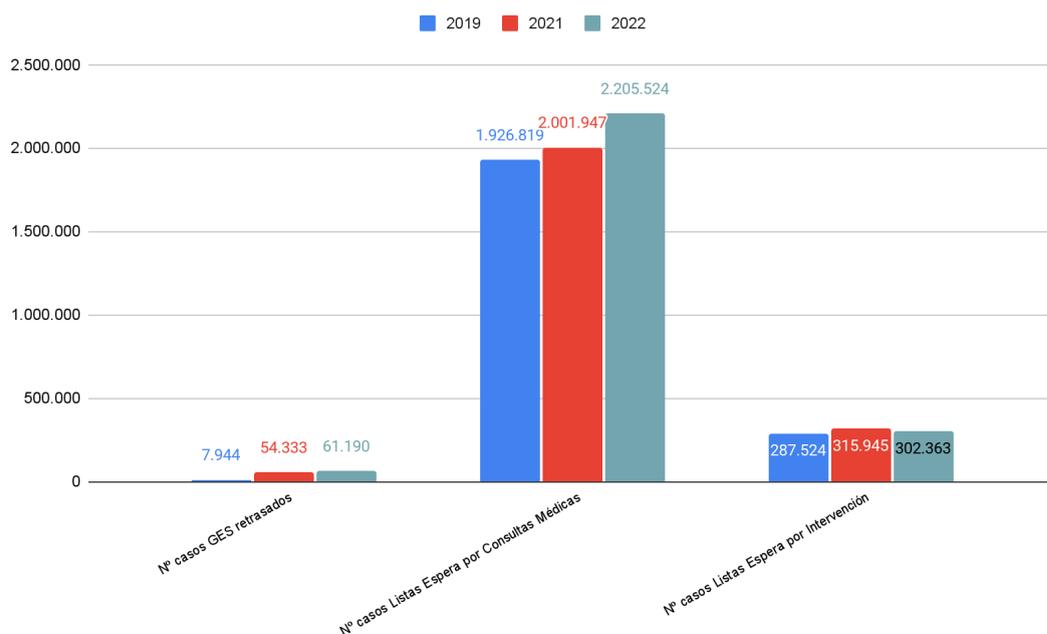
**Gráfico 2:** Evolución de los niveles de producción del sistema de salud entre 2019 y 2022



Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

- C. Posterior al 2019, luego del inicio de la pandemia, los casos de garantías GES retrasadas han aumentado significativamente, mientras que los casos en lista de espera No GES han seguido una tendencia al alza, pero en menor magnitud.

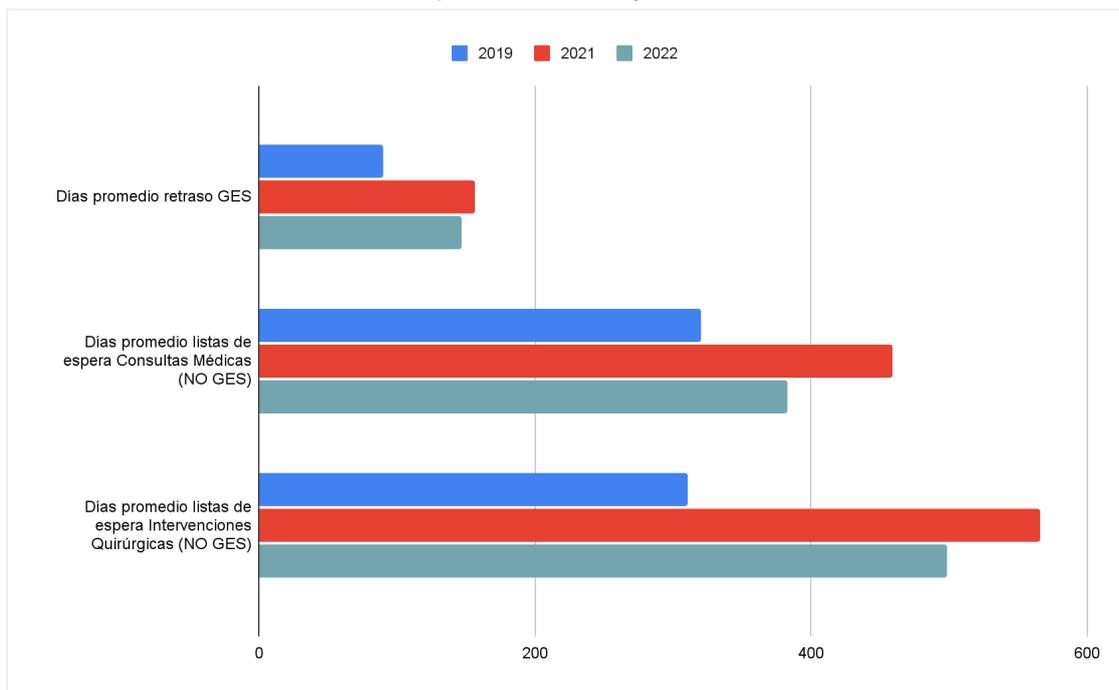
**Gráfico 3:** Evolución de los casos GES retrasados y listas de espera entre 2019 y 2022



Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

- D. Pese a lo anterior, si bien los tiempos promedio de retrasos y de espera se vieron fuertemente aumentados después de iniciada la pandemia (2021), ya en el último año dichos plazos han empezado a reducirse de forma importante, pero aún no recuperan los niveles observados en 2019.

**Gráfico 4:** Evolución de los tiempos promedios de casos GES retrasados y de listas de espera entre 2019 y 2022



Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

#### 4.2. Resultados globales (nivel país) año 2022 según dimensiones.

- A. A nivel país, el mejor desempeño se observa en algunos servicios de salud para la dimensión calidad, llegando a un puntaje de casi 0,84 puntos, no obstante, dicha dimensión presenta una brecha más amplia entre los servicios de mejor desempeño frente a los de peor resultado.

Tal como se estableció en la metodología, en un puntaje de 0 a 1, el desempeño mediano (es decir, el puntaje del servicio de salud ubicado justo en la mitad del conjunto total) están bastante cercanos en la dimensión acceso y calidad, mientras este resultado es menor en términos de la dimensión eficiencia. Por su parte, las tasas de variación, que reflejan las diferencias promedio entre los servicios con mejores puntajes y aquellos con peor desempeño, muestra que dichas diferencias son más significativas en los ámbitos de eficiencia y calidad, y en menor magnitud, en la dimensión de acceso (menos variable). Por último, el desempeño más alto de un servicio de salud se observa en la dimensión calidad, llegando a un puntaje de 0,84 (sobre 1), mientras que los puntajes máximos en el resto de las dimensiones ronda el 0,66-0,68.

