



**“DISEÑO DE UN MODELO DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA MONITOREO DE
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN CHILE”**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAGISTER EN CONTROL DE GESTIÓN**

Alumno: Luis Eduardo Gómez Villavicencio

Profesor Guía: Alicia Lorena Núñez Mondaca

Santiago, enero de 2019

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, mi padre y mi hermano, quienes, desde que tengo uso de razón, me han brindado valiosos consejos en todo proceso educativo, siendo esta tesis el punto más alto de dicha travesía.

A toda mi familia por su apoyo y energía durante este tiempo.

A Lily, por el amor, comprensión, presencia y ánimos brindados durante todo el magíster. Gracias, igualmente, para su familia por sus buenos deseos.

A mis amigos, con especial mención a Marcelle Morais por su paciencia e invaluable amistad en este tiempo.

A la profesora Alicia Núñez, por sus enseñanzas y dedicación a este proyecto, sin los cuales la tesis no habría podido desarrollarse.

A mi patria el Perú y a Chile, país hermano que me acogió y enseñó tanto estos años, esperando que ambos puedan hacer uso de las conclusiones de esta investigación para dirigir esfuerzos a una mejora en la calidad de vida de sus poblaciones.

RESUMEN EJECUTIVO

El acceso a servicios de salud es una preocupación constante para los gobiernos y autoridades sanitarias de cada país. Chile no es la excepción y, pese a los esfuerzos realizados en torno a ello, todavía se observan diferencias en el acceso a los servicios de salud entre determinados grupos sociales provocando, de esta forma, niveles desiguales de salud en la población.

Entre los pasos iniciales para la reducción de la brecha en el acceso a la salud en la población se encuentra la medición de tales niveles de acceso. En este punto entra en juego el Control de Gestión, disciplina dedicada, entre otras cosas, al seguimiento del cumplimiento de objetivos y estrategias. En un contexto de salud pública, dicha área de estudio, en específico lo relacionado a diseño de sistemas de medición de desempeño mediante indicadores, contribuye a la mejora de los programas de salud mediante el monitoreo de la implementación y resultados de estos, así como para la asignación de responsabilidades. De esta forma, el objetivo de este estudio es diseñar un sistema de indicadores de gestión para monitorear los niveles de acceso a la salud presentes en la población chilena, teniendo como base las opiniones de las distintas comunidades que conforman a esta.

Esta investigación se enmarca en el Proyecto Fondecyt N°11160150 (Titulado "Un modelo para medir acceso a la salud") y en la información primaria generada por este: encuestas realizadas a personas residentes en tres regiones de Chile, incluyendo datos sobre los niveles de acceso que estos tienen a la salud, según las cinco dimensiones de acceso propuestas en el modelo de acceso a la salud de Aday y Andersen (1974): Política de Salud, Características del Servicio de Salud, Características de la Población, Utilización de Servicios de Salud y Satisfacción del Usuario. Dicho proyecto identificó, mediante el cálculo de utilidades multiatributo, aquellos elementos que constituyen barreras de acceso a la salud para la población.

Considerando ello, la metodología seguida por esta tesis consistió en las siguientes etapas: En primer lugar, se realizó una recopilación de ejemplos de indicadores de acceso utilizados en otros sistemas de salud o en la academia para cada una de las dimensiones del modelo de acceso a la salud mencionado previamente. En paralelo, se llevó a cabo análisis cuantitativos a la información obtenida de las encuestas para identificar diferencias en el

acceso a la salud entre distintos grupos sociales, según lo hallado en la literatura sobre inequidad en el acceso. Finalmente, tomando en cuenta las barreras al acceso con mayor impacto en la población, se eligió los indicadores más adecuados para medir cada barrera proponiendo, según sea el caso, una desagregación en la medición con el objetivo de monitorear diferencias en el acceso entre determinados grupos sociales específicos.

El resultado final fue de 26 indicadores, clasificados en cinco dimensiones distintas, los cuales permiten monitorear los niveles de acceso a la salud presentes en la población residente en Chile para, de esta forma, brindar información relevante para toma de decisiones en políticas públicas de salud y comparar los esfuerzos locales con estándares internacionales de acceso.

Índice

CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Justificación	6
1.3 Objetivos	7
1.3.1 Objetivo General.....	7
1.3.2 Objetivos Específicos	7
1.4 Preguntas de investigación	8
1.5 Alcances y Limitaciones	8
1.4 Metodología	8
CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Chile	15
2.2 El Sistema de Salud Chileno.....	17
2.2.1 Subsector Público.....	18
2.2.2 Subsector Privado	19
2.2.3 Reformas en Salud en las últimas tres décadas	21
2.3 Equidad.....	22
2.4 Acceso a la salud.....	25
2.5 Necesidad de salud	28
2.6 Barreras de acceso a la salud.....	29
2.7 Demandas comunitarias.....	31
2.8 Indicadores para monitoreo de acceso a la atención médica	32

CAPÍTULO III – ANÁLISIS DE DATOS Y FORMULACIÓN DE INDICADORES	38
3.1 Política de Salud	49
3.1.1 Descripción de la dimensión de Política de Salud.....	49
3.1.2 Identificación de barreras de acceso y análisis estadísticos de la dimensión	50
3.1.3 Nivel de desutilidad en la población generado por la dimensión de Política de Salud	55
3.1.4 Indicadores propuestos para la dimensión de Política de Salud	57
3.2 Características del Servicio de Salud.....	61
3.2.1 Descripción de la dimensión de Características del Servicio de Salud	61
3.2.2 Identificación de barreras de acceso y análisis estadísticos de la dimensión de Características del Servicio de Salud	62
3.2.2.1 Nivel de disponibilidad de establecimientos de salud cercanos.....	62
3.2.2.2 Tiempo de traslado al centro de salud habitual	67
3.2.2.3 Distancia aproximada desde el hogar al lugar de atención para consulta de especialidad, por tipo de atención médica.....	70
3.2.2.4 Tiempo de espera entre la obtención de una cita y la realización de la consulta médica	74
3.2.2.5 Tiempo de espera por atención médica en el establecimiento	83
3.2.3 Nivel de desutilidad en la población generado por la dimensión de Características del Servicio de Salud	86
3.2.4 Indicadores propuestos para la dimensión de Características del Servicio de Salud.....	88
3.3 Características de la Población en Riesgo	92
3.3.1 Descripción de la dimensión de Características de la Población en Riesgo en la encuesta realizada.....	92
3.3.2 Identificación de barreras de acceso y análisis estadísticos para la dimensión	93
3.3.2.1 Componentes de predisposición	93

3.3.2.2 Componentes facilitadores	107
3.3.2.3 Componentes de necesidad.....	115
3.3.3 Nivel de desutilidad en la población generado por la dimensión de Características de la Población	117
3.3.4 Indicadores propuestos para la dimensión de Características de la Población	118
3.4 Utilización de servicios de salud	123
3.4.1 Descripción de la dimensión de Utilización de Servicios de Salud	123
3.4.2 Identificación de barreras de acceso y análisis estadísticos de la dimensión	123
3.4.2.1 Acceso a especialistas de salud por tipo	123
3.4.2.2 Cantidad de consultas realizadas	126
3.4.2.3 Nivel de necesidades insatisfechas	135
3.4.2.4 Nivel de acceso a la medicación prescrita	138
3.4.3 Nivel de desutilidad generada por la dimensión de Utilización de Servicios de Salud	142
3.4.4 Indicadores propuestos para la dimensión de Utilización de Servicios de Salud	143
3.5 Satisfacción del usuario	147
3.5.1 Descripción de la dimensión de Satisfacción del Usuario	147
3.5.2 Identificación de barreras de acceso y análisis estadísticos de la dimensión	148
3.5.2.1 Percepción de justicia en el monto pagado en el sistema previsional	148
3.5.2.2 Calificación del lenguaje utilizado en la comunicación médico-paciente	151
3.5.2.3 Tiempo de duración de la última consulta.....	153
3.5.2.4 Calificación del proceso de atención con el médico tratante.....	155
3.5.2.5 Propensión a regresar a atenderse al mismo centro de salud.....	158
3.5.3 Nivel de desutilidad generada por la dimensión de Satisfacción del usuario	161

3.5.4 Indicadores propuestos para la dimensión de Satisfacción del Usuario.....	163
CONCLUSIONES.....	166
Bibliografía.....	175
Anexos.....	188

Lista de Tablas

Tabla N°1. Resumen de entrevistas efectivas realizadas por región y zona	11
Tabla N°2. Algunos indicadores sanitarios básicos de Chile: años 1952, 1980 y 2016.....	16
Tabla N°3. Esquema del sistema de salud en Chile y sus principales entidades, según función y sector	20
Tabla N°4. Resumen de indicadores recopilados según tipo y fuente de consulta	36
Tabla N°5. Variables utilizadas para análisis de acceso a la atención médica, según tipo de variable y dimensión del modelo a la que corresponde	39
Tabla N°6. Nivel de conocimiento de programas de salud gestionados por el Gobierno de Chile, niveles promedio reportados por cada región encuestada.	51
Tabla N°7. Diferencias en nivel de conocimiento de cada programa de salud entre cada región encuestada, según prueba de diferencia de proporciones entre los pares de regiones	51
Tabla N°8. Efectos marginales de variables explicativas en probabilidad de conocimiento de los programas de salud por parte de la población	53
Tabla N°9. Nivel de desutilidad generado por cada una de las variables incluidas dentro de la dimensión de Política de Salud, por región	56
Tabla N°10. Indicadores propuestos para la dimensión de Política de Salud	59
Tabla N°11. Nivel de disponibilidad de establecimientos cercanos al hogar del individuo encuestado: Número de observaciones y distribución según tipo de respuesta	63
Tabla N°12. Número de establecimientos de salud por cada 10.000 habitantes por tipo de establecimiento	64
Tabla N°13. Proporción de la población que reportan que el establecimiento de salud en mención está disponible desde su hogar según ámbito rural-urbano y prueba de diferencia de proporciones entre resultados de disponibilidad en ámbitos rural y urbano.	65
Tabla N°14. Proporción de la población que reportan que el establecimiento de salud en mención está disponible desde su hogar según cada región analizada	65

Tabla N°15. Prueba de diferencia de proporciones de la población de cada región que reporta que el establecimiento de salud en mención está disponible desde su hogar, según cada par de regiones	66
Tabla N°16. Distribución de tiempos de traslado al centro de salud habitual según rangos de tiempo	68
Tabla N°17. Distribución de tiempos de traslado al centro de salud habitual según rangos de tiempo, según ámbito urbano o rural	69
Tabla N°18. Distribución de respuestas a pregunta “¿Cuál es la distancia aproximada desde su hogar al lugar donde recibió la atención en salud?” Según tipo de consulta médica	71
Tabla N°19. Distribución por zona urbano-rural de respuestas a pregunta “¿Cuál es la distancia aproximada desde su hogar al lugar donde recibió la atención en salud?” Según tipo de consulta médica.....	72
Tabla N°20. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones entre respuestas obtenidas en zonas rurales y zonas urbanas para los distintos tipos de atención médica ...	73
Tabla N°21. Distribución de respuestas acerca de tiempos de espera promedio entre obtención de consulta y atención médica, según rangos de tiempo.....	75
Tabla N°22. Distribución de respuestas acerca de tipo de profesional médico que atendió la necesidad de salud, según región analizada.....	77
Tabla N°23. Valores promedio de respuestas respecto a disponibilidad de personal médico, por región, y significancia de pruebas de la mediana entre pares de regiones	77
Tabla N°24. Distribución de respuestas acerca de tiempos de espera promedio entre obtención de consulta y atención médica, para cada región analizada	78
Tabla N°25. Significancia de pruebas de la mediana de distribución de respuestas sobre tiempos de espera por atención médica entre pares de regiones	79
Tabla N°26. Distribución de respuestas de tiempos de espera según padecimiento de condición crónica de salud	80
Tabla N°27. Distribución de respuestas acerca de tiempos de espera promedio entre obtención de consulta y atención médica, según estado de afiliación a aseguramiento privado en salud	81
Tabla N°28. Resultados de la prueba U de Mann Whitney de tiempos de espera por atención médica, por estado de afiliación a aseguramiento privado	82

Tabla N°29. Distribución de tiempos de espera por el servicio de salud, según rangos de tiempo	83
Tabla N°30. Distribución de tiempos de espera por el servicio de salud, según tipo de establecimiento habitualmente visitado por el individuo encuestado	84
Tabla N°31. Valor medio de respuestas sobre tiempos de espera en el establecimiento, por tipo de establecimiento habitualmente visitado, y significancia de diferencias en distribuciones de respuestas según prueba U de Mann Withney.	85
Tabla N°32. Nivel de desutilidad generado por cada una de las variables incluidas dentro de la dimensión de Características del Servicio de Salud, por región	87
Tabla N°33. Indicadores propuestos para la dimensión de Características del Servicio de Salud	89
Tabla N°34. Distribución de la muestra consultada según nivel educativo, por cada región	94
Tabla N°35. Distribución de respuestas sobre estado de salud según nivel educativo alcanzado	95
Tabla N°36. Distribución de respuestas sobre estado de salud según nivel educativo alcanzado, solo mayores de edad	96
Tabla N°37. Distribución de la muestra consultada según estado laboral, por cada región	97
Tabla N°38. Distribución de respuestas sobre estado de salud según estatus laboral	98
Tabla N°39. Distribución de la muestra consultada según género, por cada región	98
Tabla N°40. Distribución de respuestas sobre estado de salud según género	99
Tabla N°41. Distribución de la muestra consultada según género y rango etario y diferencias entre las proporciones presentes en hombres y mujeres	100
Tabla N°42. Distribución de la muestra consultada según etnia, por cada región	101
Tabla N°43. Distribución de respuestas sobre estado de salud según etnia	101
Tabla N°44. Distribución de la muestra consultada según hábitos de consumo de cigarrillos, por cada región	102

Tabla N°45. Distribución de respuestas sobre estado de salud según hábitos de consumo de cigarrillos	103
Tabla N°46. Distribución de la muestra consultada según hábitos de consumo de alcohol, por cada región	104
Tabla N°47. Distribución de respuestas sobre estado de salud según hábitos de consumo de bebidas alcohólicas	104
Tabla N°48. Distribución de la muestra consultada según nivel de práctica de deporte o actividad física, por cada región.....	105
Tabla N°49. Distribución de respuestas sobre estado de salud según hábitos de práctica de deporte.....	106
Tabla N°50. Distribución de la muestra consultada según consideración de estado de peso corporal, por cada región	106
Tabla N°51. Distribución de respuestas sobre estado de salud según peso corporal	107
Tabla N°52. Distribución de la muestra consultada según nivel de ingresos, por cada región	108
Tabla N°53. Distribución de la muestra consultada según quintiles de ingresos, por cada región	109
Tabla N°54. Prueba de diferencia de proporciones de ocurrencia de necesidades insatisfechas en salud en los últimos meses, entre el Quintil I y el V, por región analizada	109
Tabla N°55. Distribución de la muestra consultada según posición respecto a la línea de pobreza por número de integrantes del hogar	111
Tabla N°56. Prueba de diferencia de proporciones de los niveles de necesidad insatisfecha entre encuestados por encima y por debajo de la línea de pobreza, por región analizada.	111
Tabla N°57. Distribución de la muestra consultada según estado de afiliación a algún tipo de seguro de salud, por cada región	112
Tabla N°58. Resultados de la prueba de diferencia de proporciones de niveles de necesidad insatisfecha, por estado de aseguramiento a un seguro de salud	112