**Cuadro 1:** Datos globales de desempeño de los servicios de salud en 2022, en base a los indicadores considerados en el índice

	EFICIENCIA	ACCESO	CALIDAD
Desempeño Mediano	0,428	0,497	0,498
Tasa de Variación	35%	28%	39%
Máximo Desempeño	0,68	0,66	0,84

Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

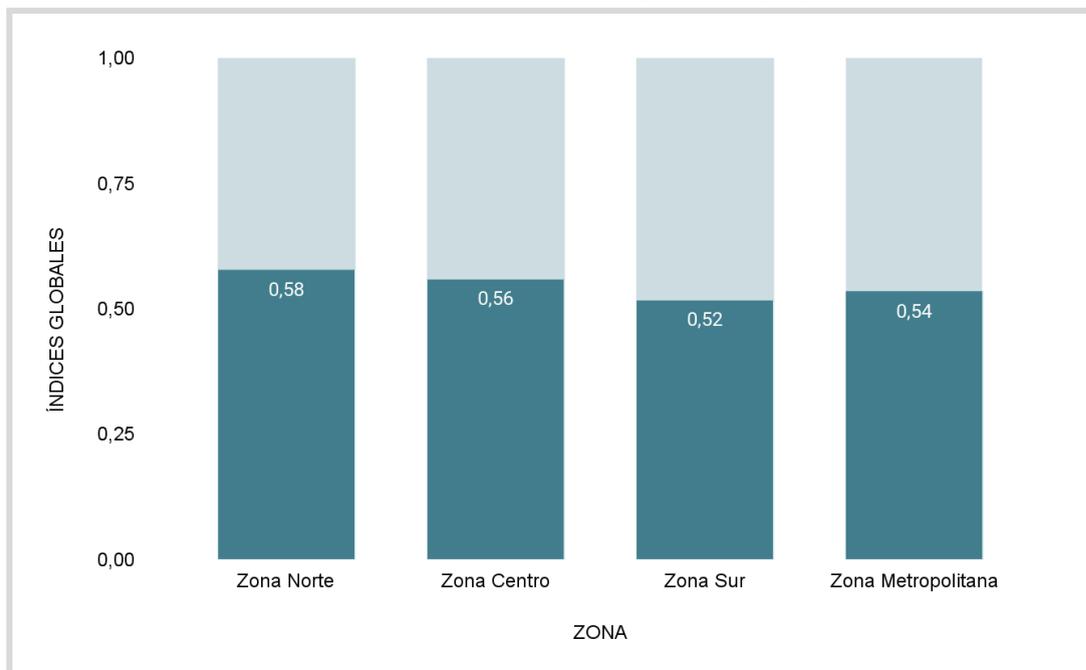
### 4.3. Resultados por macrozonas.

#### 4.3.1. Resultados Globales

A nivel de macrozonas, los índices agregados indican que el desempeño global de los servicios de salud se encuentra bastante equilibrado entre la zona norte y centro, mientras en las zonas sur y metropolitana se alejan en términos relativos en casi 10 puntos.

Pese a ello, el puntaje máximo que se observa corresponde a un servicio de salud de la zona sur (Aysén), sin embargo, en los servicios de esta zona es donde se presenta los mayores niveles de variación, es decir, las mayores brechas entre los servicios de mejor puntaje y aquellos de más bajo puntaje.

**Gráfico 5:** Puntajes medianos del índice según zona geográfica en 2022



Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

**Cuadro 2:** Puntajes globales del índice en 2022 según Servicio de Salud

Nombre Servicio de Salud	Índices Globales
Servicio de Salud Arica	59
Servicio de Salud Iquique	58
Servicio de Salud Antofagasta	57
Servicio de Salud Atacama	57
Servicio de Salud Coquimbo	54
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	53
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	51
Servicio de Salud Aconcagua	51
Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins	51
Servicio de Salud Del Maule	50
Servicio de Salud Ñuble	50
Servicio de Salud Concepción	50
Servicio de Salud Talcahuano	48
Servicio de Salud Biobío	47
Servicio de Salud Arauco	47
Servicio de Salud Araucanía Sur	47
Servicio de Salud Valdivia	46
Servicio de Salud Osorno	44
Servicio de Salud Del Reloncaví	44
Servicio de Salud Aysén	39
Servicio de Salud Magallanes	35
Servicio de Salud Araucanía Norte	34
Servicio de Salud Chiloé	34
Servicio de Salud Metropolitano Norte	32
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	31
Servicio de Salud Metropolitano Central	30
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	28
Servicio de Salud Metropolitano Sur	26
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	15

Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

#### 4.3.2. Resultados por dimensión.

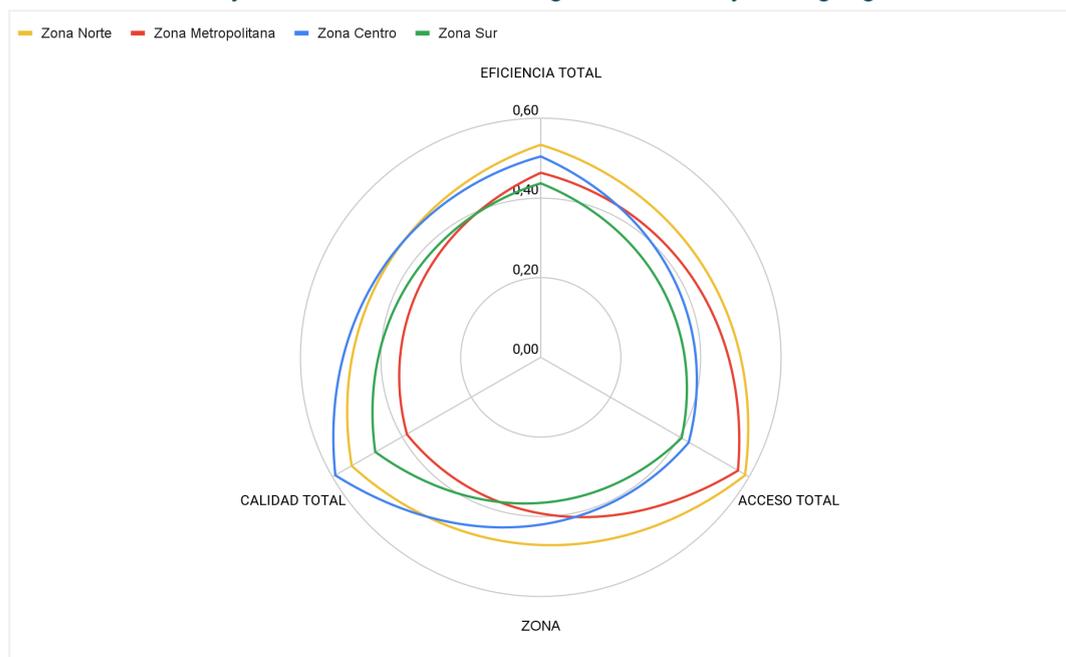
- A. De acuerdo a la zona geográfica, se observa que las mayores diferencias en el desempeño entre los servicios de salud se dan en el ámbito de calidad y eficiencia, mientras que el desempeño más estrecho se observa en la dimensión acceso a salud.

En cuanto a calidad, los servicios de salud ubicados en la zona norte y centro presentan puntajes bastante cercanos entre sí, mientras que los servicios de la zona metropolitana y sur se alejan entre 7 y 10 puntos respectivamente.

Por su lado, en la dimensión acceso se visualizan dos bloques marcados: uno configurado por los servicios de la zona norte y metropolitana con puntajes similares y por sobre el resto del país, en tanto los servicios de la zona centro y sur muestran puntajes cercanos y muy por debajo de los primeros, cuya diferencia alcanza cerca de los 20 puntos porcentuales.

Por último, en la dimensión calidad se aprecia un firme liderazgo de los servicios de la zona centro, seguidos de cerca por los servicios de la zona norte, y de más atrás, los servicios de la zona sur, con una brecha de más de 7 puntos porcentuales. En una posición de total rezago, se encuentran en este caso los servicios de la zona metropolitana, evidenciando una brecha de casi 10 puntos respecto de los servicios de la zona sur.

**Gráfico 6:** Puntajes medianos del índice según dimensión y zona geográfica en 2022

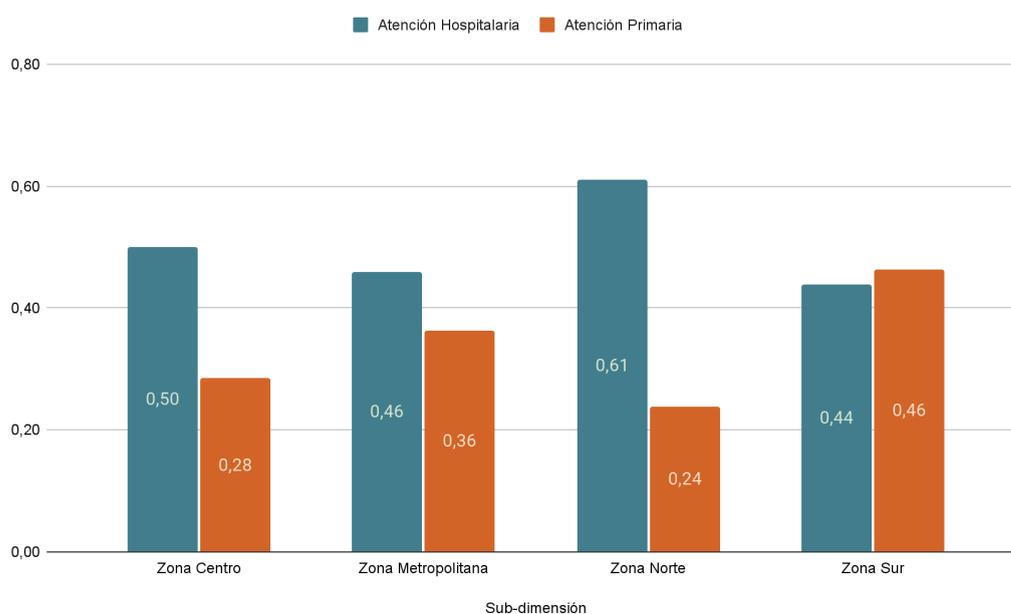


Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

- B. Al abrir los puntajes globales según el nivel de atención (primaria y hospitalaria), se observa que en términos de eficiencia el desempeño en la atención primaria de salud está por detrás del que muestra la atención hospitalaria, donde la mayor brecha se encuentra en la zona norte, donde los puntajes globales de la atención primaria se alejan en más de 37 puntos porcentuales con respecto a los puntajes generales de la atención primaria.

Este mismo comportamiento se da en el resto de los servicios de salud (con diferencias entre los puntajes de la atención primaria y hospitalaria de entre 18 puntos porcentuales en los servicios de la zona metropolitana, y de hasta 25 puntos en los servicios de la zona centro), salvo en el caso de los servicios de la zona sur, donde el desempeño general de la atención primaria en la dimensión eficiencia es bastante cercano al puntaje alcanzado por la atención hospitalaria.

**Gráfico 6:** Puntajes medianos del índice en la dimensión EFICIENCIA según nivel de atención por zona geográfica

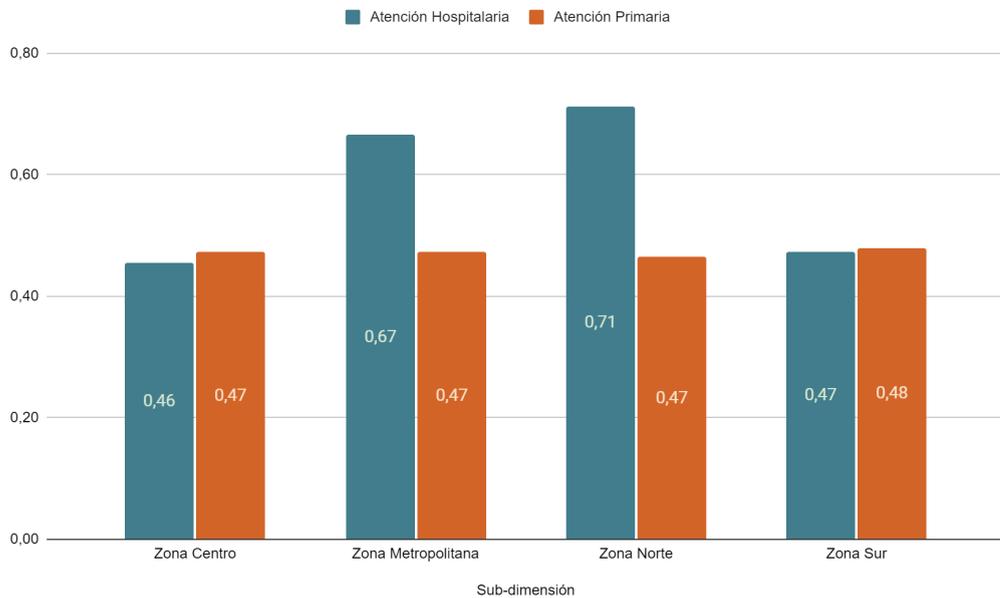


Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

- C. En cuanto a los indicadores de acceso, las mayores diferencias globales entre los niveles de atención se observan en los servicios de la zona metropolitana y norte del país, donde los puntajes globales de la atención primaria se encuentran casi 20 puntos porcentuales por detrás de los puntajes de la atención hospitalaria.

Este mismo comportamiento se da en el resto de los servicios de salud (con diferencias entre los puntajes de la atención primaria y hospitalaria de entre 18 puntos porcentuales en los servicios de la zona metropolitana, y de hasta 25 puntos en los servicios de la zona centro), salvo en el caso de los servicios de la zona sur, donde el desempeño general de la atención primaria en la dimensión eficiencia es bastante cercano al puntaje alcanzado por la atención hospitalaria.