Tabla N°59. Resultados de la prueba de diferencia de proporciones de ocurrencia de necesidad insatisfecha en salud en los últimos meses, por estado de aseguramiento a un seguro privado de salud	113
Tabla N°60. Reembolso promedio reportado por la muestra consultada, por tipo de gasto médico realizado	113
Tabla N°61. Resultados de la prueba de diferencia de medias de niveles de reembolso, por estado de aseguramiento a un seguro privado de salud para cada tipo de gasto médico .	114
Tabla N°62. Resultados de la prueba de diferencia de proporciones de niveles de necesidad insatisfecha, por residencia en zona urbana o rural	114
Tabla N°63. Distribución de la muestra consultada según diagnóstico de enfermedad crónica, por cada región	115
Tabla N°64. Distribución de la muestra consultada según necesidad de consulta médica en los últimos seis meses, por cada región	115
Tabla N°65. Distribución de la muestra consultada según necesidad de hospitalización en los últimos 6 meses, por cada región	116
Tabla N°66. Distribución de la muestra consultada según necesidad de cirugía en los últimos 6 meses, por cada región	116
Tabla N°67. Nivel de desutilidad generado por cada una de las variables incluidas en la dimensión de Características de la población en riesgo, por región	117
Tabla N°68. Indicadores propuestos para la dimensión de Características de la Población	119
Tabla N°69. Distribución de respuestas sobre atención recibida, según tipo de prestador del servicio	124
Tabla N°70. Prueba de diferencia de proporciones de los niveles de atención con médico especialista reportados por los usuarios de establecimientos públicos y privados de salud, por región analizada	125
Tabla N°71. Resultados pruebas de diferencias de proporciones de niveles de utilización de servicios de médico especialista, entre cada par de regiones	125
Tabla N°72. Distribución de encuestados según frecuencia de consultas médicas, por tipo de consulta médica	126

Tabla N°73. Resultados prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de cantidad de consultas realizadas a personas según su lejanía al lugar de atención, por tipo de consulta.	127
Tabla N°74. Resultados prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de cantidad de consultas realizadas a personas según el tiempo de espera por consulta médica.	128
Tabla N°75. Resultados prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de cantidad de consultas realizadas a personas según el tiempo de espera en el establecimiento de salud.	128
Tabla N°76. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de utilización de total de consultas de salud, según rangos etarios para encuestados varones.	129
Tabla N°77. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de utilización de total de consultas de salud, según rangos etarios para encuestadas mujeres.	130
Tabla N°78. Resultados prueba U de Mann Whitney de diferencia de valores promedio de consultas de salud, entre encuestados varones y mujeres por rango etario.	130
Tabla N°79. Resultados prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de utilización de consultas de salud, entre encuestados con y sin problemas de sobrepeso u obesidad.	131
Tabla N°80. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de utilización de consultas de salud, entre encuestados con y sin hábitos de práctica de deporte en el último mes.	132
Tabla N°81. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de consultas de médico general, entre encuestados pertenecientes a los subsistemas privado y público de aseguramiento en salud.	133
Tabla N°82. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de consultas de médico especialista, entre encuestados pertenecientes a los subsistemas privado y público de aseguramiento en salud.	134

Tabla N°83. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de consultas de salud, entre encuestados que padecen una condición crónica de salud y aquellos que no la padecen	134
Tabla N°84. Distribución de respuestas sobre necesidades de salud no satisfechas	135
Tabla N°85. Efectos marginales de variables explicativas en probabilidad de tener necesidades de salud insatisfechas en la población	137
Tabla N°86. Distribución de respuestas sobre reporte de barreras de acceso a medicación debido a la no asequibilidad de esta	139
Tabla N°87 Distribución de respuestas sobre reporte de barreras de acceso a medicación debido a la no disponibilidad de esta	139
Tabla N°88. Pruebas de diferencias de proporciones de niveles de presencia de barrera de acceso por costos altos de medicamentos, entre quintiles de ingreso	139
Tabla N°89. Pruebas de diferencias de proporciones de niveles de presencia de barrera de acceso por no disponibilidad de medicamentos, entre regiones	140
Tabla N°90. Prueba de diferencia de proporciones de niveles de falta de acceso por no disponibilidad de medicamentos, entre encuestados por encima y por debajo de la línea de pobreza	141
Tabla N°91. Prueba de diferencia de proporciones de niveles de falta de acceso por no disponibilidad de medicamentos, entre asegurados y no asegurados al subsistema privado de salud	141
Tabla N°92. Nivel de desutilidad generado por cada una de las variables incluidas dentro de la dimensión de Utilización de los servicios de salud, por región	142
Tabla N°93. Indicadores propuestos para la dimensión de Utilización de Servicios de Salud	144
Tabla N°94. Distribución de respuestas a pregunta "¿Según su criterio, considera que el valor que cancela en su sistema previsional de salud es justo?"	148
Tabla N°95. Significancia de prueba de la mediana de distribución de respuestas sobre tiempos de espera por atención médica entre pares de regiones	149
Tabla N°96. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones entre respuestas sobre percepción de justicia en el monto pagado por previsión de salud, entre afiliados al sistema privado y público de salud	149

Tabla N°97. Prueba de la mediana entre categorías de aseguramiento público acerca de respuestas sobre percepción de justicia en el monto pagado por previsión de salud	150
Tabla N°98. Distribución de respuestas a pregunta "¿Cómo evaluaría el lenguaje utilizado en la comunicación médico-paciente?"	151
Tabla N°99. Significancia de prueba de la mediana de distribución de respuestas sobre tiempos de espera por atención médica entre pares de regiones	152
Tabla N°100. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de calificación otorgada a la comunicación médico paciente, entre afiliados al sistema privado y público de salud	152
Tabla N°101. Distribución de respuestas a pregunta "Considera que el tiempo de su última consulta con el profesional de la salud fue"	153
Tabla N°102. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de calificación otorgada al tiempo de última consulta, entre afiliados al sistema privado y público de salud.	154
Tabla N°103. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de calificación otorgada al tiempo de última consulta, según género.	154
Tabla N°104. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de calificación otorgada al tiempo de última consulta, según padecimiento de condición crónica de salud	155
Tabla N°105. Distribución de respuestas a pregunta "¿Cómo calificaría el proceso de atención del médico tratante en su última consulta/atención, desde el comienzo al final?"	156
Tabla N°106. Significancia de prueba de la mediana de distribución de respuestas sobre atención con médico tratante, entre pares de respuestas otorgadas a satisfacción con tiempo de consulta.	156
Tabla N°107. Significancia de prueba de la mediana de distribución de respuestas sobre atención con médico tratante, entre pares de respuestas otorgadas a satisfacción con la comunicación médico-paciente.	157
Tabla N°108. Distribución de respuestas a pregunta "¿Volvería a atenderse en el mismo centro de salud?"	158

Tabla N°109. Distribución de respuestas a pregunta "¿Cómo calificaría el proceso de solicitud de hora en su última consulta/atención, desde el comienzo al final?"	159
Tabla N°110. Distribución de respuestas a pregunta "¿Cómo calificaría el proceso de atención del personal de salud (aparte del médico) en su última consulta/atención, desde el comienzo al final?"	159
Tabla N°111. Efectos marginales de variables explicativas en probabilidad de que el usuario definitivamente regrese al centro de salud en que se atendió	160
Tabla N°112. Nivel de desutilidad generado por cada una de las variables incluidas dentro de la dimensión de Satisfacción del Usuario, por región	162
Tabla N°113. Indicadores propuestos para la dimensión de Satisfacción del usuario del servicio de salud	164
Tabla N°114. Resumen de indicadores y fórmulas de cálculo utilizados para monitoreo de equidad en acceso a la salud en Chile, clasificados por dimensión analizada	168

Lista de Figuras

Figura N°1 Ontología base utilizada para definir las barreras de acceso a ser incluidas en la encuesta	9
Figura N°2: Representación del marco de referencia para el estudio del acceso a la salud	31
Figura N°3. Distribución de respuestas de tiempo de traslado hacia establecimientos de salud, por ámbito urbano-rural	70
Figura N°4. Distribución de personal médico: Cantidad y Número por cada 10.000 habitantes, por región analizada	76
Figura N°5. Distribución de respuestas de tiempo de espera por atención médica, por región	79
Figura N°6. Distribución de respuestas de tiempo de espera por atención médica, según estado de afiliación a aseguramiento privado.	82
Figura N°7. Distribución gráfica de respuestas de tiempo de espera en el establecimiento de salud, según tipo de establecimiento habitualmente visitado	85
Figura N°8. Valor de las líneas de indigencia y pobreza según número de integrantes del hogar. (Pesos de noviembre de 2017).....	110

CAPITULO I - INTRODUCCIÓN

En la vida humana, la salud es una de las condiciones más importantes y un componente fundamental de las posibilidades que un ser humano puede valorar (Sen, 2002) y, debido a ello, el acceso a la salud es considerado un derecho humano universal y representa una preocupación constante de los gobiernos y las autoridades sanitarias de cada país (Levesque, Harris, y Russell, 2013). En el caso de Chile, si bien el acceso a la salud está amparado por la Constitución Política (Const. de la República de Chile, 1980) y la eficacia del sistema de salud chileno ha tenido una mejora constante en las últimas décadas (medida en indicadores de salud básicos (Goic, 2015)), la satisfacción de la población chilena respecto a su sistema de salud continúa siendo baja: solo un 35% de la población declara estar satisfecha con el sistema de salud en Chile, valoración muy por debajo del promedio de países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), siendo esta de un 70% (OCDE, 2017a). Entre las causas de esta insatisfacción, se encuentra la presencia de barreras –de tipo financiero, psicológico, informacionales, socioculturales, organizacionales o espacio-temporales– que limitan el acceso a la atención médica a gran parte de la población.

Desde 1952, año en que se instauró el Sistema Nacional de Salud de Chile, hasta el año 2014, la salud pública tuvo una importante mejora en indicadores básicos de salud tales como Esperanza de vida al nacer –pasando de 40 años en 1952 a 79,84 años en 2014–, Mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos –de 136 a 7,2 en el mismo periodo de tiempo–, Mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos –de 276 a 18,5 para los mismos años–, entre otros indicadores (Goic, 2015) cuyos resultados ubican al país por encima del promedio latinoamericano (OMS, 2018c). No obstante, el sistema de salud chileno tiene temas pendientes de revisión siendo uno de ellos la inequidad¹ en el acceso a la atención médica para su población. Entre las razones que generan dicha inequidad se encuentra la presencia de barreras que impiden el acceso. Estas barreras pueden provenir, de acuerdo al modelo de acceso a la salud propuesto por Aday y Andersen (1974), de cinco dimensiones: políticas de salud (si existen o no políticas públicas destinadas a una mejora en el acceso), las características del servicio de salud (como los recursos de salud disponibles en la atención

¹ Se entiende por “inequidad” como las “diferencias [en estado de salud] que no solo son innecesarias y evitables sino, además, son consideradas injustas” (OMS, 2018d).

pública primaria), las características de la población en riesgo (por ejemplo, qué porcentaje de la población está cubierta por un seguro, ya sea privado o público), la utilización de los servicios de salud (si los usuarios buscan y obtienen atención real a sus problemas de salud, por nombrar un caso) o la satisfacción de los usuarios (relacionado a la calidad percibida por el usuario sobre los servicios prestados). De esta forma, la existencia de este tipo de barreras impacta en el aumento de la desigualdad en los niveles de salud en el país (Cid, 2011). Superar la situación actual de inequidad de acceso entre distintos grupos (bajo criterios de ingreso, localización, edad, entre otros) a un aseguramiento universal en salud que garantice que los servicios médicos sean brindados teniendo como principal criterio la necesidad del usuario por el servicio de salud, requiere que las barreras al acceso a la salud sean reducidas o eliminadas. Para lograr ello, el primer paso consiste en la identificación de cuáles son las barreras que actualmente enfrenta la población. Respecto a esto, el concepto de “demandas comunitarias” es de suma utilidad. Este término, desarrollado en profundidad por Gavin Mooney, se refiere a la importancia de la comunidad² en la toma de decisiones relacionadas con las políticas de acceso a la salud, tomando en cuenta sus propias necesidades y preferencias, las cuales pueden no concordar con la perspectiva que tiene la mayoría o una autoridad nacional (Black y Mooney, 2002). Indica el autor que, distintas comunidades tienen diferentes conceptos de salud y de atención médica y es vital que sean reconocidos por las autoridades y diseñadores de políticas públicas. Con base en ello, las demandas comunitarias señalan las opiniones y preferencias de una comunidad sobre lo que representa el concepto de “acceso” – incluyendo las barreras relacionadas – y conforman una base ética para la distribución de recursos y generación de políticas dentro del sistema de salud (Black y Mooney, 2002). Por ende, la recolección de información y opiniones de individuos pertenecientes a distintas comunidades en el país es de suma importancia para definir qué barreras son las que impactan de mayor forma en cada uno de esos grupos poblacionales y comunidades. Este ejercicio, a su vez, es la base para identificar cuáles son los elementos claves del sistema de salud que deben ser monitoreados para, de esta forma, poder elaborar un sistema de indicadores (obtenidos tanto de otras realidades y estudios académicos como propuestos de forma original para este estudio) que tenga como objetivo realizar un monitoreo efectivo del nivel de equidad en el acceso a la salud presente en el sistema de salud chileno.

² Se entiende “comunidad” como un grupo de gente con algo común en sus vidas que les permite establecer relaciones (Mooney, 2001).

Tomando en cuenta estas premisas, se presenta este estudio, el cual tuvo como objetivo identificar, a partir de información primaria obtenida mediante encuestas representativas a comunidades en tres regiones del país, cuáles son las principales barreras de acceso a la salud presentes en Chile y proponer un sistema de indicadores que permita monitorear el nivel de acceso a los servicios de salud, siendo esta tesis parte del Proyecto FONDECYT de Iniciación en Investigación N° 11160150.

1.1 Planteamiento del Problema

Pese a las importantes tasas de crecimiento económico de Chile durante las últimas décadas – las cuales promedian una tasa anual de crecimiento de 3,9% en los últimos 20 años (Banco Mundial, 2018a) – y al buen desempeño que, como país, tiene respecto a indicadores básicos de salud, las barreras de acceso a la atención médica persisten en el país, siendo una de estas la insuficiencia y desigual distribución de los recursos destinados a atender a la población. Actualmente, el sistema de salud chileno tiene aspectos deficitarios de capacidad y gasto público en comparación a países de la OCDE, tales como “Número de médicos por cada 1.000 habitantes” – 1,7 en Chile ante 3,2 en el promedio de dicha organización –, “Número de enfermeras por cada 1.000 habitantes” – 4,2 contra 8,8 en el promedio OCDE – y “Camas de hospital por cada 1.000 habitantes” – 2,2 versus 4,8 en el promedio OCDE – ubicando al país en el décimo inferior para cada uno de estos indicadores (OCDE, 2015). Además de ello, la distribución de los recursos, ya escasos de por sí, es realizada de manera desigual, debido a la existencia de dos subsectores en el sistema de salud: el público y el privado. Se puede observar el impacto de ello con el indicador de “Número de médicos por cada 1.000 habitantes”: Si se considera que la mayoría de los especialistas en medicina en Chile trabaja en el sector privado (Goic, 2015) el cual atiende solamente al 17.5% de la población total de Chile correspondiente a los grupos sociales con mayores ingresos y con un mejor estado general de salud (Becerril-Montekio y Manuel, 2011), eso significa que los asegurados en el subsector privado tendrían una disponibilidad de médicos superior en, por lo menos, 5 veces a aquellos que están fuera de dicho subsector. De esta forma, la existencia de un sistema dual de salud y la distribución inequitativa de recursos promueven la aparición y mantención de barreras económicas de acceso a la salud para los sectores más vulnerables de la sociedad, constituido por los estratos socioeconómicos menos favorecidos, así como por los individuos más propensos a requerir atención médica, como las personas con discapacidad o de la tercera edad. A pesar de los

intentos por parte del gobierno de reducir la desigualdad (como el aumento en la regulación de los prestadores y aseguradoras del sistema de salud o con la prestación, bajo protección financiera, de atención médica de calidad para determinadas patologías bajo el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas - GES), todavía se presentan situaciones como el desfinanciamiento del *pool* de riesgos solidario del sistema público, la selección de riesgos por parte de las aseguradoras privadas, cautividad³, aumento constante de primas de seguro, subsidios cruzados, entre otros aspectos (Cid, 2011).