**Gráfico 7:** Puntajes medianos del índice en la dimensión ACCESO según nivel de atención por zona geográfica

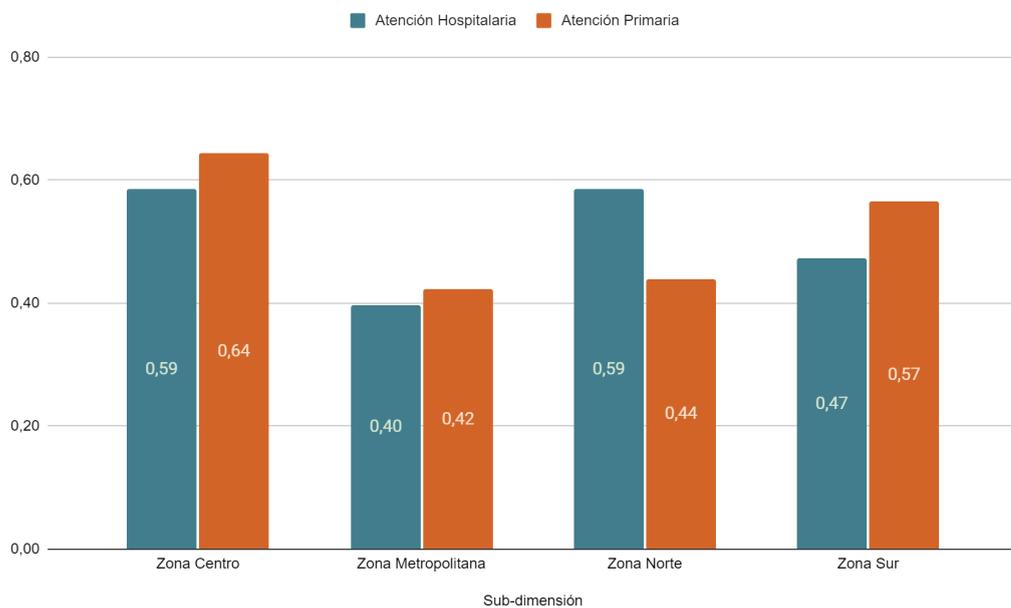


Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

- D. Por último, los resultados del índice vinculados a la dimensión calidad muestran un mejor desempeño relativo de la atención primaria en los servicios de salud de la zona metropolitana, centro y sur del país, con un puntaje que supera a la atención hospitalaria de dichos servicios de salud en más de 2, 5 y en hasta 10 puntos porcentuales, respectivamente.

En cambio, en los servicios de la zona norte los resultados difieren de ese comportamiento general, volviendo a marcar brechas entre el desempeño de la atención primaria de dichos servicios por debajo de la atención hospitalaria, con una diferencia de casi 15 puntos porcentuales.

**Gráfico 8:** Puntajes medianos del índice en la dimensión CALIDAD según nivel de atención por zona geográfica



Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

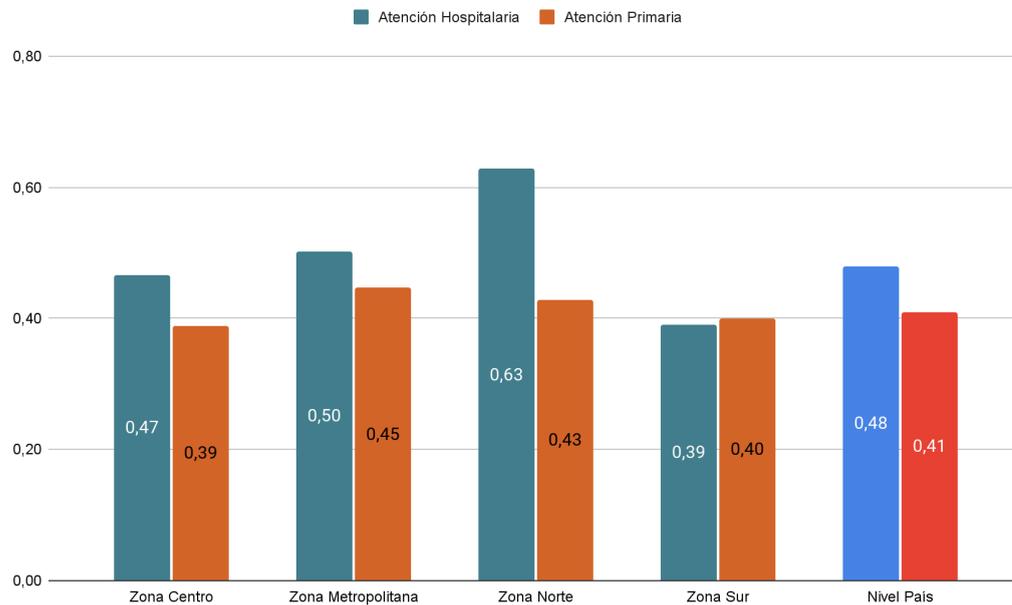
#### 4.4. Resultados según Nivel de Atención Primaria y Atención Hospitalaria de Salud.

##### 4.4.1. Globales

En general, los resultados del índice a nivel país en la atención primaria de salud muestran un desempeño por debajo de los índices asociados a la atención hospitalaria, con una brecha de 7 puntos a nivel nacional.

Este comportamiento general en los resultados se da en todas las zonas geográficas, salvo en los servicios de salud de la zona sur. De esta manera, mientras en los servicios de la zona norte, centro y metropolitana los índices globales evidencian diferencias de entre 5 y 20 puntos entre la atención primaria y hospitalaria, en los servicios de la zona sur este resultado es más bien similar entre ambos niveles de atención. Destaca en este resultado los índices de atención primaria de la zona norte, que se alejan en 20 puntos de los resultados de la atención hospitalaria, lo que se implica que dicha zona tiene los mayores rezagos en el nivel de atención local de salud, y por ende, presenta la mayor necesidad de fortalecer su desempeño en esta materia.

**Gráfico 9:** Mediana de puntajes del índice global según nivel de atención y zona geográfica



Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

En estos resultados globales, el nivel de gasto per cápita de los servicios de salud tiene efectos diferenciados.

En el caso de la atención primaria, un mayor gasto per cápita no asegura un mejor resultado en la dimensión de eficiencia de los servicios de salud; de hecho, a nivel nacional existe una mayor participación relativa de servicios que, estando entre el 25% de los de mejor desempeño en eficiencia, se ubican en el grupo del 25% de más bajo gasto en salud per cápita en el nivel primario (en base a lo que se visualiza en la tabla siguiente). Lo anterior podría explicarse porque para la medición de los niveles de eficiencia en la atención primaria, se ha considerado un indicador de rendimiento de las consultas médicas por profesional, en cuyo caso no depende de una mayor inversión de recursos, sino que del grado de productividad de los profesionales médicos contratados.

Sin embargo, los servicios que cuentan con un mejor desempeño en el ámbito de acceso y calidad de la atención de salud primaria, tienden a ubicarse en el grupo de servicios que presentan los mayores niveles de gasto per cápita en atención primaria, y viceversa, lo que podría explicarse porque los indicadores que miden acceso y calidad, requiere el despliegue de acciones preventivas y de acompañamiento a los beneficiarios de la APS, que podría demandar mayores esfuerzos en recursos y equipos humanos en el territorio.

**Cuadro 2:** Diferencias porcentuales de participación relativa de servicios de salud, según su nivel de desempeño en eficiencia, acceso y calidad en APS, y su nivel de gasto per cápita, con respecto a la distribución nacional.

	25% de mayor gasto per cápita en APS	25% de menor gasto per cápita en APS
Desempeño en eficiencia (APS)		
25% Mejores	1%	13%
25% peores	-3%	-3%
Desempeño en acceso (APS)		
25% Mejores	13%	-24%
25% peores	-12%	26%
Desempeño en calidad (APS)		
25% Mejores	1%	-12%
25% peores	-12%	26%

Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

Por su parte, en el nivel hospitalario, un mayor gasto per cápita en dicho nivel de atención, tiene efectos favorables en el desempeño de la dimensión de eficiencia de los servicios de salud, lo cual se ve con mayor claridad en el grupo del 25% de servicios con los mejores resultados en eficiencia a nivel nacional.

Y al igual que en el caso de la atención primaria, mayores niveles de gasto hospitalario per cápita se traduce también en mejores niveles de acceso de salud, particularmente en el grupo de servicios de mejores resultados a nivel país.

Por último, los niveles de gasto per cápita en la atención hospitalaria no van aparejados necesariamente de mayores niveles de calidad en la atención, posiblemente porque los indicadores considerados en la medición de esta dimensión, se vinculan más bien con procedimientos y sistemas de control internos para asegurar mejores niveles de resolutivez en las prestaciones.