Así también, es posible que existan otros tipos de barreras en el acceso a la atención médica en Chile. En la presente tesis, se utiliza el marco de referencia para estudio de acceso a la salud, propuesto por Aday y Andersen (1974), el cual busca explicar, a través de cinco dimensiones distintas, el acceso a la atención médica siendo estas la política de salud, las características del servicio de salud, las características de la población usuaria, la utilización de los servicios de salud por parte de ella y la satisfacción de los usuarios con el servicio de salud. Este marco de referencia es tomado como base para la identificación de las distintas barreras al acceso que enfrentan las distintas comunidades consultadas, según metodología propuesta por Núñez (2011).

Las barreras referidas a la política del sistema de salud tienen efectos directos en alterar el acceso a la salud y constituyen preocupación de los tomadores de decisiones al evaluar dichos efectos (Aday y Andersen, 1974). Entre las barreras relacionadas con esta dimensión están la falta de políticas públicas destinadas a mejorar el acceso a la salud para sectores vulnerables de la población, la falta de un ambiente que promueva la interacción entre distintos actores para la implementación de políticas de atención médica en una comunidad, mala comunicación o interpretación de la información relativa a las políticas de salud y reducida motivación y compromiso de la comunidad hacia la participación en el diseño e implementación de estas. Las características del servicio de salud, referidas a los elementos necesarios para la prestación de los servicios, también pueden constituir barreras al acceso: recursos insuficientes, como especialistas, materiales o infraestructura, y mala organización (reflejada en deficiente coordinación y asignación de las citas, largas listas de espera, dificultad de acceso geográfico, entre otros) son ejemplos de ello. La barrera de asignación de gasto público y distribución de recursos en Chile, descrita en el párrafo anterior, entraría

³ Situación en la que un asegurado no puede cambiarse de institución de seguridad social debido a pertenecer a la tercera edad o al padecimiento de alguna condición crónica de salud.

dentro de este rubro. Otra clasificación de barreras es la relativa a las características de la población en riesgo, la cual incluye las variables que predisponen positiva o negativamente a la comunidad al uso de determinados servicios médicos (por ejemplo: edad, sexo, raza, religión y valores concernientes a la salud y enfermedad), los medios que tienen para poder hacer uso de dichos servicios (ingresos, financiamiento, seguro médico) y la necesidad que tienen para hacer uso de ellos (los episodios de enfermedad en sí), siendo ejemplo de esta dimensión los trabajadores en situación de empleo informal en Chile y su dificultad para acceder a programas de aseguramiento de salud (Gideon, 2007). Por otra parte, la utilización de los servicios de salud indica el nivel de utilización real de dichos servicios por parte de la población (incluyendo tipo de atención, el lugar en que se realizó la prestación, si fue de tipo preventivo o reactivo ante una enfermedad) y da pie a la identificación de barreras que impiden una prestación adecuada de dichos servicios ante una necesidad de salud, como restricciones laborales para acudir a atenciones médicas, falta de referencia a especialistas, preferencia por autodiagnóstico o posposición de búsqueda de atención médica, la continuidad de los tratamientos una vez iniciados, etcétera. Dentro de esta clasificación se encuentra la interrupción o abandono del tratamiento médico de la tuberculosis debido a errores o falta de organización en la prestación del mismo (Bello, Carrasco, Andrade, y Farga, 2016). Finalmente, la satisfacción del usuario, referida a las actitudes de los usuarios del sistema de salud hacia este y a los tratamientos recibidos, conlleva barreras como la disuasión de la comunidad a utilizar ciertos proveedores o la falta de compromiso del proveedor para mejorar la prestación de servicios (Aday y Andersen, 1974). Las barreras mencionadas en los ejemplos previos son algunas que han podido conocerse a través de la literatura, pero las comunidades pueden estar, actualmente, enfrentando otras aún no conocidas cuya presencia contribuye a la existencia de inequidad en la distribución de salud. Adicionalmente al desconocimiento de dichas barreras, tampoco es conocido el impacto real de las mismas en la calidad de vida de las comunidades ni los factores particulares que promueven su aparición en cada comunidad. Dentro de dicha falta de información, se incluye la inexistencia de un sistema de medición mediante indicadores que permita monitorear la variación de los distintos factores que constituyen el nivel de acceso que cada comunidad tiene a la salud (o que tengan incidencia en el mismo), así como identificar el impacto que las distintas acciones realizables desde la esfera pública tienen en la mejora de dicho acceso.

1.2 Justificación

Previo a este estudio, no se había realizado en Chile el ejercicio de identificar las distintas barreras de acceso a la salud que enfrenta la población siendo este un paso necesario para alcanzar equidad, bajo el punto de vista del pensamiento comunitario (Black y Mooney, 2002). Dado que una o más de estas barreras pueden aparecer en mayor o menor medida en distintas comunidades o grupos sociales, la realización de dicho ejercicio de identificación ha permitido conocer cuáles barreras son las más determinantes en el acceso a los servicios de salud para cada comunidad analizada. Bajo la misma línea, en Chile no había sido propuesto un sistema de indicadores que permita monitorear la variación del nivel de acceso a la atención médica con base en las opiniones de las comunidades. Los indicadores utilizados en otras realidades no necesariamente funcionarían en el contexto chileno, dadas las condiciones particulares de su sistema de salud, así como la demografía y geografía del país. Se requiere, por tanto, del diseño de un sistema de indicadores que tome en cuenta el contexto de Chile y sus comunidades y que sea de utilidad para monitorear la accesibilidad a los servicios de salud, su evolución en el tiempo y, en el caso en que correspondiera, evaluar el impacto de las políticas públicas en salud destinadas al cierre de brechas en los distintos niveles de acceso a atención médica. Adicionalmente, se busca que los resultados obtenidos de un sistema de indicadores permitan la discusión y debate referente tanto a políticas vigentes como a nuevas políticas propuestas en torno al acceso que sean conducentes a alcanzar un nivel de aseguramiento universal de la salud a la par con los países de la OCDE y los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030 de las Naciones Unidas y mejorar, de esta forma, el nivel de vida de la población en Chile.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General:

Diseñar un sistema de indicadores que permita monitorear el nivel de acceso a la atención médica en Chile, a partir de la definición de las principales barreras de acceso identificadas mediante encuestas realizadas a comunidades pertenecientes a tres regiones del país: Antofagasta, Bío Bío y Metropolitana de Santiago.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar y describir las principales barreras que determinan el nivel de acceso a los servicios de salud en Chile mediante encuestas realizadas a comunidades pertenecientes a tres regiones del país: Antofagasta, Bío Bío y Metropolitana de Santiago, teniendo en consideración la variabilidad existente en cada una de ellas.
- Identificar, mediante análisis estadísticos, si existe inequidad en el acceso a los servicios de salud según una mayor o menor presencia de determinados factores económicos, demográficos, sociales o culturales en la población de dichas regiones de Chile, tomando en cuenta las diferentes dimensiones que explican el acceso a la salud según el modelo propuesto por Aday y Andersen (1974).
- Establecer un sistema de indicadores que permita monitorear las principales barreras de acceso a los servicios de salud con un nivel de desagregación referente a los grupos poblacionales más afectados por ellas, así como establecer metas y procedimientos de seguimiento y control de dicho sistema.

1.4 Preguntas de Investigación

¿Es posible identificar las principales barreras de acceso a la salud en Chile con base en demandas comunitarias a través del uso de encuestas?

¿Es posible diseñar un sistema de indicadores que permita monitorear el impacto de los cambios en las condiciones de acceso a los servicios de salud en Chile teniendo en cuenta la variabilidad existente?

1.5 Alcances y Limitaciones

1.5.1 Alcances: Se hizo uso de información primaria recogida mediante una encuesta representativa realizada en tres regiones de Chile (Antofagasta, Bio-Bio y Metropolitana de Santiago) tanto a población urbana como rural, siendo los resultados no generalizables a otras regiones debido a la restricción de fondos del proyecto FONDECYT N°11160150, del cual la presente tesis es parte. Asimismo, el presente trabajo se enfoca en la identificación de las barreras de acceso a la salud y, con base en esos resultados, la propuesta de un sistema de indicadores, quedando fuera del alcance la aplicación práctica de este.

1.5.2 Limitaciones: En lo que respecta a definición de metas para cada indicador, al no contar con información interna respecto a estadísticas, recursos o prioridades del sistema de salud, se proponen metas de referencia basada en el desempeño alcanzado por organismos supranacionales, por el desempeño de un sistema de salud similar o por tendencias previas de comportamiento del respectivo indicador en Chile.

1.6 Metodología

Siendo parte del proyecto FONDECYT N°11160150, la tesis toma como datos para análisis la información que fue recabada como parte de dicho proyecto. Se trató de un estudio descriptivo longitudinal, cuya primera etapa implicó la recolección a través de encuestas de

diversos datos para describir las características de la población, tanto de carácter demográfico como de su situación respecto al acceso a los servicios de salud.

La estrategia de investigación utilizada fue el uso de encuestas. Para la definición de las preguntas de esta encuesta, se utilizó un modelo ontológico incluyendo las diversas barreras a la salud susceptibles de aparición según el modelo de acceso a servicios de salud formulado por Aday y Andersen (1974). El desarrollo de dicha ontología tuvo como objetivo mapear las distintas barreras o facilitadores que el modelo propone, en base a la combinación de tipo de recursos, tipo de acceso, tipo de atención médica, tipo de personal involucrado y población. Los distintos elementos incluidos en cada categoría de la ontología se muestran en la Figura N°1.

Figura N°1 Ontología base utilizada para definir las barreras de acceso a ser incluidas en la encuesta

Barreras y Facilitadores del Acceso a la Salud						
<u>Recursos</u>	<u>Potenciales</u>	<u>Acceso</u>	<u>Servicios de salud</u>	<u>Personal</u>	<u>Población</u>	
Espaciales	Barreras	Físico	Preventivos	Médicos	Urbana	[+]
Distancia	Inhibidores	Virtual	De bienestar	Generales	Rural	[para]
Lugar	Catalizadores		De Tratamiento de enfermedad	Especialistas	Desamparada	
Temporales	Propulsores		Episódica	Sanadores tradicionales	Indígena	
Disponibilidad			Crónica	Enfermeras	Con discapacidad	
Agendamiento			De Rehabilitación	Trabajadores de la Salud	De la tercera edad	
Financieros			Paliativos	Farmacéuticos		
Ingreso				Trabajadores Sociales		
Gasto				Proveedores de cuidado		
Informacionales				Pares		
Estimulantes				Familia		
Educacionales						
Humanos						
Psicológicos						
Sociológicos						
Culturales						
Tecnológicos						
T. Información						
Transporte						
Médicos						

Fuente: Adaptado de Proyecto FONDECYT N°11160150

De esta manera, se buscó que la encuesta incluyera las diversas combinaciones definidas por la ontología a fin de abarcar de manera amplia el modelo. El resultado final fue un conjunto de preguntas divididas en siete módulos:

- Módulo A: Composición del hogar
- Módulo B: Información del entrevistado

- Módulo C: Salud
- Módulo D: Atenciones médicas en los últimos 6 meses
- Módulo E: Política de Salud
- Módulo F: Características del Servicio
- Módulo G: Gastos médicos

La unidad de análisis fue, para la mayoría de las preguntas del cuestionario, a nivel de individuo, siendo la excepción el primer módulo, "Composición del hogar", el cual tuvo como objetivo recabar información del hogar completo. Para la selección de los individuos, el primer paso fue la definición de una muestra representativa urbano-rural de las tres regiones del país analizadas, Antofagasta, Biobío y Metropolitana de Santiago, siendo el muestreo de tipo aleatorio estratificado y tomando en cuenta 42 segmentos de localidades rurales y 231 puntos en localidades urbanas.

Los siguientes pasos fueron la capacitación al equipo encargado de la realización del trabajo de campo (conformado por un coordinador de proyecto, 3 coordinadores regionales y 33 entrevistadores), el empadronamiento inicial de los hogares pertenecientes a las zonas de realización de la encuesta y la posterior selección de seis viviendas representativas de cada manzana. Posteriormente, se procedió a la recolección de los datos en trabajo de campo (llevada a cabo entre el 22 de marzo de 2017 y el 31 de mayo del mismo año), la cual se realizó utilizando la metodología de Tabla Kish para seleccionar a la persona a entrevistar, de acuerdo con el tamaño familiar y un número previo asignado a cada vivienda, y fue realizada durante diversos días (lunes a domingo) a fin de lograr una mayor contactabilidad de las personas que fueron seleccionadas bajo esta metodología. En caso de que la persona seleccionada no fuese contactada o se negara a responder, se contactó al hogar de reemplazo, bajo un sistema de péndulo. Para el registro de las respuestas, se utilizaron tablets y notebooks a fin de capturar la información de manera inmediata, facilitar su proceso de validación para identificar en el mismo momento si se ha registrado una respuesta inconsistente y poder realizar una repregunta o confirmación en ese instante. El resumen de las encuestas obtenida en cada localidad y ámbito se presenta en la Tabla N°1:

Tabla N°1: Resumen de entrevistas efectivas realizadas por región y zona

Región	Número de entrevistas efectivas		
	Urbano	Rural	Total
II Región de Antofagasta	457	168	625
VIII Región del Bío-Bío	462	168	630
XIII Región Metropolitana	462	168	630
Total general	1.381	504	1.885

Fuente: Informe de aplicación de encuestas en terreno,
Proyecto Fondecyt N°11160150

De forma paralela, dentro del proyecto se contempló el cálculo, mediante el uso de la teoría de utilidad multiatributo, de las desutilidades que dichas barreras de acceso a la salud causan en la población. La teoría de utilidad multiatributo busca expresar las utilidades de resultados o consecuencias de atributos múltiples como una función de las utilidades o desutilidades de cada atributo de forma singular (Torrance, Boyle, y Horwood, 1982) de tal modo que se obtenga como resultado una función numérica (función de utilidad) bajo la cual un mayor valor resultante representa mayor preferencia del individuo por dicho atributo. Para este caso particular, se utiliza dicha teoría para obtener el nivel de desutilidad general causado por las distintas barreras de acceso a los servicios de salud presentes en cada una de las regiones analizadas mediante, en primer lugar, el cálculo de la desutilidad que cada atributo (cada tipo de barrera de acceso a la salud presente en la encuesta) genera de forma singular en la población, obteniendo mayores valores (en un rango de 0 a 1) en los atributos que representen una mayor desutilidad para la población. Posteriormente, se unen todas estas funciones "uni-atributo" bajo una forma funcional multiplicativa que permite asignar ponderaciones a las distintas desutilidades (Abellán, Martínez, Méndez, y Sánchez, 2010), y así obtener el nivel de desutilidad general causado por las distintas barreras de acceso a la salud en la población, en un rango de 0 a 1, en que un mayor valor significa mayor desutilidad. Para dicho proceso de ponderación, a cada dimensión del modelo de estudio de acceso a la salud de Aday y Andersen (1974) se le asignó un peso específico, con base en la opinión de un panel de doce expertos. La opinión de dicho panel –compuesto por investigadores y académicos del área de la salud, médicos cirujanos de distintas especialidades y gestores clínicos en establecimientos tanto públicos como privados– permitió la asignación de un peso a cada dimensión, calculado como la media geométrica de las calificaciones otorgadas por los expertos a cada dimensión, siendo tal la ponderación utilizada para el cálculo de la desutilidad general. Asimismo, se realizó una prueba de significancia para identificar

diferencias significativas entre las calificaciones calculadas mediante la función multi-atributo para los distintos grupos de respuesta de determinadas categorías y entre las dimensiones del modelo de acceso a la salud de Aday y Andersen (1974).