**Cuadro 3:** Diferencias porcentuales de participación relativa de servicios de salud, según su nivel de desempeño en eficiencia, acceso y calidad en APS, y su nivel de gasto per cápita, con respecto a la distribución nacional.

	25% de mayor gasto per cápita en nivel hospitalario	25% de menor gasto per cápita en nivel hospitalario
Desempeño en eficiencia (Hospitalaria)		
25% Mejores	13%	-12%
25% peores	1%	13%
Desempeño en acceso (Hospitalaria)		
25% Mejores	13%	-24%
25% peores	-12%	-12%
Desempeño en calidad (Hospitalaria)		
25% Mejores	1%	1%
25% peores	1%	-12%

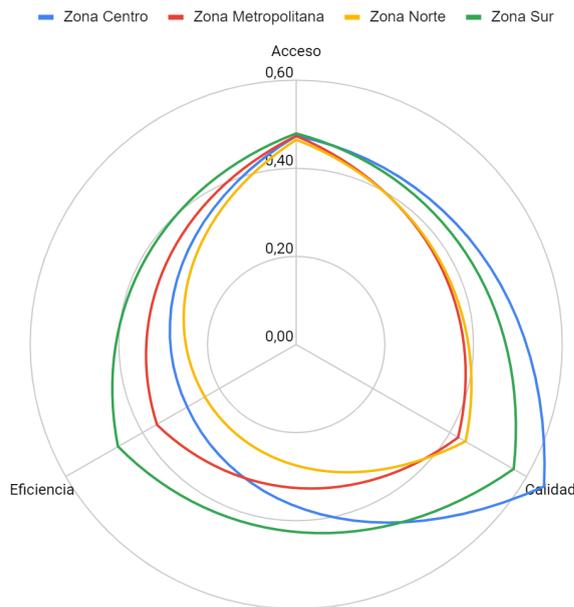
Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

#### 4.4.2. Atención Primaria por zona geográfica

- A. Los puntajes globales de la atención primaria evidencian un desempeño similar en la dimensión de acceso entre los servicios de salud de las distintas zonas geográficas; en cambio, en el ámbito de eficiencia se aprecian diferencias muy importantes entre la zona norte y sur del país, que superan los 20 puntos.

En el ámbito de eficiencia en la atención primaria, los servicios ubicados en la zona sur destacan a nivel global por sobre el resto de las zonas del país, mientras que los servicios de la zona norte muestran el mayor rezago, ubicándose con una brecha de puntaje que alcanza a los 20 puntos por debajo de los primeros. Estas diferencias se explican por el indicador asociado a la tasa de consultas médicas realizadas por los centros de atención primaria por cada profesional médico contratado, donde los servicios de la zona sur reflejan una tasa que supera en un 52% el rendimiento de las consultas médicas por profesional contratado en los servicios de la zona norte.

**Gráfico 10:** Puntajes medianos del índice según dimensión y zona geográfica en 2022, en relación a la atención primaria



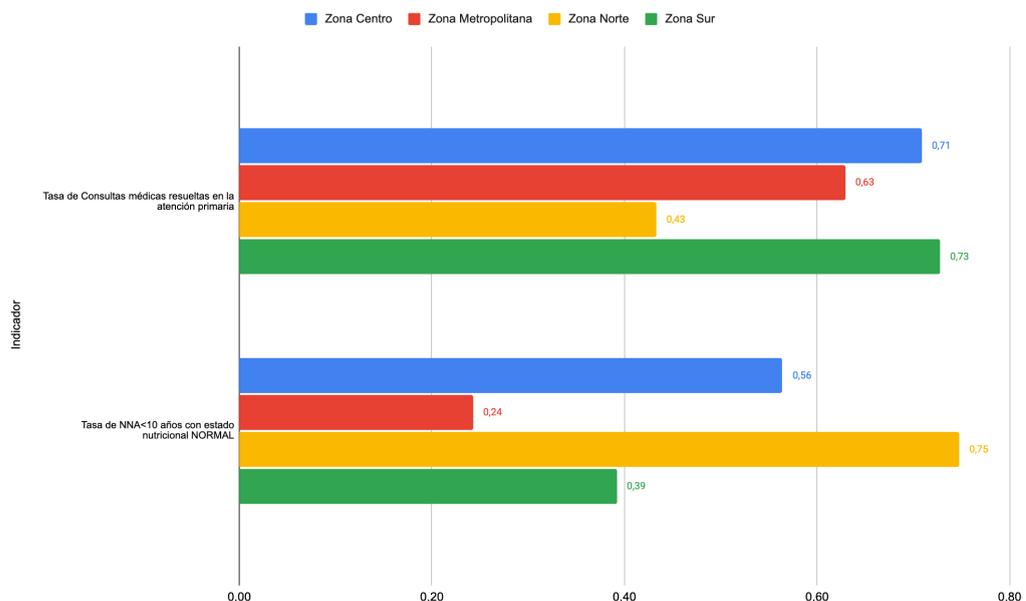
Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

- B. Asimismo, la otra brecha significativa se da en el ámbito de calidad de la atención primaria, donde los servicios de la zona norte y metropolitana ven explicado su bajo desempeño a causa de una menor resolutivez de la APS, debido a una menor tasa de consultas médicas resueltas en dicho nivel de atención, y por una menor tasa de niños y niñas menores de 10 años en control con estado nutricional normal (sin sobrepeso u obesidad).

Los servicios de la zona metropolitana explican su menor puntaje principalmente por exhibir el más bajo porcentaje de niños y niñas en control en APS que evidenciaron, en el último periodo revisado, un estado nutricional normal (sin “sobrepeso” o en categoría de “Obesos”), respecto a los resultados de ese indicador en el resto de las zonas del país. Esta diferencia en la tasa de niños y niñas con estado nutricional normal alcanzó en el último periodo una brecha de más de 22 puntos porcentuales respecto a la tasa alcanzada por los servicios con mejor desempeño en esta materia (zona norte y centro).

En cambio, el menor desempeño en esta dimensión en los servicios de la zona norte dice relación con la menor resolutivez de la atención, medida como el porcentaje de consultas médicas y controles que no fueron resueltos en la APS, y que fueron derivados vía interconsulta al nivel de atención terciario, cuya tasa media de consultas y controles no resueltos alcanzó en el último periodo cerca del 10% en promedio en los servicios de dicha zona, mientras en el resto de los servicios del país esa media rondó el 8,1%.