Estos ejercicios, incluidos en el alcance del proyecto FONDECYT mencionado, tuvieron por objeto la medición de las principales barreras de acceso a la salud de la población. La presente tesis se enmarca en ello y utiliza dicha información para analizar las diferencias en el acceso a la salud entre grupos específicos de la población a fin de proponer, en consecuencia, un sistema de indicadores que permita el monitoreo del impacto de las principales barreras de acceso a la salud entre dichos grupos. De esta forma, en paralelo a la revisión y pre-procesamiento de la información recolectada, se realizó la revisión de material bibliográfico pertinente respecto a los temas principales motivo de la tesis; tales como equidad, acceso a la salud, demandas comunitarias, sistemas de salud, características del sistema de salud chileno, así como la recopilación y clasificación de indicadores utilizados en otros sistemas y contextos para monitoreo del acceso a la salud. Tras identificar en la literatura los principales conceptos relacionados al acceso a la atención médica en Chile y los factores que determinan un mayor o menor impacto en él, se procedió a validar la presencia de dichos factores en los datos recolectados de la encuesta a través de estadística descriptiva de las principales variables y realización de pruebas de hipótesis. Posteriormente, teniendo como base que el acceso a los servicios de salud debe ser realizado bajo condiciones de equidad (es decir, que los servicios de salud estén distribuidos únicamente con base en las necesidades de salud de los individuos y no en otros factores geográficos o sociodemográficos como nivel de ingresos, tipo de aseguramiento, pertenencia a etnia, entre otros), se realizaron distintos análisis estadísticos para evaluar las posibles diferencias al acceso entre distintos grupos sociales y, de esta forma, identificar las barreras al acceso a la salud que ciertos grupos sociales específicos pueden estar sufriendo, según las variables incluidas en el marco de referencia de acceso a la salud propuesto por Aday y Andersen (1974), desarrolladas en la ontología descrita previamente y que generan mayor desutilidad en la población según la teoría de utilidad multiatributo. Con ayuda del paquete estadístico Stata 13, fueron realizados los siguientes análisis estadísticos para el desarrollo de esta tesis:

- Prueba T-Student: Se utiliza esta prueba para calcular la diferencia que dos grupos independientes tienen en las medias de un elemento medible que explica el acceso a la salud a través de las distintas dimensiones del modelo de Aday y Andersen

(1974). Es usada para calcular diferencias que tienen distintos grupos poblacionales relevantes en variables dependientes cuantitativas como, por ejemplo, diferencias en el nivel de reembolsos obtenido por gastos en medicamentos, según el tipo de aseguramiento al que se encuentra afiliada la población.

- Prueba U de Mann-Whitney: Esta prueba es el similar no paramétrico de la Prueba T de Student y será utilizada para identificar las diferencias en las distribuciones para variables dependientes de tipo ordinal, situación presente en varias de las preguntas realizadas en la encuesta como las referidas a tiempos de espera por consulta médica, distancia hacia los establecimientos de salud, tiempos de espera en el establecimiento de salud, entre otros; o para variables dependientes cuantitativas con distribución no normal.
- Prueba de Kruskal Wallis: Es utilizada para identificar diferencias en las distribuciones para variables dependientes no paramétricas entre más de dos grupos poblacionales. Será utilizada para analizar la existencia de diferencias en las distribuciones, entre las regiones consultadas, para determinadas preguntas cuya respuesta es de tipo ordinal o cuantitativa con distribución no normal.
- Prueba de la mediana: Esta prueba complementa los test U de Mann Whitney y Kruskal Wallis cuando se analizan variables ordinales y permite identificar diferencias estadísticamente significativas en las medianas de dicha variable para dos poblaciones independientes e identificar si existe mayor prevalencia de cierto atributo entre distintos grupos poblacionales.
- Prueba de diferencias entre proporciones: Esta prueba es utilizada para identificar diferencias en las proporciones de presencia de un atributo entre dos grupos poblacionales independientes. En el presente trabajo, se utiliza para analizar diferencias en la disponibilidad de centros de salud entre zonas urbanas y rurales, diferencias entre niveles de necesidades insatisfechas en salud entre afiliados al seguro público y afiliados a seguros privados, por mencionar algunos.
- Regresión logística: La regresión logística es utilizada para predecir la probabilidad de ocurrencia de una variable categórica binaria en función de los cambios en las variables independientes. Esta metodología es usada en la presente tesis para

identificar la probabilidad de conocimiento de los programas de salud por parte de la población, en función de cómo cambia el nivel educativo alcanzado, edad e ingreso de los individuos pertenecientes a la población; así como para analizar los efectos que determinadas variables explicativas tienen en la probabilidad de tener necesidades insatisfechas en salud.

Así, los análisis resultantes conducen a la fase final de formulación de indicadores los cuales permiten monitorear, para cada dimensión del modelo, los niveles de acceso a la salud bajo la premisa de que una evolución positiva de estos conlleve a la reducción de la desutilidad causada por la presencia que las barreras al acceso detectadas generan en la población encuestada. La metodología para la definición del sistema de indicadores tuvo como primer paso la revisión literaria de ejemplos de indicadores de acceso para las cinco dimensiones del modelo de Aday y Andersen (1974). En esta etapa, se revisaron indicadores utilizados por diversos sistemas de salud en el mundo (obtenidos a través de sus reportes periódicos de desempeño) así como aquellos propuestos teóricamente por académicos y especialistas en el área de acceso a la salud. En todos los casos se procuró obtener el indicador, la métrica para el cálculo respectivo y una cifra de resultado como referencia, obtenida principalmente para aquellos casos en que el indicador haya sido utilizado empíricamente. Posteriormente, tras los análisis de data de las encuestas, se procedió a elegir de aquella recopilación inicial los indicadores más adecuados para medir determinada barrera; realizando las adecuaciones del indicador al contexto chileno, en caso de que fuera necesario. También se dio el caso de que se haya detectado una barrera en especial para la cual no se identificó un indicador relevante en otro sistema de salud o en la literatura. En tal situación, se propuso un nuevo indicador que permita monitorear el estado de dicha barrera en particular. De esta manera, logrando medir los elementos más importantes del modelo de acceso a la salud de Aday y Andersen (1974), el sistema de indicadores que se propone contribuye a la reducción de los efectos negativos que las distintas barreras de acceso a la salud tienen en las distintas comunidades y, por ende, a una mejora en las condiciones de vida de la población.

CAPITULO II – MARCO TEÓRICO

En este capítulo, se desarrollan los principales conceptos y marcos de referencia utilizados para comprender el problema del acceso a la salud, tanto de forma general como para el contexto particular de Chile.

2.1 Chile

Chile es un país ubicado en el extremo suroeste de América del Sur. Geográficamente, se le divide en tres territorios: Chile continental, el cual limita con Perú al norte, con Bolivia al noreste, con Argentina al este (teniendo a la Cordillera de los Andes como límite oriental) y el Océano Pacífico al oeste; Chile insular, comprendido por las Islas Salas y Gómez, el archipiélago Juan Fernández y la Isla de Pascua; y el Territorio Chileno Antártico, triángulo ubicado en la Antártida formado por los meridianos 53° y 90° de longitud oeste hasta el polo a los 90° de latitud sur (Instituto Nacional de Estadísticas, 2016). Su territorio continental tiene una longitud de 4.329 km y un ancho promedio de 177 km, teniendo un relieve bastante variado incluyendo dos cordilleras (de los Andes y de la Costa), una depresión intermedia y diferentes tipos de planicies. Asimismo, el territorio chileno se caracteriza por la presencia de volcanes y características tectónicas de la superficie, elementos que predisponen a desastres naturales imprevistos como terremotos, maremotos y erupciones volcánicas (Observatorio Chileno de Salud Pública, 2014).

Económicamente, Chile es un país que ha experimentado un crecimiento sostenido durante las últimas décadas (Banco Mundial, 2018a). Los principales rubros que aportan a su Producto Interno Bruto son el sector Servicios (62%), minería cuprífera (17%), manufactura (15%), agricultura (3%), minería no cuprífera (2%) y pesca (1%). El orden de importancia del aporte de estas actividades al total de exportaciones chilenas tiene en primer lugar a la minería cuprífera (44%), seguido del sector manufactura (29%), servicios (14%), agricultura (5%), minería no cuprífera (5%) y pesca (3%). Asimismo, el aporte de estas actividades al empleo total está encabezado por el sector servicios (73%), seguido por agricultura y pesca (13%), industria (13%) y minería (1%) (OCDE, 2011). Se observa una fuerte participación de la minería en la economía del país, lo cual provocó que la caída de los precios del cobre haya repercutido negativamente en el crecimiento económico chileno de los últimos años, el cual pasó de 6,1% de crecimiento interanual en el año 2011 a un 1,5% en el año 2017 (Banco

Mundial, 2018c). La tasa de desempleo a nivel nacional se ubica en 6,9% (Banco Central de Chile, 2018), la tasa de incidencia de pobreza por ingresos en 11,7% y de pobreza multidimensional en 20,9% (Ministerio de Desarrollo Social, 2016).

Demográficamente, según el último Compendio Estadístico publicado por el INE, Chile tiene una población estimada de 18.373.917 habitantes. La distribución por sexo de la población es de 49,5% hombres y un 50,5% mujeres. El 75,9% de la población tiene 18 años o más y el 15,8% entra en el grupo de adultos mayores (con 60 años o más de edad). La distribución de la población en área urbana y rural es de 87,4% y 12,6%, respectivamente (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017).

El desarrollo económico y social de Chile se ve reflejado en los indicadores sanitarios básicos, cuyos niveles, expresados en la Tabla N°2, se encuentran por encima del promedio latinoamericano, siendo esto resultado del desarrollo, en el tiempo, de políticas públicas eficientes en el área de salud pública (Goic, 2015).

Tabla N°2. Algunos indicadores sanitarios básicos de Chile: años 1952, 1980 y 2015

Indicadores	1952	1980	2016*
Mortalidad infantil (por 1.000 NV)	136,0	35,0	8,08
Mortalidad materna (por 100.000 NV)	276,0	66,0	22,821,9
Mortalidad neonatal (por 1.000 NV)	27,4	17,0	5,2
Niños desnutridos % (<5 años)	63,0	11,5	3,08
Mortalidad general (por 1.000 hab.)	14,8	6,6	5,72
Atención profesional del parto	66,9	81,0	99,72
Tasa de natalidad (por 1.000 hab.)	34,3	28,5	12,8
Esperanza de vida al nacer (años)	40,0	71,0	79,05
Cobertura de agua potable (%)**	52,0	91,4	99,92
Disponibilidad de alcantarillado (%)**	21,0	67,4	96,83

Fuente: Adaptado de Goic (2015). *Información 2015 tomada de reporte de Indicadores Básicos de Salud 2016 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2016). **Obtenido de Informe de Coberturas Sanitarias 2016 (Superintendencia de Servicios Sanitarios, 2017)

2.2 El Sistema de Salud Chileno

Los sistemas de salud en el mundo engloban a las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud en cada país, según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS, 2018b). La misma entidad indica que un buen sistema de salud entrega servicios de calidad a todas las personas, en el momento y lugar en que los necesiten (OMS, 2018e). Debido a ello, la situación de los sistemas de salud, tanto en contexto específico, modo de operación, financiamiento y objetivos, varía de país en país (Boslaugh, 2013).

En el caso de Chile, la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), en 1952, como organismo autónomo con la función de proteger la salud de toda la población, fue uno de los hitos de mayor relevancia en la salud pública chilena durante el siglo pasado (Goic, 2015). El SNS funcionó bajo el modelo bismarckiano⁴ de seguridad social y, como proveedor centralizado de salud en Chile, tuvo un papel protagónico en el diseño y ejecución de acciones y programas específicos de promoción de la salud, así como en la creación de cultura sanitaria en la población hasta 1979, año en que dicha institución fue disuelta y sus funciones fueron atribuidas al Ministerio de Salud (MINSAL) y sus entidades dependientes, el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA); constituyendo estos organismos el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) (Becerril-Montekio y Manuel, 2011). Poco tiempo después, en 1981, se crean las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) para permitir un papel más activo del sector privado en el financiamiento de la salud (Titelman, 1999). De ese modo, se dio forma a la composición dual actual que tiene el sistema de salud chileno, el cual tiene como ente rector al Ministerio de Salud y como ente regulador a la Superintendencia de Salud, y es financiado por las contribuciones obligatorias por parte de los trabajadores (un 7% de la remuneración) así como por recursos provenientes del presupuesto nacional, primas de seguro, aportaciones de las empresas privadas empleadoras, copagos o pagos de bolsillo, dependiendo de cada subsector (Observatorio Chileno de Salud Pública, 2014).

⁴ Modelo de sistema de salud a través de “fondos de la enfermedad”, financiados por contribuciones de los trabajadores como porcentaje de su remuneración (Wallace, 2013).

2.2.1 Subsector público

Está conformado tanto por los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como entidad encargada de la recaudación, administración y distribución de los recursos públicos funcionando, al mismo tiempo, como entidad de seguridad social a cargo de la atención de sus asegurados, siendo estos el 78% de la población a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social, 2018a).

FONASA funciona como un sistema tradicional de seguridad social en el que se realiza una redistribución de los recursos bajo la cual los beneficios otorgados a un asegurado no están ligados necesariamente a su nivel de contribución debido a que incorpora mecanismos de redistribución del ingreso de los sectores con mayores ingresos hacia los más pobres, aplicando el principio de solidaridad típico de los servicios de seguridad social (Titelman, 1999), y clasifica a sus beneficiarios en cuatro categorías, desde A hasta D, dependiendo del nivel de ingresos y la cantidad de dependientes que tenga el asegurado. Cada una de esas categorías tiene su propio esquema de prestaciones y porcentajes de copago. La atención médica en este subsector es provista por los Servicios de Salud (29 a nivel nacional, a cargo del SNSS), cada uno con una red asistencial de establecimientos y niveles de atención que se organizan de acuerdo a su cobertura poblacional y complejidad asistencial, así como por una red de proveedores privados a los cuales los beneficiarios de las categorías B, C y D pueden acceder, con un copago, bajo la modalidad de libre elección (Observatorio Chileno de Salud Pública, 2014). Otras instituciones de salud presentes en el subsector público son el Instituto de Salud Pública (ISP), encargado de la investigación científica y técnica respecto a la salud pública en Chile (ISP, 2018); y la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), con la función de asegurar la disponibilidad de medicamentos, alimentos, insumos y equipamiento a la Red de Salud (CENABAST, 2018).

Como fue mencionado previamente, el financiamiento del sistema de salud chileno se basa en contribuciones obligatorias de los asegurados, pudiendo estos escoger a qué subsector desean pertenecer. En el caso del FONASA, su financiamiento proviene tanto de las contribuciones de los trabajadores que optaron por aportar a dicho sistema, así como de impuestos generales (Titelman, 1999).

Existen otros sistemas de aseguramiento en salud dentro del sistema público de salud chileno. Entre ellas están la Caja de Previsión de la Defensa Nacional de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA) y de Carabineros (DIPRECA), que otorgan cobertura a un 2,4% de la población, los pertenecientes a dichas ramas y sus dependientes. La atención médica es realizada en los centros asistenciales de las Fuerzas Armadas y de Orden los cuales, si bien son considerados públicos, tienen beneficiarios específicos y están abiertas al mercado de la atención en salud (Observatorio Chileno de Salud Pública, 2014).

2.2.2 Subsector privado

El subsector privado de salud está conformado por las Isapres, empresas aseguradoras privadas que reciben cuotas obligatorias de los trabajadores (generalmente los de mayores ingresos o que tienen algún contrato colectivo dentro de su empresa), brindan cobertura a, aproximadamente, un 14,4% de la población (Ministerio de Desarrollo Social, 2018a) y se clasifican en Isapres abiertas, para las cuales la afiliación y los planes de salud son de oferta pública, e Isapres cerradas, las cuales brindan prestaciones a trabajadores de una determinada empresa o institución (Superintendencia de Salud, 2018). La atención médica en este subsector es provista a través de proveedores privados como clínicas, laboratorios de análisis clínicos, centros de imagenología y otros centros de apoyo diagnóstico o terapéutico. No obstante, los afiliados a las Isapres también pueden hacer uso de los hospitales y clínicas públicas pertenecientes al SNS, previo pago de un copago con base en el nivel de ingreso del paciente (Boslaugh, 2013; Observatorio Chileno de Salud Pública, 2014).

Así como el subsector público, el subsector privado también recibe el 7% de las remuneraciones de aquellos trabajadores que escogieron acogerse al aseguramiento en salud por alguna Isapre. No obstante, a diferencia del FONASA, las Isapres ofrecen aseguramiento en base a un contrato, celebrado con el asegurado, basado en un plan en el que se determina el grado de cobertura y tipos de beneficios para el suscriptor tanto individual como para sus cargas familiares, siendo estos beneficios variables dependiendo de factores como la prima de seguro pagada, la edad, sexo y riesgo médico del asegurado (Titelman, 1999); provocando que se incurra en prácticas de selección de riesgos en la admisión de asegurados (Cid, 2011).

Otro esquema de aseguramiento dentro del subsector privado es el relacionado a la salud y seguridad laboral, financiada con cotizaciones obligatorias de cargo de los empleadores, monto que es recaudado y administrado por las Mutuales de Seguridad y el Instituto de Seguridad Laboral, dependiendo de con cuál de ellas se encuentra afiliado el empleador. Este seguro permite el pago de indemnizaciones y pensiones por invalidez y la prestación de atención médica en caso de accidentes laborales (Observatorio Chileno de Salud Pública, 2014).

De esta manera, los principales actores, en ambos subsectores, y las funciones que cumplen dentro del sistema de salud en Chile se encuentran resumidos en la Tabla N°3:

Tabla N°3. Esquema del sistema de salud en Chile y sus principales entidades, según función y sector

Función	Sector estatal o público	Sector privado
Rol rector	- Estado (Ministerio de Salud)	
Rol regulador	- Estado (Ministerio de Salud) - Superintendencia de Salud	
Financiamiento	- Estado - Cotización de trabajadores - Co-pago por bienes y servicios	- Empresas privadas - Cotización de trabajadores - Co-pago por bienes y servicios - Pago de bolsillo
Aseguramiento	- FONASA - Cajas de previsión de Fuerzas Armadas y de Orden - Otros seguros públicos	- ISAPRE - Mutuales de Empleadores - Seguros específicos (escolares, transporte)
Centro de provisión de servicios asistenciales	- Hospitales del SNSS - Hospitales de Fuerzas Armadas y otros estatales - Centros de atención ambulatoria del SNSS (incluye administración municipal).	- Hospitales y clínicas - Centros ambulatorios - Laboratorios - Centros de imagenología - Otros centros de apoyo diagnóstico o terapéutico

Fuente: Observatorio Chileno de Salud Pública (2014). Adaptado de Gattini et al (2010) Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Oficina de OPS/OMS en Chile, Santiago: 2011

2.2.3 Reformas en la salud pública chilena durante las últimas tres décadas

Tras el retorno a la democracia en el año 1990, los gobiernos que ocuparon la Presidencia de la República tuvieron un papel importante en el desarrollo de políticas sociales, incluyendo una mayor inversión en salud, aumentando el gasto público en este rubro un 166% entre 1990 y 2000 (Observatorio Chileno de Salud Pública, 2014) siendo las prioridades la inversión en infraestructura, equipamiento médico, el aumento de los salarios de los trabajadores del sector así como la creación de nuevas posiciones. Entre las reformas llevadas a cabo en este periodo destacan la mejora de procedimientos de referencia, introducción de nuevos programas y aumento de presupuesto y de capacidad resolutoria para la atención primaria. En relación a las Isapres, se creó la Superintendencia de ISAPRES – entidad dedicada a la supervisión de estas empresas –, se transfirió a cada trabajador la propiedad de su contribución anual no utilizada y se eliminó el subsidio público de 2% para dichas instituciones (Missoni y Solimano, 2010).

Adicionalmente, desde el año 2005, existe un programa integral de salud, conocido como Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), que garantiza acceso a tratamientos oportunos, de calidad y con protección financiera para 80 patologías o problemas de salud, siendo las atenciones las mismas para los beneficiarios del subsector público como a los del subsector privado y extensivas a toda la población chilena y extranjera residente en el territorio nacional. Las Garantías Explícitas incluidas en dicho régimen son las de Acceso, referida a la garantía de recibir atención médica; de Calidad, que indica que la atención médica debe ser otorgada por un prestador registrado o acreditado, bajo estándares y guías clínicas establecidas por la Autoridad Sanitaria; de Oportunidad, determinando un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones debidas para la patología; y de Protección Financiera, la cual garantiza el financiamiento del plan de salud a fin de que todas las personas puedan acceder a dichas prestaciones independiente de su nivel de ingresos (FONASA, 2018; Observatorio Chileno de Salud Pública, 2014). Esta y otras acciones dentro de la reforma fueron llevadas a cabo buscando reducir los niveles de inequidad existentes en la distribución de la salud en el país.

2.3 Equidad

Bajo el punto de vista de la filosofía política, el concepto de equidad en salud es un eje central para el entendimiento de la justicia en la sociedad (Sen, 2002). Al hablar de justicia como un concepto político, Rawls (1985) considera a la sociedad como un sistema justo de cooperación social entre personas iguales y libres, bajo el cual cada persona tiene igual derecho a un esquema adecuado de derechos básicos y libertades iguales, dentro del cual las desigualdades sociales y económicas deben ser para el mayor beneficio de los miembros menos favorecidos de la sociedad. Por su parte, Sen (2002) indica que, dentro del entendimiento de lo que es la justicia, se encuentra la equidad en el logro y distribución de la salud, al encontrarse ésta dentro de las más importantes y más valoradas condiciones de la vida humana. Agrega el mismo autor que, siendo un concepto multidimensional, la equidad en salud no debe preocuparse solo en la distribución de atención médica sino de la justicia en los procesos y la no discriminación al momento de entregar servicios de salud. Culyer y Wagstaff (1993), al preguntarse qué se entiende por una distribución justa de salud, señalan que el concepto de “buena salud” es necesario para un individuo en tanto le permite desarrollarse como ser humano y que en ello radica la justificación ética de preocuparse por la distribución de atención médica.

En la literatura económica, el término equidad es usualmente utilizado para referirse a la justicia en la distribución de un bien, como la salud (Williams y Cookson, 2000). En el contexto específico de salud, el alcance de equidad – en términos de asegurar el acceso a servicios de salud independientemente del nivel socioeconómico – es una de las metas de los sistemas de salud de países de altos ingresos (Allin, Grignon, y Le Grand, 2010). Al respecto, existen diversas definiciones de lo que representa la equidad en salud: La Sociedad Internacional de Equidad en Salud define equidad en salud como “un valor ético, inherentemente normativo, basado en el principio de justicia distributiva y en línea con los principios de derechos humanos” (International Society for Equity in Health, 2018). Según la Organización Mundial de la Salud, se entiende por inequidad en salud como las “diferencias [en estado de salud] que no solo son innecesarias y evitables sino, además, son consideradas injustas” (OMS, 2018d). Una definición relacionada a esta se refiere a la equidad en salud como ausencia de diferencias sistemáticas en salud entre los grupos sociales más y menos favorecidos, siendo un concepto basado en los principios de justicia distributiva y relacionado con los derechos humanos (Braveman y Gruskin, 2003), mientras que Andersen,

McCutcheon, Aday, Chiu y Bell (1983) señalan que existe inequidad cuando la raza, nivel de ingresos o nivel de cobertura de seguro de una persona, entre otros aspectos, son predictores importantes de acceso a la salud. El término equidad puede ser subdividido en equidad horizontal – utilizado para describir una situación en que no hay diferencias en los servicios de salud ante necesidades de salud iguales – y equidad vertical, referido a la prestación de un mayor nivel de atención médica cuando existe una mayor necesidad en salud (Starfield, 2001).

La equidad es un objetivo importante al momento de desarrollar políticas públicas en el campo de la salud (Culyer y Wagstaff, 1993). La importancia de analizar el nivel de equidad en salud radica en la necesidad imperiosa de tomar en serio las brechas de atención médica entre distintos grupos sociales para poder diseñar políticas públicas eficientes y efectivas (Whitehead, 1992). Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud considera que la mayor parte de las inequidades en salud son explicadas por los determinantes sociales de la salud, los cuales son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2018a). Con base en ello, dicha organización creó, en el año 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el objetivo de “recabar pruebas fehacientes sobre posibles medidas e intervenciones que permitan fomentar la equidad sanitaria y promover un movimiento mundial para alcanzar ese objetivo” y cuyo informe final tuvo tres recomendaciones principales: Mejorar las condiciones de vida de la población, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008).

En el caso específico de Chile, a partir del retorno a la democracia en el año 1990, hubo un cambio de paradigma en el sistema de salud pasando de un punto de vista liberal, dentro del cual el principio de propiedad se antepone al de equidad, hacia un punto de vista igualitario que busca reducir las inequidades en salud a través de la mejora en la salud de los grupos menos favorecidos (Burrows, 2008). Bajo esa óptica, los distintos gobiernos en Chile han realizado acciones conducentes a revertir la situación de alta inequidad en salud, promoviendo la inclusión explícita de dicho objetivo en la reforma de salud y siendo uno de los primeros en América Latina en atender su relevancia para la salud de la población (Ministerio de Salud de Chile, 2011). Entre dichas acciones, consideradas en la reforma del sector salud, se incluye la ampliación del acceso efectivo al sistema y cobertura de la

población, el aumento del gasto público en salud, la garantía de atención gratuita para pobres y con subsidio para personas de bajos ingresos, la creación del Fondo de Compensación Solidario para reducir la selección adversa llevada a cabo por las Isapres, entre otras acciones. Asimismo, se ha desarrollado la garantía de atención médica y cobertura financiera para las patologías con mayor mortalidad y riesgo de discapacidad incluidas en el ex plan AUGE (ahora GES), independientemente del ingreso, edad, género y riesgo del paciente en concordancia con el principio de equidad vertical. Todas estas reformas han permitido un mayor acceso general de la población a la atención médica, siendo los grupos menos favorecidos (como los pobres, las mujeres, las minorías étnicas y los habitantes de las regiones) los más beneficiados con ellas (Mesa-Lago, 2008). Complementariamente, en el año 2006, se creó el programa Chile Crece Contigo, destinado a proveer a todos los niños y niñas acceso a beneficios y servicios universales que se hagan cargo de sus necesidades y apoyen su desarrollo en cada etapa de la vida (Vega, 2011). En lo que respecta a los determinantes sociales de salud, el gobierno chileno tomó las recomendaciones de del informe elaborado por la OMS al respecto creando, en 2008, la Secretaría Ejecutiva de Determinantes Sociales en Salud, como parte de la Subsecretaría de Salud Pública, que estuvo activa hasta 2010. Dicha entidad tuvo en su agenda los objetivos de contribuir a la reducción de las desigualdades sociales que generan inequidad en salud, implementar acciones de inclusión social para grupos y territorios excluidos, desarrollar competencias en equidad y determinantes sociales en salud dentro del Ministerio de Salud, entre otros que sirvieron para el despliegue de programas como “Chile Barrio”, “Chile Solidario” y “Barrios Vulnerables” (Vega, 2011). Actualmente, la Estrategia Nacional de Salud Para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 del Ministerio de Salud (2011) busca enfrentar las inequidades existentes y considera este aspecto de forma explícita en el objetivo estratégico "Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud". El análisis subyacente a dicho objetivo toma en cuenta seis factores determinantes de inequidades en salud: nivel socioeconómico, zona geográfica, pertenencia a pueblos indígenas, género, trabajo y condiciones de empleo, y pertenencia a otras poblaciones de interés, como inmigrantes. Dicha estrategia incluye el desarrollo de programas como el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, los programas de atención a inmigrantes en situación de vulnerabilidad, la asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad geográfica, entre otras acciones destinadas a procurar un acceso equitativo a los servicios de salud entre los distintos grupos poblacionales de la sociedad chilena.

2.4 Acceso a la salud

El acceso a la salud es un concepto con cierta dificultad para ser tanto definido como medido operacionalmente (Khan y Bhardwaj, 1994). Wyszewianski y Donabedian (1981) señalan que una de las primeras definiciones del término es la expresada por Lee y Jones (1933) quienes, si bien no mencionan explícitamente el concepto de "acceso", indican, al hablar del concepto de buena atención médica, que "la medicina no cumple su función de forma adecuada mientras no esté al alcance de todos los individuos" y que una buena atención médica implica que todos los servicios médicos puedan ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas. Posteriormente, la utilización de servicios médicos ha sido comúnmente asumida como variable proxy para definir el acceso a la salud (Levesque, Harris, y Russell, 2013). Aday y Andersen (1974) relacionan el acceso con la entrada real al sistema de salud, definiéndola como los procesos involucrados en ganar entrada al sistema, tales como tiempos de traslado y de espera. Asimismo, añaden que la prueba de acceso a la salud no es la disponibilidad de servicios y recursos, sino si estos son realmente utilizados por la gente que los necesita. Donabedian (1972) propone un concepto similar al considerar como prueba de acceso al uso de servicios de salud, dividido en dos componentes: el inicio de tratamiento médico y la continuación de este, cada uno con factores propios que incentivan o impiden su uso. De esta forma, dicho autor indica que el acceso implica facilitar la entrada al sistema en el mayor grado posible y que la continuación del servicio o tratamiento esté sujeta al potencial de mejora de la salud, debido a la escasez de recursos destinados a ella. Por su parte, Mooney (1983) considera que dicha definición confunde acceso con recepción de tratamiento y sugiere que dicho concepto sea definido en términos de las oportunidades abiertas a los individuos, independientemente de si algunos hacen uso del sistema de salud y otros no (Culyer y Wagstaff, 1993). Similar es el concepto de acceso de Levesque, Harris y Russell (2013) definiéndolo como la oportunidad de alcanzar y obtener cuidados médicos apropiados en situaciones de necesidad por dicha atención. Khan y Bhardwaj (1994) consideran que la utilización es uno de los términos que definen el acceso a la salud, denominándolo "acceso realizado", y lo diferencia del "acceso potencial" como llama a la disponibilidad de servicios que puedan significar entrada al sistema de salud. Bajo un enfoque similar están Allin et al (2007) quienes sostienen que el acceso se refiere a las oportunidades que se tiene de utilizar los servicios de salud, mientras que la utilización es la manifestación de esas oportunidades; originándose la distinción entre "tener acceso" y "ganar acceso". Por

otro lado, Olsen y Rogers (1991) sugieren que el acceso está representado por el máximo consumo alcanzable que un individuo puede tener, considerando su presupuesto y el costo de la atención médica.