**Gráfico 11:** Mediana de puntajes de los indicadores medidos en la dimensión CALIDAD en la atención primaria (según zona geográfica)



Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

#### 4.4.3. Atención Hospitalaria por zona geográfica

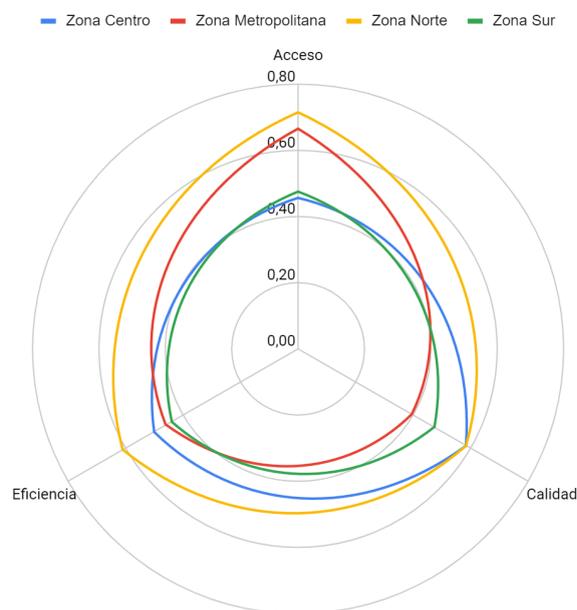
- A. Los puntajes globales de la atención hospitalaria reflejan brechas relevantes en todas las dimensiones medidas entre los servicios de salud de las distintas zonas geográficas. Las mayores brechas en el desempeño de la atención hospitalaria están en las dimensiones de acceso y calidad de salud.

Las mayores brechas de la atención hospitalaria se presentan en el acceso a la salud. En este ámbito, los servicios de salud de la zona norte y metropolitana destacan en su desempeño de la atención hospitalaria por encima del resto de las zonas geográficas, con puntajes que superan los 24 y 26 puntos respecto de los servicios con menores resultados (zona centro y sur del país).

Por su lado, en cuanto a la medición de los indicadores de calidad de la salud hospitalaria, nuevamente los servicios de la zona norte, esta vez junto a los de la zona centro, lideran los resultados, marcando brechas que superan los 11 y 19 puntos porcentuales respecto a los servicios de la zona sur y metropolitana.

Por último, en el caso de los indicadores considerados para medir los niveles de eficiencia, los servicios que más destacan son los de la zona norte, quienes lideran los resultados de esta dimensión por sobre el resto de los servicios de la zona centro, sur y metropolitana, los que se encuentran con brechas de 12, 15 y hasta 17 puntos por debajo de los servicios del norte.

**Gráfico 12:** Puntajes medianos del índice según dimensión y zona geográfica en 2022, en relación a la atención hospitalaria



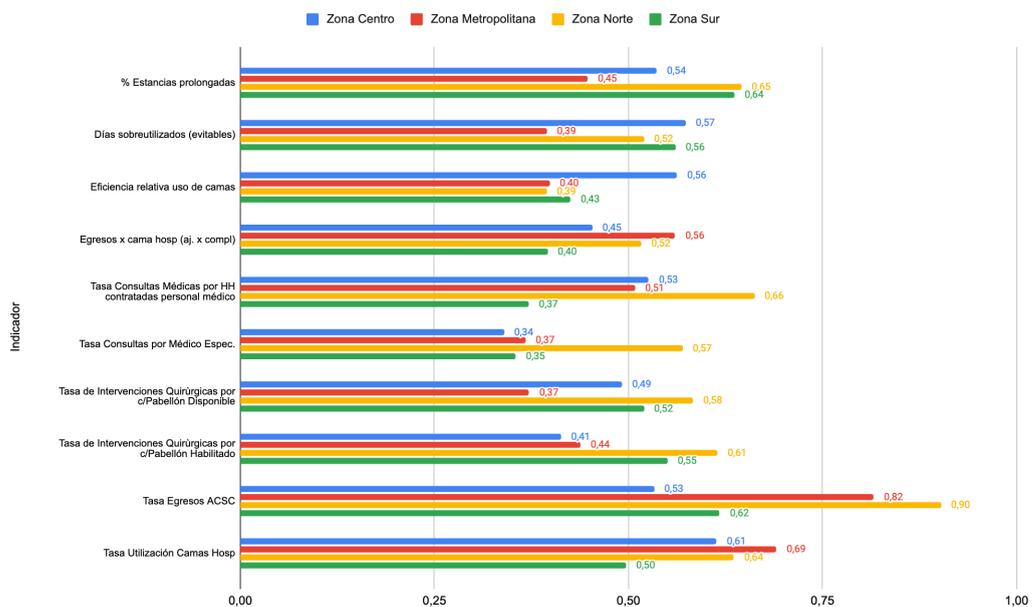
Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

- B. Más específicamente, en cuanto a la dimensión de eficiencia, el menor desempeño de los servicios de salud de la zona sur se explica por menores resultados en los indicadores relacionados con rendimiento de consultas médicas de especialidades por profesionales contratados, de egresos hospitalarios por cama, y una mayor tasa de hospitalizaciones evitables que deberían ser resueltas en el nivel primario.

En cuanto a la dimensión de eficiencia, el menor desempeño de los servicios de salud de la zona sur se explica por menores resultados en los indicadores relacionados con rendimiento de consultas médicas de especialidades por profesionales contratados, de egresos hospitalarios por cama, y una mayor tasa de hospitalizaciones evitables que deberían ser resueltas en el nivel primario.

Si se corrigen estas diferencias, se podría: (i) aumentar el nivel de atención de consultas en las zonas centro, sur y metropolitana entre un 27 y hasta un 55% al año, implicando un aumento de hasta 159 atenciones médicas por profesional médico adicionales a las generadas en el último periodo analizado; (ii) se podría aumentar un 18% el nivel egresos hospitalarios por cama en la zona sur, pudiendo implicar un aumento de hasta en 6 los egresos ajustados por complejidad por cama hospitalaria disponible; (iii) y se podría disminuir en alrededor de 5 puntos porcentuales la tasa de hospitalizaciones evitables de los servicios de la zona centro y sur, implicando una reducción en más de 11 mil y 5 mil hospitalizaciones que eviten su ingreso a recintos hospitalarios y que sean atendidos en el nivel primario.

**Gráfico 13:** Puntajes medianos de los indicadores medidos en la dimensión EFICIENCIA en la atención hospitalaria (según zona geográfica)



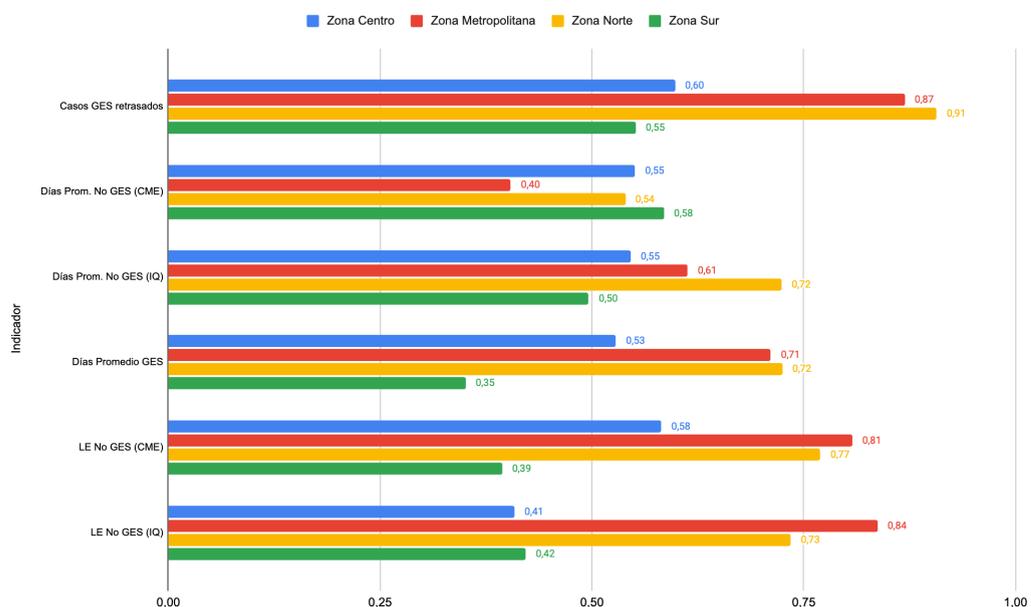
Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

- C. En el caso de la dimensión de acceso, el menor desempeño relativo de los servicios de salud de la zona centro y sur se explica fundamentalmente por presentar las mayores tasas de casos GES retrasados y de casos en listas de espera NO GES (por cada 10 mil habitantes), así como también el peor desempeño en términos de los tiempos promedio de atención de dichos casos.