En la literatura, distintos modelos han sido utilizados para el estudio del acceso a la salud (Levesque et al., 2013). Salkever (1976) estudia el acceso a la atención médica (considerándola como utilización de servicios preventivos de salud) enfocándose en dos aspectos principales: la accesibilidad financiera - determinada por la capacidad del individuo de pagar por los costos de atención - y la accesibilidad física, dada por los costos de transporte, tiempo y búsqueda incurridos en la obtención de atención médica. Por otra parte, Penchansky y Thomas (1981), al definir el acceso como el grado de ajuste entre los clientes o pacientes y el sistema de salud, proponen una serie de dimensiones incluidas en dicho concepto: Disponibilidad adecuada de servicios profesionales, instalaciones médicas y programas para las necesidades de la población; accesibilidad, vista como la relación entre la ubicación de los proveedores de salud y los clientes; acomodación, vista como la habilidad de los clientes para acomodarse a la manera en que se proveen y organizan los servicios de salud; asequibilidad o capacidad de pago de los clientes por los servicios médicos; y aceptabilidad, determinada por la percepción de las prestaciones por parte de los pacientes y proveedores e influenciada por atributos como factores demográficos, sociales, culturales o religiosos. Dichas dimensiones tienen similitud a aquellas planteadas por Tanahashi (1978) quien formula un marco de referencia para evaluar la cobertura (entendida como el grado de interacción entre los servicios prestados y la población hacia la cual están destinados dichos servicios) a través de cinco niveles, cada uno de los cuales involucra la realización de una condición importante para la provisión del servicio: Disponibilidad de los recursos necesarios para la prestación de la atención médica, accesibilidad geográfica de los mismos, aceptabilidad de la población de dichos servicios (en términos de costo, diferencias culturales, entre otros motivos), contacto real o utilización del servicio por parte de la población objetivo, y cobertura efectiva, que incluye aquella provisión de servicios considerados como satisfactorios bajo ciertos criterios. Otro marco de estudio del acceso a la salud es el análisis de la interrelación de cinco elementos presentes en un sistema de salud: la política de salud llevada a cabo por la autoridad correspondiente, las características en la entrega de servicios de salud (específicamente, sus recursos y organización interna), las características de la población en riesgo (que incluye la propensión a usar servicios médicos según características demográficas, los medios que tienen a mano para hacer uso de aquellos y el nivel sanitario

de dicha población), utilización de los servicios de atención médica (según tipo de atención, lugar, propósito e intervalos de tiempo de la atención) y la satisfacción del usuario, tanto por la cantidad como por la calidad de atención médica recibida (Aday y Andersen, 1974).

El acceso a la salud es frecuentemente visto bajo un enfoque de equidad en la medida en que “un acceso equitativo a la atención disponible para necesidades equivalentes implica igual derecho a los servicios disponibles para todos, una distribución equitativa en todo el país basada en las necesidades de atención médica y la facilidad de acceso en cada área geográfica, así como la eliminación de otras barreras de acceso” (Whitehead, 1992). Existen diversas formas de analizar la equidad en el acceso a la salud: Wyszewianski y Donabedian (1981), al estudiar la equidad en la distribución de calidad en la atención médica, desarrollan un modelo que clasifica las inequidades en estructurales (analizando la cantidad de atenciones en base a las necesidades y que dichas atenciones médicas hayan sido prestadas por fuentes o proveedores apropiados u óptimos), de procesos (si un grupo recibió atención de menor calidad que otro, teniendo necesidades similares), y de resultado (que evalúa si todos los grupos muestran una proporción similar de resultados positivos o negativos, atribuibles a la atención recibida). Culyer y Wagstaff (1993), por su parte, señalan que el criterio principal para evaluar la equidad en la distribución de salud es la igualdad en salud debido a que, en tanto la salud es necesaria para el "florecimiento" o desarrollo como ser humano, un bien último, y como no parece existir alguna razón éticamente aceptable para preferir que unos "florezcan" más que otros, entonces todas las desigualdades en salud deben ser removidas (Culyer, 2015). Por otro lado, Aday y Andersen (1981) indican que existe equidad en el acceso a la salud cuando los servicios “son distribuidos en base a la necesidad que la gente tiene por ellos, y que existe inequidad si los servicios son distribuidos con base en variables demográficas como raza, ingreso familiar o lugar de residencia, en lugar de ser distribuidos en base a necesidad.”

Para el presente estudio, se tomará como referencia el modelo desarrollado por Aday y Andersen (1974) para el estudio del acceso a la salud. Este marco conceptual multidimensional implica la recolección de información de los conceptos más relevantes dentro de cada dimensión, el análisis de las interrelaciones y la posterior generación de indicadores que permitan evaluar el nivel de acceso a la salud. Esto permitirá identificar si la entrada al sistema de salud de un individuo se ve afectada por la presencia de barreras tanto de carácter financiero, como de tipo psicológico, informacional, social, cultural, organizacional,

entre otras; o si el principal factor que determina el acceso al sistema de salud es la necesidad por servicios de salud que los individuos puedan tener.

2.5 Necesidad de salud

La necesidad de salud es un concepto con cierta complejidad para definir y medir (Allin et al., 2010). Donabedian (1973) define necesidad como "alguna alteración en la salud y el bienestar" del individuo y agrega que dicha necesidad debe estar definida en términos de fenómenos que requieran atención médica. Acheson (1978), a su vez, divide el concepto de necesidad de salud en dos enfoques: el humanitario, basado en el concepto de Donabedian, que indica que se debe realizar algún tipo de procedimiento ante cualquier "sufrimiento humano"; y el realista, que indica que la necesidad solo debe ser reconocida y atendida cuando existen técnicas médicas que tengan utilidad positiva y alteren el pronóstico de dicha enfermedad de manera positiva bajo un costo razonable. Culyer y Wagstaff (1993), por su parte, señalan que, en la literatura, es frecuente que se defina necesidad como "presencia de mala salud". Sin embargo, añaden que es difícil asegurar que alguien enfermo pueda necesitar atención médica, a pesar de la habilidad de esta para mejorar el estado de salud de la persona. Debido a esto, se añade la condición de que, para que una necesidad exista, debe existir una capacidad esperada de beneficios obtenida del consumo de recursos de salud, dado que un individuo puede necesitar el uso de servicios de salud sin estar enfermo (medicina preventiva) o estar enfermo y no necesitar atención médica cuando la medicina no es efectiva (Culyer y Wagstaff, 1992). No obstante, continúan los autores, si bien representa un avance respecto al concepto inicial de "mala salud", la "capacidad de beneficiarse" no responde a la pregunta de cuánta atención médica necesita un individuo, sino que esto depende de la relación entre los gastos en atención médica y su resultado. De esta forma, sugiere que la necesidad está mejor definida no solamente en términos de capacidad de beneficiarse sino en términos del monto de gasto requerido para lograr la máxima mejora posible en salud o para reducir la capacidad individual de beneficio a cero (Culyer y Wagstaff, 1993).

Por su parte, Allin, Grignon y Le Grand (2010) se basan en esto para desarrollar el concepto de "necesidad no satisfecha", la cual se origina cuando un individuo no recibe un tratamiento disponible y efectivo que pudo haber mejorado su estado de salud. Dentro de dicho análisis, una de las mayores preocupaciones es identificar si tal necesidad no satisfecha

implica diferencias inevitables o está relacionada a características socioeconómicas, demográficas u otras de tipo personal, reflejadas en las distintas barreras de acceso a la salud.

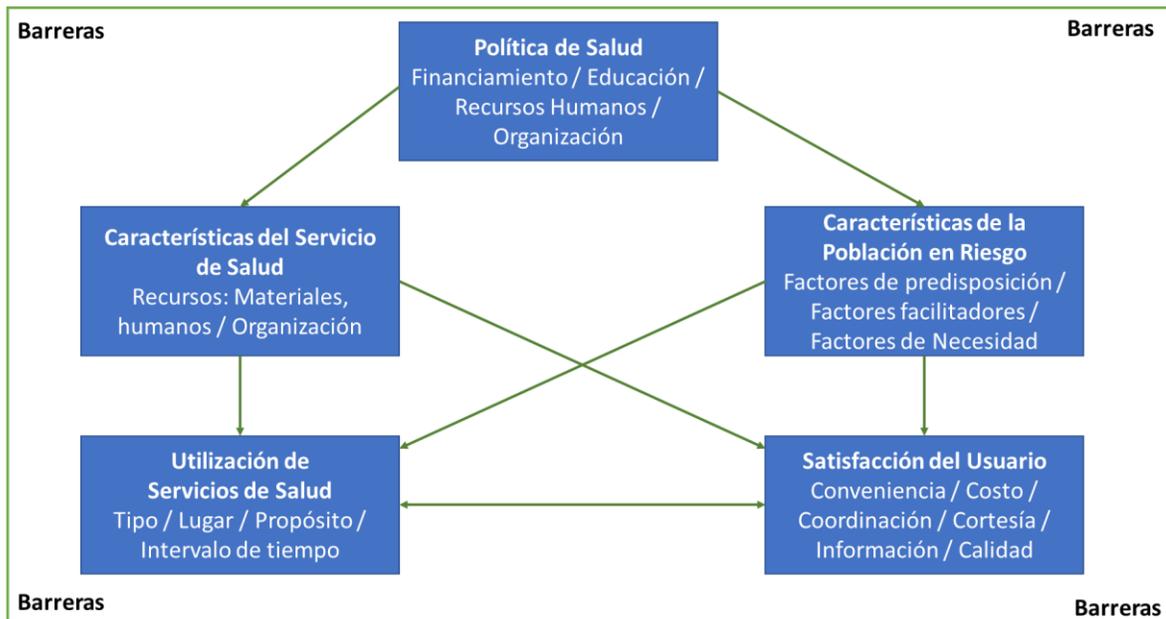
2.6 Barreras de acceso a la salud

Diversos autores han analizado los distintos tipos de barreras de acceso a la salud existentes y han trabajado clasificaciones en base a ello. Ensor (2004) clasifica las barreras de acceso a servicios médicos en aquellas originadas por el lado de la demanda – los usuarios de los servicios – o por el lado de la oferta – el sistema y los prestadores de salud –. Las barreras provenientes de la demanda incluyen el nivel de información que manejan los usuarios respecto a opciones o proveedores de atención médica, el nivel educativo, los costos indirectos del consumidor (como costos de distancia y de oportunidad), las preferencias del hogar, las preferencias culturales y de la comunidad y el precio y disponibilidad de productos sustitutos. Por otro lado, las barreras provenientes de la oferta están conformadas por la cantidad y calidad de personal de atención médica, el precio y la calidad de los medicamentos y otros artículos de consumo, la tecnología disponible para el trato de las enfermedades y la eficiencia de la gerencia y el personal. Por su parte, Peters et al (2008) analizan las barreras presentes en países en vías de desarrollo mediante un marco de referencia de cuatro dimensiones: Acceso geográfico (relacionado a las distancias y tiempos de traslado, estado de carreteras y medios de transporte que ayuden a los individuos a llegar a los establecimientos de salud), disponibilidad (determinada por los horarios de atención, tiempos de espera, presencia o ausencia de personal de salud, entre otros aspectos), accesibilidad financiera (referida a las formas en que se financia el sistema de salud, por ejemplo a través de pagos directos de bolsillo que tienen un mayor impacto en las poblaciones más pobres) y aceptabilidad, referida a que los servicios médicos deben estar acorde a las normas culturales y sociales prevalentes. Jacobs, Ir, Bigdeli, Annear y Van Damme (2012) toman las clasificaciones de barreras tanto de Peters como de Ensor en un solo marco de referencia que busca evaluar el impacto de las intervenciones de la autoridad sanitaria, tanto de naturaleza monetaria como no monetaria, con el objetivo de reducir el impacto de las distintas barreras al acceso a los servicios de salud en países de bajos ingresos. El Instituto de Medicina de Estados Unidos, al analizar el acceso a la atención médica en dicho país, identificó tres tipos de barreras: aquellas de tipo estructural – impedimentos relacionados con el número, tipo, concentración, localización o configuración organizacional de los proveedores de servicios médicos –, las barreras financieras – que restringen el acceso a pacientes sin la capacidad

de pago por los servicios o que desalientan a los médicos y hospitales a aceptar pacientes con medios limitados – y las barreras personales y culturales que inhiben a la gente de buscar atención médica o, si la obtuvieron, de seguir las recomendaciones y el tratamiento indicado (Staff y Millman, 1993). En el contexto latinoamericano, se ha analizado, con base en encuestas, la presencia de barreras de acceso en los distintos niveles del proceso de búsqueda de atención médica en Colombia y Brasil, siendo estas: barreras a la búsqueda de atención médica en general y en el sistema de salud nacional, barreras a la entrega de atención médica, problemas con los tiempos de espera por atención médica, pagos, distancias y otras razones por las cuales no pudo solucionarse el problema de salud del individuo; siendo variables los resultados según las características de cada sistema de salud (García-Subirats et al., 2014). Por otro lado, la presencia de barreras de acceso a la salud se relaciona con el concepto, visto anteriormente, de "necesidad insatisfecha", referido a cuando un individuo no recibe un tratamiento disponible y efectivo que pudo haber mejorado su nivel de salud. Allí, Grignon y Le Grand (2010) clasifican las necesidades insatisfechas en salud en cinco categorías: Necesidades insatisfechas no percibidas por el individuo, necesidades no satisfechas para las que el individuo escoge no recibir un tratamiento disponible, necesidades no satisfechas debido a barreras fuera del control del individuo (distancia, cobertura financiera, entre otros), necesidades no satisfechas validadas por un experto de la salud y expectativas no satisfechas respecto al tratamiento médico recibido.

El modelo de Aday y Andersen (1974) incluye un marco de referencia para el estudio de las variables relevantes para el acceso a la salud a través de cinco componentes que explican el acceso: la política de salud, las características de la población, las características del servicio de salud, la utilización de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios. Para el presente estudio, dicho modelo será utilizado para identificar las distintas barreras que una población puede enfrentar, las cuales pueden provenir de alguna de las cinco dimensiones incluidas en el marco de referencia de los autores. La Figura N°2 muestra una representación del marco de referencia de acceso a los servicios de salud que se utilizará.

Figura N°2: Representación del marco de referencia para el estudio del acceso a la salud



Fuente: Adaptación de Núñez (2018) al modelo desarrollado por Aday y Andersen (1974)

Así, mediante la aplicación de una encuesta (cuyas preguntas fueron formuladas para indagar en el acceso de las comunidades respecto a cada dimensión) en la población objetivo, se buscará identificar las barreras al acceso presente en cada una de las comunidades consultadas. De esta manera, para este ejercicio particular, la idea es que cada comunidad determine lo que, para ella, constituye una barrera, siendo las demandas de las comunidades las que permiten la identificación de barreras de acceso, así como la posterior evaluación de su importancia e implicancias, para, finalmente, determinar la disposición de superarlas por parte de cada comunidad (Núñez, 2018).

2.7 Demandas comunitarias

Varios autores han señalado que el concepto de equidad en atención médica debe estar unido a un énfasis en el pensamiento comunitario (Black y Mooney, 2002). El comunitarismo, en contraposición a las teorías que hacen énfasis en el individuo como centro, enfatiza la importancia de la sociedad en articular el bien y analizan los maneras en que esas distintas concepciones del “bien” se forman, transmiten, justifican y se hacen cumplir (Etzioni, 2014). La visión comunitarista busca crear una sociedad “buena” que promueva y equilibre

las virtudes sociales de la comunidad con los derechos individuales y se relaciona con la atención médica en que las comunidades pueden representar una forma factible de alcanzar equidad vertical, particularmente para las comunidades menos favorecidas (Black y Mooney, 2002). Actualmente, el foco en atención médica está puesto en los médicos y profesionales de la salud, en detrimento de las comunidades, a pesar de que estas han sido, tradicionalmente, las encargadas de brindar atención médica dentro de ellas (Black y Mooney, 2002). Teniendo esto en cuenta, los comunitaristas proponen el restablecimiento del control de la comunidad en lo que respecta a atención médica, sin que esto signifique una disminución en el papel del Estado sino un mayor involucramiento de la comunidad en la toma de decisiones (Black y Mooney, 2002). De esta forma, las demandas comunitarias consisten en la participación que tiene la comunidad en el establecimiento de reglas de elección social con respecto a la gobernanza de la atención médica y para determinar qué quiere ella de su servicio de salud (G. Mooney, 1998). Al existir distintos conceptos de salud y de atención médica entre las diversas comunidades, es necesario que estos conceptos sean reconocidos por las autoridades y los encargados del diseño de políticas públicas y, en ese contexto, las demandas comunitarias permiten señalar las opiniones de una comunidad sobre lo que representa el concepto de “acceso a servicios de salud”, así como las barreras que están relacionadas a ello, y conforman una base ética para la distribución de recursos y generación de políticas dentro del sistema de salud (Black y Mooney, 2002).

Para el presente estudio, las opiniones de las comunidades, recogidas a través de las encuestas que forman parte del proyecto, representan el insumo para la identificación de las barreras al acceso que tienen mayor impacto en cada comunidad. Y, para un óptimo monitoreo tanto del acceso a la salud como del estado de los factores que tienen incidencia en él, es sugerido el uso de sistemas de indicadores que vigilen el comportamiento de aquellas variables que expliquen el acceso a la salud visto a través de sus distintas dimensiones.

2.8 Indicadores para monitoreo de acceso a la atención médica

En el contexto de salud pública, los sistemas de medición de desempeño son usados para la mejora de los programas de salud mediante el monitoreo de la implementación y los resultados de estos así como para la asignación de responsabilidades (DeGroff, Schooley, Chapel, y Poister, 2010). Dentro de estos sistemas de medición de desempeño, los

indicadores – los cuales son medidas concisas que describen aspectos relevantes de un sistema y que permiten las comparaciones en el tiempo y con otros sistemas (Frenz et al., 2013) – son una pieza clave. De esta forma, los indicadores dentro de un sistema de salud tienen tres roles clave: el entendimiento del funcionamiento del sistema, el monitoreo del desempeño respecto a un estándar establecido y la rendición de cuentas hacia los pacientes, el gobierno y los aportantes (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2017). Asimismo, la OMS considera que el uso de indicadores dentro de un sistema de salud es de vital importancia para este dado que permite monitorear los resultados de salud, los servicios integrales de salud, las inequidades y los determinantes sociales de la salud y estos datos deben, preferentemente, estar desagregados para facilitar el monitoreo de los avances en torno a la equidad (Organización Panamericana de la Salud, 2014). No obstante, este ejercicio enfrenta importantes retos debido a la complejidad de los problemas referentes a salud pública, los cuales implican dificultad para observar resultados o que estos sean atribuidos a un programa determinado. Dentro de estas dificultades se incluye que los resultados concernientes a salud pública pueden involucrar plazos muy largos para ser observables y medibles o involucrar conceptos muy abstractos como calidad de vida, con elevada dificultad de medición (U. S. Government Accountability Office, 2004). E, incluso si se diseña un sistema de indicadores, es de vital importancia tener acceso a fuentes de información precisa para poder generarlos, así como la capacidad de recolectar, analizar y emitir reportes de manera puntual (DeGroff et al., 2010). De esta forma, los criterios que idealmente debiera tener un indicador son: relevancia (que mida un aspecto importante para los objetivos del sistema), validez (que realmente mida la dimensión que pretende medir), disponibilidad (que se tenga la información necesaria para su cálculo) y sencillez de cálculo e interpretación (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2017) .

En lo referente a medición de acceso a la salud, el uso de sistemas de indicadores para la medición y monitoreo de dicho nivel de acceso permite movilizar presiones sociopolíticas para elevar los niveles generales de salud de la población, proveer alcances sobre qué tan bien está siendo aplicado el conocimiento médico en una población dada y ofrecen una forma de rastrear cuán bien una sociedad está cumpliendo con sus responsabilidades para la organización y prestación de servicios de salud (Elinson, 1974). No obstante, el acceso a la salud es un concepto complejo de política en salud y su medición representa un reto para los investigadores del área (Levesque et al., 2013), por lo que distintos sistemas de indicadores de monitoreo de acceso han sido diseñados tomando en cuenta las

distintas aproximaciones que diversos autores manejan sobre el acceso a la salud. Andersen, McCutcheon, Aday, Chiu y Bell (1983), al sostener que el acceso es un concepto multidimensional, proponen que este sea medido tomando en cuenta los niveles de acceso potencial (las características de la población y del sistema de salud que pueden actuar como facilitadores o barreras al acceso) y acceso real, que muestra el paso real del usuario por el sistema mediante la utilización de servicios y la satisfacción con estos. No obstante, en la práctica, para el proceso de la generación de indicadores para monitoreo de acceso, se suele considerar a la utilización de servicios de salud como elemento explicativo principal del acceso a la atención médica; habiendo sido este concepto aplicado para la realidad argentina (Peranovich, 2017), mexicana (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014), brasilera (Figueroa Pedraza y Cavalcanti Costa, 2014), y estadounidense (Staff y Millman, 1993), entre otras. Sin embargo, la simple medición de acceso como utilización no es totalmente satisfactoria dado que también es importante saber si la persona que recibió el servicio realmente lo necesitaba (Xu, Saksena, y Evans, 2010). De esta manera, el concepto de necesidad es incluido como una condición para la utilización, metodología que es aplicada para analizar la equidad en el acceso a la salud en el contexto de la seguridad social ecuatoriana (Waters, 2000). Este enfoque también fue utilizado para estudiar los niveles de inequidad horizontal en 21 países pertenecientes a la OCDE comparando la distribución real observada de la atención médica por nivel de ingresos con la distribución de la necesidad (van Doorslaer y Masseria, 2004) así como en Australia (Van Doorslaer, Clarke, Savage, y Hall, 2008). De esta forma, el uso de indicadores para monitoreo del acceso a la salud varía entre las distintas realidades dado que, para cada estudio, país o sistema de salud, la elaboración de indicadores de medición de acceso depende de los elementos relativos a este (como cobertura de aseguramiento, distancias recorridas para atención, utilización de servicios, entre otros) que requieran mayor atención en cada contexto particular, así como de la capacidad que se tenga para la recolección y procesamiento de la información para su elaboración.

Para la presente investigación se ha realizado una recopilación de distintos indicadores, hallados tanto en el contexto académico como en la aplicación práctica en sistemas de salud, utilizados en distintas realidades para identificar los tipos de mediciones utilizadas en la medición del acceso a la salud. El detalle de dichos indicadores, incluyendo fórmulas de cálculo y conceptos relacionados a ellos, puede encontrarse en los anexos de esta tesis. La Tabla N°4 presenta, a modo de resumen, los tipos de criterios de acceso a la salud considerados para la recopilación de indicadores y las fuentes y autores de donde fueron

obtenidos. La clasificación de dichos indicadores en cada dimensión del modelo de acceso a la salud de Aday y Andersen (1974) está también incluida en el anexo A del presente documento.

Tabla N°4: Resumen de indicadores recopilados según tipo y fuente de consulta

Tipo de indicador	Definición	Contexto y autores
Desarrollo de políticas	Permiten identificar el nivel de acción de los distintos niveles de gobierno en la generación, actualización y difusión de políticas destinadas a mejorar el acceso a la salud de uno o más grupos de la población	Reino Unido (UK Government Communication Service, 2018), Lineamientos de la OMS (World Health Organization, 2010), Estudio Economist Intelligence Unit (2017), Paraguay (Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay, 2018), Zambia (Van Rossem y Meekers, 2007)
Cobertura	Buscan medir el porcentaje de población cubierta tanto por los seguro y campañas de salud	Argentina (Peranovich, 2017) (Lago, Elorza, Nebel-Moscoso, y Vanina-Ripari, 2013), México (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014), OMS (Organización Mundial de la Salud, 2018), Latinoamérica (Pinzón et al., 2016), Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 2015), (Andersen et al., 1983), Chile (Ministerio de Desarrollo Social, 2018a)
Disponibilidad	Permite monitorear la cantidad de recursos materiales y humanos disponibles para los usuarios	México (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014), Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 2015), Países Bajos (National Institute for Public Health and the Environment, 2010), (Andersen et al., 1983), Lineamientos de la OMS (World Health Organization, 2010)
Accesibilidad	Monitorea los tiempos de espera por atención médica, los tiempos de traslado hacia esta y las distancias entre los domicilios de los usuarios y los establecimientos de salud más cercanos	México (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014), Brasil (Figueroa Pedraza y Cavalcanti Costa, 2014), Australia (Australian Institute of Health and Welfare, 2018b), Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 2015), Colombia (Jaramillo-Mejía y Chernichovsky, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), Argentina (Pietri, Dietrich, Mayo, y Carcagno, 2013); Países Bajos (National Institute for Public Health and the Environment, 2010),

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°4: Resumen de indicadores recopilados según tipo y fuente de consulta (continuación)

Tipo de indicador	Definición	Contexto y autores
Utilización	Indica la utilización real de los distintos servicios de salud por parte de los usuarios	México (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014), Estados Unidos (Staff y Millman, 1993), Colombia (Jaramillo-Mejía y Chernichovsky, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 2015), (Andersen et al., 1983), Chile (Frenz et al., 2013), Estudio Economist Intelligence Unit (2017), (O'Donnell, O'Neill, Van Ourti, y Walsh, 2016)
Calidad	Utilizados para medir el nivel de satisfacción de los usuarios del sistema de salud respecto a las soluciones brindadas	México (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014), Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), Países Bajos (National Institute for Public Health and the Environment, 2010), (Andersen et al., 1983)
Inequidad socioeconómica	Permite observar patrones de utilización o cobertura de salud respecto entre distintos grupos de ingreso	Ecuador (Waters, 2000), Australia (Van Doorslaer et al., 2008), Rumanía (Vladescu, Scintee, Olsavszky, Hernandez-Quevedo, y Sagan, 2016), Croacia (Džakula, Sagan, Pavić, Lonččarek, y Sekelj-Kauzlarić, 2014), Países Bajos (National Institute for Public Health and the Environment, 2010), (Frenz et al., 2013),
Protección financiera	Utilizados para monitorear el nivel de dificultades en la población debido a los gastos de bolsillo en salud	Latinoamérica (Pinzón et al., 2016), Países Bajos (National Institute for Public Health and the Environment, 2010), (Andersen et al., 1983), América Latina (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2014), Chile (Frenz et al., 2013)

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO III – ANÁLISIS DE DATOS Y FORMULACIÓN DE INDICADORES POR DIMENSIÓN

En esta sección, se presentan los resultados de los análisis estadísticos realizados con la información de las encuestas para cada una de las dimensiones del modelo de Aday y Andersen (1974) y, con base en ello, se proponen indicadores de monitoreo de aquellos elementos que representan barreras de acceso a la salud para la población, los cuales pueden ser utilizados para medir acceso en otras realidades y sistemas de salud, así como pueden ser propuestos originalmente por este estudio tomando en cuenta las particularidades del marco de referencia utilizado y el contexto de la salud en Chile.

Como se mencionó previamente, el marco de referencia utilizado para el análisis es el modelo de acceso a la salud formulado por Aday y Andersen (1974) el cual permite integrar los distintos enfoques subyacentes al acceso a la atención médica, definidos en cinco dimensiones: política de salud, características de los servicios, características de la población en riesgo, utilización de servicios médicos y satisfacción del usuario. La encuesta realizada como parte del proyecto FONDECYT N°11160150 incluye preguntas con las cuales se buscó obtener información relevante para cada una de las dimensiones del modelo. Asimismo, se incluyeron preguntas que, sin corresponder directamente a alguna de las dimensiones, presentan información demográfica importante para la realización de los análisis. El detalle de las variables a utilizar en el presente estudio, para cada una de las dimensiones, se presenta en la Tabla N°5.