En el caso de la dimensión de acceso, el menor desempeño relativo de los servicios de salud de la zona centro sur se explica fundamentalmente por presentar las mayores tasas de casos GES retrasados y de casos en listas de espera NO GES (por cada 10 mil habitantes), así como también el peor desempeño en términos de los tiempos promedio de atención de dichos casos.

Si se corrigen estas diferencias, se podrían: (i) disminuir el número de casos GES retrasados y de casos en lista de espera No GES por cada 10 mil habitantes en la zona centro en más de un 60% en la zona centro y sur; (ii) disminuir los tiempos promedio de retraso GES y de listas de espera No GES en un 44%.

**Gráfico 14:** Puntajes medianos de los indicadores medidos en la dimensión ACCESO en la atención hospitalaria (según zona geográfica)



Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

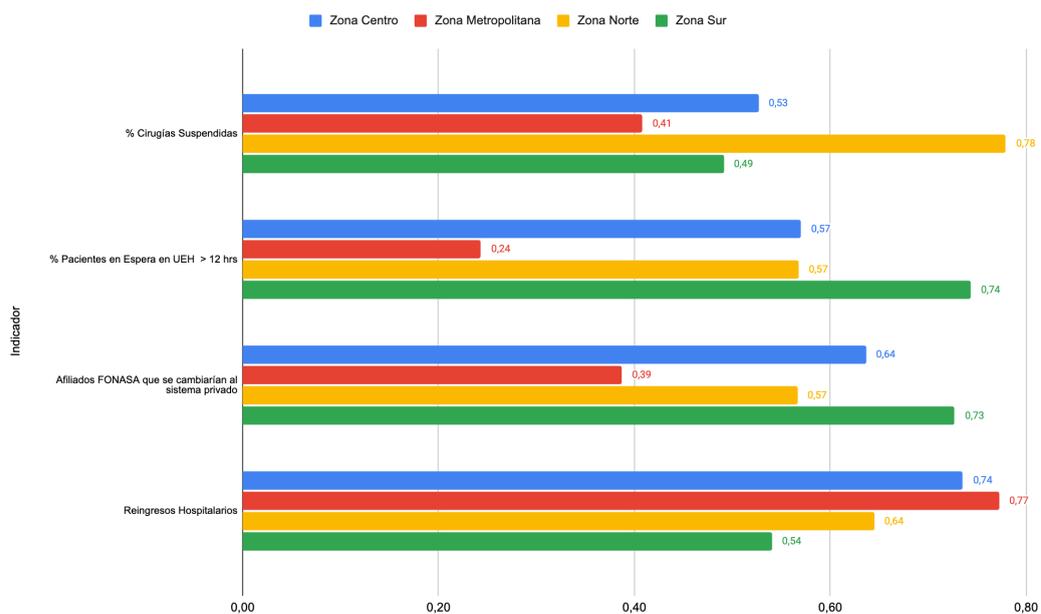
D. Por último, los menores puntajes en la dimensión calidad experimentados por los servicios de salud de la zona metropolitana se deben principalmente a que presentan la mayor tasa general de cirugías suspendidas en el año 2022, así como también los mayores porcentajes de pacientes que esperan más de 12 hrs en una Unidad de Emergencia Hospitalaria, y la mayor tasa de usuarios FONASA que declaran estar dispuestos a cambiarse al sistema privado en base a su experiencia con la atención del sistema público.

Por último, los menores puntajes en la dimensión calidad experimentados por los servicios de salud de la zona metropolitana se deben principalmente a que presentan la mayor tasa general de cirugías suspendidas en el año 2022, así como también los mayores porcentajes de pacientes que esperan más de 12 hrs en una Unidad de

Emergencia Hospitalaria, y la mayor tasa de usuarios FONASA que declaran estar dispuestos a cambiarse al sistema privado en base a su experiencia con la atención del sistema público.

Si se reducen estas brechas, se podría esperar: (i) una disminución en la tasa de suspensión de cirugías de entre 2,8 y 3,3 puntos porcentuales en la zona centro y metropolitana, implicando un aumento de las cirugías programadas y efectivamente realizadas de entre 3.600 hasta 4.100 al año; (ii) una reducción de hasta 17 puntos porcentuales al año en la tasa de pacientes en espera por una cama en una Unidad de Emergencia Hospitalaria de los hospitales de la zona metropolitana, lo cual se traduciría en más de 29.800 pacientes al año que verían reducida significativamente su espera en las UEH ; (iii) y una mejora de hasta 7 puntos porcentuales en el porcentaje de beneficiarios de la zona metropolitana que declaren que no se cambiarían al sistema privado de salud, aún cuando presenten las condiciones para hacerlo.

**Gráfico 15:** Puntajes medianos de los indicadores medidos en la dimensión CALIDAD en la atención hospitalaria (según zona geográfica)



Fuente: Elaboración propia en base a múltiples fuentes de información utilizadas para el cálculo de los índices.

## 5. CONCLUSIONES

### 5.1. Comportamiento del gasto en salud y la producción del sistema

- El gasto en salud entre 2019 y 2022 experimentó un alza de casi un 14%, cuyo aumento se vio más fuertemente reflejado en el gasto destinado a la atención primaria, el que tuvo un incremento de más de un 23%, ante lo cual los recursos asignados desde el nivel central para el financiamiento de las acciones destinadas al monitoreo y seguimiento de los casos COVID jugó un rol importante.
- Sin embargo, pese a lo anterior, los niveles de producción del sistema de salud después de iniciada la pandemia han experimentado un retroceso, y no han vuelto a recuperar los niveles observados en 2019.
  - **Pese a que la producción logró incrementarse en 2021, dicho incremento se produjo por la disminuida base comparativa de dichos indicadores evidenciados en 2020, que se vieron fuertemente alterados a causa de la pandemia del COVID-19, pero hasta el cierre 2022, aún no ha recuperado plenamente los niveles de atención alcanzados en el periodo pre-pandemia, esto es, al observar los niveles de consultas médicas APS y de Especialidad (Hospitalaria), los egresos o altas hospitalarias, y los exámenes médicos preventivos en APS.**
- Por su parte, posterior al 2019, luego del inicio de la pandemia, los casos de garantías GES retrasadas han aumentado significativamente, mientras que los casos en lista de espera No GES han seguido una tendencia al alza, pero en menor magnitud.
  - **En tanto, si bien los tiempos promedio de retrasos y de espera se vieron fuertemente aumentados después de iniciada la pandemia (2021), ya en el último año dichos plazos han empezado a reducirse de forma importante, pero aún no recuperan los niveles de 2019.**

### 5.2. Resultados generales de la medición

- A nivel país, el mejor desempeño se observa en algunos servicios de salud para la dimensión calidad, llegando a un puntaje de casi 0,84 puntos, no obstante, dicha dimensión presenta una brecha más amplia entre los servicios de mejor desempeño frente a los de peor resultado.
- A nivel de macrozonas, los índices globales indican que el desempeño de los servicios de salud se encuentran bastantes equilibrados entre la zona norte y centro, mientras que en la zona metropolitana y sur su desempeño relativo se aleja en más de 4 y 8 puntos, respectivamente.

- Según las dimensiones evaluadas, se observa que las mayores diferencias en el desempeño entre los servicios de salud se dan en el ámbito de calidad y eficiencia, mientras que el desempeño más estrecho se observa en la dimensión acceso.
  - **Al abrir los puntajes globales según el nivel de atención (primaria y hospitalaria), se observa que en términos de eficiencia el desempeño en la atención primaria de salud está por detrás del que muestra la atención hospitalaria, donde la mayor brecha se encuentra en la zona norte, donde los puntajes globales de la atención primaria se alejan en más de 37 puntos porcentuales con respecto a los puntajes generales de la atención primaria.**
  - **Luego, en cuanto a los indicadores de acceso, las mayores diferencias globales entre los niveles de atención se observan en los servicios de la zona metropolitana y norte del país, donde los puntajes globales de la atención primaria se encuentran casi 20 puntos porcentuales por detrás de la atención hospitalaria.**
  - **Por último, los resultados del índice vinculados a la dimensión calidad muestran un mejor desempeño relativo de la atención primaria en los servicios de salud de la zona metropolitana, centro y sur del país, con un puntaje que supera a la atención hospitalaria de dichos servicios de salud en más de 2, 5 y en hasta 10 puntos porcentuales, respectivamente, mientras en la zona norte se da la condición contraria, con una evaluación de la atención hospitalaria por sobre la atención primaria en más de 12 puntos.**

### 5.3. Resultados atención primaria

- Los puntajes globales de la atención primaria evidencian un desempeño en la dimensión acceso que es muy parejo entre los servicios de salud de las distintas zonas geográficas; en tanto, en las dimensiones eficiencia y sobretodo, en calidad de salud, se observan diferencias significativas.
- En cuanto a la dimensión eficiencia se destaca, en general, la significativa brecha que muestran los servicios de salud de la zona norte, donde sus puntajes globales en esta dimensión de atención primaria se alejan en más de 24 puntos con respecto a los puntajes de los servicios con mejor desempeño.
  - **Estas diferencias se explican por la tasa de consultas médicas por profesional médico contratado en APS, la cual está por debajo en la zona norte en más de un 52% respecto a los servicios de la zona sur (mejor desempeño). De corregirse estas brechas, la zona norte podría incrementar su tasa de consultas médicas por médico en más de 550 atenciones adicionales al año por cada profesional médico.**
- Respecto a los indicadores que explican las brechas en calidad de la atención primaria, los servicios de la zona norte y metropolitana ven explicado su bajo desempeño a causa de una menor resolutivez de la APS, debido a una menor tasa de consultas médicas resueltas en dicho nivel de atención, y por una menor tasa de

niños y niñas menores de 10 años en control con estado nutricional normal (sin sobrepeso u obesidad).

- **Si se cierran estas brechas, en el caso de la tasa de resolutivez de consultas y controles APS, los servicios de salud de la zona norte podrían incrementar sus niveles de resolutivez en 2 puntos porcentuales, alcanzando a más de 30 mil consultas y controles adicionales a resolverse en el nivel primario; y en el caso de la tasa de niños y niñas en control de estado nutricional, los servicios de salud de la zona metropolitana podrían aumentar en más de 25 puntos porcentuales la tasa de niños y niñas en situación de normalidad en su estado nutricional (no obeso ni con sobrepeso), que se traduce en más de 135 mil niños y niñas que mejoran su condición en esta materia.**

#### 5.4. Resultados atención hospitalaria

- Los puntajes globales de la atención hospitalaria reflejan brechas en todas las dimensiones medidas entre los servicios de salud de las distintas zonas geográficas. Las mayores diferencias en el desempeño de la atención hospitalaria están en las dimensiones de calidad y acceso a la salud.
- Los servicios de salud de la zona sur reflejan el menor desempeño relativo en la dimensión eficiencia, y se explica por menores resultados en los indicadores relacionados con rendimiento de consultas médicas de especialidades por profesionales contratados, de egresos hospitalarios por cama, y una mayor tasa relativa de hospitalizaciones evitables que deberían ser resueltas en la APS.
  - **Si se corrigen estas diferencias, se podría: (i) aumentar el nivel de atención de consultas en las zonas centro, sur y metropolitana entre un 27 y hasta un 55% al año, implicando un aumento de hasta 159 atenciones médicas por profesional médico adicionales a las generadas en el último periodo analizado; (ii) se podría aumentar un 18% el nivel egresos hospitalarios por cama en la zona sur, pudiendo implicar un aumento de hasta en 6 los egresos ajustados por complejidad por cama hospitalaria disponible; (iii) y se podría disminuir en alrededor de 5 puntos porcentuales la tasa de hospitalizaciones evitables de los servicios de la zona centro y sur, implicando una reducción en más de 11 mil y 5 mil hospitalizaciones que eviten su ingreso a recintos hospitalarios y que sean atendidos en la APS.**
- Por su parte, los menores niveles de acceso evidenciados por los servicios de salud de la zona centro y sur se explican fundamentalmente por la prevalencia de las mayores tasas de casos GES retrasados y de casos en listas de espera NO GES (por cada 10 mil habitantes), así como también el peor desempeño en términos de los tiempos promedio de atención de dichos casos.
  - **Si cierran estas diferencias, se podrían: (i) disminuir el número de casos GES retrasados y de casos en lista de espera No GES por cada 10 mil habitantes en la zona centro en más de un 60% en la zona centro y sur; (ii) disminuir los tiempos promedio de retraso GES y de listas de espera No GES en un 44%.**

- Por último, los menores puntajes en la dimensión calidad experimentados por los servicios de salud de la zona metropolitana se deben principalmente a que presentan la mayor tasa general de cirugías suspendidas en el año 2022, así como también los mayores porcentajes de pacientes que esperan más de 12 hrs en una Unidad de Emergencia Hospitalaria, y la mayor tasa de usuarios FONASA que declaran estar dispuestos a cambiarse al sistema privado en base a su experiencia con la atención del sistema público.
  - **Si se reducen estas brechas, se podría esperar: (i) una disminución en la tasa de suspensión de cirugías de entre 2,8 y 3,3 puntos porcentuales en la zona centro y metropolitana, implicando un aumento de las cirugías programadas y efectivamente realizadas de entre 3.600 hasta 4.100 al año; (ii) una reducción de hasta 17 puntos porcentuales al año en la tasa de pacientes en espera por una cama en una Unidad de Emergencia Hospitalaria de los hospitales de la zona metropolitana, lo cual se traduciría en más de 29.800 pacientes al año que verían reducida significativamente su espera en las UEH ; (iii) y una mejora de hasta 7 puntos porcentuales en el porcentaje de beneficiarios de la zona metropolitana que declaren que no se cambiarían al sistema privado de salud, aún cuando presenten las condiciones para hacerlo.**