Tabla N°5: Variables utilizadas para análisis de acceso a la atención médica, según tipo de variable y dimensión del modelo a la que corresponde

Variable	Escala de medición	Definición
Variables demográficas-personales		
Educación	Ordinal / Discreta	Nivel educativo alcanzado desde 1 = Sin Educación 2 = Preescolar / Kindergarten 3 = Educación diferencial 4 = Educación básica incompleta 5 = Educación básica completa 6 = Educación media incompleta 7 = Educación media completa 8 = Educación técnica incompleta 9 = Educación técnica completa 10 = Educación superior incompleta 11 = Educación superior completa 12 = Postgrado 99 = No sabe / No opina
Ingreso	Ordinal / Discreta	Nivel de ingresos desde 1 = Menos de \$85.741 2 = \$85.742 - \$228.621 3 = \$228.622 - \$315.200 4 = \$315.201 - \$371.054 5 = \$371.055 - \$470.622 6 = \$470.623 - \$544.193 7 = \$544.194 - \$667.302 8 = \$667.303 - \$878.816 9 = \$878.817 - \$1.219.273 10 = \$1.219.274 - \$1.500.000 11 = \$1.500.001 - \$2.000.000 12 = \$2.000.001 - \$2.500.000 13 = \$2.500.001 - \$3.000.000 14 = \$3.000.001 - \$3.500.000 15 = Más de \$3.500.000 16 = No sabe / No opina
Ubicación del ingreso per cápita del hogar respecto a la línea de la pobreza	Nominal / Discreta	¿El ingreso total del hogar se ubica por encima o por debajo del ingreso per cápita que indica la línea de la pobreza? 1 = Por debajo 0 = Igual o por encima
Edad	Ordinal / Discreta	Grupo de edad según clasificación del Instituto Nacional de Estadísticas: 1 = 0 a 4 años 2 = 5 a 9 años 3 = 10 a 14 años 4 = 15 a 20 años 5 = 21 a 25 años 6 = 26 a 30 años 7 = 31 a 35 años 8 = 36 a 40 años 9 = 41 a 45 años 10 = 46 a 50 años 11 = 51 a 55 años 12 = 56 a 60 años 13 = 61 a 65 años 14 = 66 a 70 años 15 = 71 a 75 años 16 = 76 a 80 años 17 = Más de 80 años

Grupo Etario 2	Ordinal / Discreta	Grupo de edad según décadas de edad: 1 = 0 a 9 años 2 = 10 a 19 años 3 = 20 a 29 años 4 = 30 a 39 años 5 = 40 a 49 años 6 = 50 a 59 años 7 = 60 a 69 años 8 = 70 a más años
Grupo de Edad (OPS)	Ordinal / Discreta	Grupo de edad según clasificación poblacional de la OPS: 1 = 0 – 17 años 2 = 18 – 44 años 3 = 45 – 64 años 4 = 65 a más años
Adulto Mayor	Nominal / Discreta	¿Pertenece a la tercera edad (Mayor de 65 años)? 1 = Sí 0 = No
Género	Nominal / Discreta	Género que reporta el encuestado 1 = Masculino 2 = Femenino 3 = Transgénero
Región	Nominal / Discreta	Región de Chile a la que pertenece el encuestado: 2 = Región de Antofagasta 8 = Región del Biobío 13 = Región Metropolitana
Pertenencia a Etnia	Nominal / Discreta	Identifica si el individuo pertenece a una etnia 1 = Sí, pertenece 0 = No pertenece
Etnia	Nominal / Discreta	¿Pertenece a alguna etnia? 1 = Aymara 2 = Mapuche 3 = Diaguita 4 = Otra 5 = No pertenece
Rural	Nominal / Discreta	Identifica si el individuo vive en zona rural 1 = Sí, vive en zona rural 0 = No, vive en zona urbana
Biobio	Nominal / Discreta	Identifica si el individuo pertenece a la Región del Biobío 1 = Sí, pertenece a la Región del Biobío 0 = No, es de otra región
Antofagasta	Nominal / Discreta	Identifica si el individuo pertenece a la Región de Antofagasta 1 = Sí, pertenece a la Región de Antofagasta 0 = No, es de otra región
Isapre	Nominal / Discreta	Identifica si el individuo está afiliado a una Isapre 1 = Sí, está afiliado a una Isapre 0 = No, tiene otro sistema de aseguramiento o no está asegurado

Estatus laboral	Nominal / Discreta	¿En cuál de las siguientes situaciones se encontraba la mayor parte de la semana pasada? 1 = Trabajando con remuneración 2 = Sin trabajar, pero tiene empleo 3 = Trabajando sin remuneración 4 = Buscando trabajo 5 = Quehaceres del hogar 6 = Estudiando 7 = Jubilado o rentista 8 = Incapacitado permanente para trabajar 9 = Otra situación
Trabajo remuneración con	Nominal / Discreta	¿El encuestado se encuentra trabajando con remuneración? 1 = Sí 0 = No
Afiliación a seguro médico	Nominal / Discreta	¿Cuál es su previsión de salud? 1 = FONASA A 2 = FONASA B 3 = FONASA C 4 = FONASA D 5 = FONASA (no sabe grupo) 6 = Isapre 7 = Sistema de FF. AA y del Orden 8 = Otro 9 = Ninguno
Chileno	Nominal / Discreta	¿Nació usted en Chile? 1 = Sí 0 = No
Variables de dimensión "Política de Salud"		
Conocimiento Programa GES	Nominal / Discreta	¿Conoce el programa GES? 1 = Sí, sí conoce programa 0 = No, no conoce
Conocimiento Programa Nacional del Cáncer	Nominal / Discreta	¿Conoce el Programa Nacional del Cáncer? 1 = Sí, sí conoce programa 0 = No, no conoce
Conocimiento Programa de Salud Bucal	Nominal / Discreta	¿Conoce el Programa de Salud Bucal? 1 = Sí, sí conoce programa 0 = No, no conoce
Conocimiento Programa de Salud Cardiovascular	Nominal / Discreta	¿Conoce el Programa de Salud Cardiovascular? 1 = Sí, sí conoce programa 0 = No, no conoce
Conocimiento Programa Salud Sexual y Reproductiva	Nominal / Discreta	¿Conoce el Programa de Salud Sexual y Reproductiva? 1 = Sí, sí conoce programa 0 = No, no conoce
Conocimiento Programa de Salud Mental	Nominal / Discreta	¿Conoce el Programa de Salud Mental? 1 = Sí, sí conoce programa 0 = No, no conoce

Conocimiento Programa Chile Crece Contigo	Nominal / Discreta	¿Conoce el Programa de Salud Chile Crece Contigo? 1 = Sí, si conoce programa 0 = No, no conoce
Conocimiento Programas del SENDA	Nominal / Discreta	¿Conoce los Programa del SENDA? 1 = Sí, si conoce programa 0 = No, no conoce
Conocimiento otros programas	Nominal / Discreta	¿Conoce otros programas de salud? 1 = Sí, si conoce programa 0 = No, no conoce
Variables de dimensión "Características del Servicio de Salud"		
Disponibilidad Consultorio general	Nominal / Discreta	¿Existe un consultorio general disponible desde su hogar? 1 = Sí, si existe 0 = No, no existe
Disponibilidad Posta Rural	Nominal / Discreta	¿Existe una posta rural disponible desde su hogar? 1 = Sí, si existe 0 = No, no existe
Disponibilidad Centro de Referencia	Nominal / Discreta	¿Existe un centro de referencia disponible desde su hogar? 1 = Sí, si existe 0 = No, no existe
Disponibilidad COSAM	Nominal / Discreta	¿Existe un centro de salud mental comunitaria disponible desde su hogar? 1 = Sí, si existe 0 = No, no existe
Disponibilidad Posta	Nominal / Discreta	¿Existe una posta (Servicio de urgencia de hospital público) disponible desde su hogar? 1 = Sí, si existe 0 = No, no existe
Disponibilidad Hospital Público	Nominal / Discreta	¿Existe un hospital público disponible desde su hogar? 1 = Sí, si existe 0 = No, no existe
Disponibilidad Establecimiento Privado	Nominal / Discreta	¿Existe una consulta, centro médico, clínica y hospital privado disponible desde su hogar? 1 = Sí, si existe 0 = No, no existe
Disponibilidad Centro Salud Mental Privado	Nominal / Discreta	¿Existe un centro de salud mental privado disponible desde su hogar? 1 = Sí, si existe 0 = No, no existe
Disponibilidad Establecimiento FFAA	Nominal / Discreta	¿Existe un establecimiento médico de las FF. AA o del Orden disponible desde su hogar? 1 = Sí, si existe 0 = No, no existe

Disponibilidad Mutua	Nominal / Discreta	¿Existe un establecimiento de mutua de seguridad disponible desde su hogar? 1 = Sí, sí existe 0 = No, no existe
Disponibilidad Otro	Nominal / Discreta	¿Existe otro tipo de establecimiento médico disponible desde su hogar? 1 = Sí, sí existe 0 = No, no existe
Tiempo promedio viaje a centro médico	Ordinal / Discreta	¿Cuál es el tiempo de viaje desde su hogar al centro de salud más habitual o al que asistiría? 1 = Más de 2 horas 2 = Entre 1 hora a 2 horas 3 = Entre 40 minutos a 60 minutos 4 = Entre 20 a 40 minutos 5 = Entre 10 a 20 minutos 6 = Menos de 10 minutos
Distancia aproximada desde el hogar al lugar de atención	Ordinal / Discreta	¿Cuál es la distancia aproximada desde su hogar al lugar donde recibió la atención en salud? 1 = Utilicé telemedicina desde mi hogar 2 = Entre 0-2 kilómetros 3 = Entre 2-5 kilómetros 4 = Entre 5-10 kilómetros 5 = Más de 10 kilómetros Subdividida en consulta preventiva, consulta de médico general, consulta de especialidad y consulta de emergencia.
Distancia aproximada desde el hogar al lugar de atención superior a dos kilómetros	Nominal / Discreta	¿Existen más de dos kilómetros de distancia de su hogar al lugar donde recibió la atención? 1 = Sí 0 = No Subdividida en consulta preventiva, consulta de médico general, consulta de especialidad y consulta de emergencia.
Tiempo de espera por consulta en general	Ordinal / Discreta	¿Cuánto tiempo en promedio espera entre conseguir una consulta ambulatoria y la atención médica? 1 = Menos de un día 2 = Entre 1 día a 7 días 3 = Entre 1 semana a 2 semanas 4 = Entre 2 semanas a 1 mes 5 = Entre 1 mes a 3 meses 6 = Más de 3 meses
Tiempo de espera por última consulta preventiva	Ordinal / Discreta	¿Cuánto tiempo en promedio espera entre conseguir una consulta ambulatoria y la atención médica? 1 = Menos de un día 2 = Entre 1 día a 7 días 3 = Entre 1 semana a 2 semanas 4 = Entre 2 semanas a 1 mes 5 = Entre 1 mes a 3 meses 6 = Más de 3 meses

Tiempo de espera por última consulta medicina general	Ordinal / Discreta	<p>¿Cuánto tiempo en promedio espera entre conseguir una consulta ambulatoria y la atención médica?</p> <p>1 = Menos de un día 2 = Entre 1 día a 7 días 3 = Entre 1 semana a 2 semanas 4 = Entre 2 semanas a 1 mes 5 = Entre 1 mes a 3 meses 6 = Más de 3 meses</p>
Tiempo de espera por última consulta con especialista	Ordinal / Discreta	<p>¿Cuánto tiempo en promedio espera entre conseguir una consulta ambulatoria y la atención médica?</p> <p>1 = Menos de un día 2 = Entre 1 día a 7 días 3 = Entre 1 semana a 2 semanas 4 = Entre 2 semanas a 1 mes 5 = Entre 1 mes a 3 meses 6 = Más de 3 meses</p>
Tiempo de espera por última visita emergencia	Ordinal / Discreta	<p>¿Cuánto tiempo en promedio espera entre conseguir una consulta ambulatoria y la atención médica?</p> <p>1 = Menos de un día 2 = Entre 1 día a 7 días 3 = Entre 1 semana a 2 semanas 4 = Entre 2 semanas a 1 mes 5 = Entre 1 mes a 3 meses 6 = Más de 3 meses</p>
Tiempo de espera por última consulta tratamiento crónico	Ordinal / Discreta	<p>¿Cuánto tiempo en promedio espera entre conseguir una consulta ambulatoria y la atención médica?</p> <p>1 = Menos de un día 2 = Entre 1 día a 7 días 3 = Entre 1 semana a 2 semanas 4 = Entre 2 semanas a 1 mes 5 = Entre 1 mes a 3 meses 6 = Más de 3 meses</p>
Tiempo de espera por última consulta tratamiento rehabilitación	Ordinal / Discreta	<p>¿Cuánto tiempo en promedio espera entre conseguir una consulta ambulatoria y la atención médica?</p> <p>1 = Menos de un día 2 = Entre 1 día a 7 días 3 = Entre 1 semana a 2 semanas 4 = Entre 2 semanas a 1 mes 5 = Entre 1 mes a 3 meses 6 = Más de 3 meses</p>
Tiempo de espera por últimos cuidados paliativos	Ordinal / Discreta	<p>¿Cuánto tiempo en promedio espera entre conseguir una consulta ambulatoria y la atención médica?</p> <p>1 = Menos de un día 2 = Entre 1 día a 7 días 3 = Entre 1 semana a 2 semanas 4 = Entre 2 semanas a 1 mes 5 = Entre 1 mes a 3 meses 6 = Más de 3 meses</p>

Acceso respecto a la necesidad de atención de especialistas	Ordinal / Discreta	Desde el punto de vista de su necesidad por atención de especialistas de la salud 1 = Recibí atención de un médico especialista 2 = Recibí atención de un médico general 3 = Recibí atención de un(a) enfermero(a) 4 = Recibí atención de otros profesionales del área de la salud 5 = Recibí atención de otras personas no profesionales del área de la salud 6 = No recibí atención por falta de especialista 7 = No necesité atención de un especialista
Tipo de establecimiento de salud usualmente usado	Nominal / Discreta	¿A qué tipo de establecimiento iría si se encuentra enfermo? 1 = Establecimiento de salud público 0 = Establecimiento de salud privado
Tiempo de espera en establecimiento de salud	Ordinal / Discreta	¿El tiempo que espera regularmente por el servicio de salud es...? 1 = Muy adecuado, no más de 10 minutos 2 = Adecuado, entre 10 a 30 minutos 3 = Medianamente adecuado, entre 30 minutos a 1 hora 4 = Excesivo, entre 1 hora a 2 horas 5 = Muy excesivo, más de 2 horas 6 = No recibió atención, tiempo de espera extremadamente excesivo
Tiempo de espera en establecimiento de salud superior a 30 minutos	Nominal / Discreta	¿El tiempo que espera regularmente por el servicio de salud es superior a 30 minutos? 1 = Sí 0 = No
Variables de dimensión "Características de la Población"		
Estado de Salud	Ordinal / Discreta	Respecto al estado de salud del individuo encuestado: 0 = No presentó ninguna necesidad de salud en los últimos seis meses 1 = Presentó por lo menos una necesidad de salud en los últimos seis meses 2 = Padece de una condición crónica de salud y presentó por lo menos una necesidad de salud en los últimos 6 meses
Presencia de condición crónica de salud	Nominal / Discreta	Actualmente, ¿tiene alguna enfermedad crónica diagnosticada por un médico? 1 = Sí 0 = No

Hábitos de fuma de cigarrillos	Ordinal / Discreta	<p>¿Actualmente Ud. fuma cigarrillos?</p> <p>1 = Sí, tres o más cigarrillos al día 2 = Sí, de uno a dos cigarrillos al día 3 = Sí, ocasionalmente (algunos cigarrillos en la semana) 4 = No, he dejado de fumar 5 = No, nunca he fumado (casi nunca)</p>
Hábitos de consumo de bebidas alcohólicas	Ordinal / Discreta	<p>En el último año, ¿Qué tan seguido tomó Ud. bebidas alcohólicas?</p> <p>1 = Dos a más veces a la semana 2 = Dos a cuatro veces al mes 3 = Una vez al mes 4 = Ocasionalmente, solo en ocasiones especiales 5 = Nunca</p>
Hábitos de práctica de deporte	Ordinal / Discreta	<p>En el último mes, ¿practicó deporte o realizó actividad física durante 30 minutos o más cada vez?</p> <p>1 = Sí, tres o más veces por semana 2 = Sí, una a dos veces por semana 3 = Sí, menos de cuatro veces en el mes 4 = No practicó deporte en el mes 5 = No aplica, estaba imposibilitado (por enfermedad, licencia)</p>
Hábitos de práctica de deporte en el último mes	Nominal / Discreta	<p>En el último mes, ¿practicó deporte o realizó actividad física?</p> <p>1 = Sí 0 = No</p>
Consideración sobre peso corporal	Ordinal / Discreta	<p>Respecto de su peso corporal, considera Ud. que está:</p> <p>1 = Bajo peso 2 = Peso normal 3 = Sobrepeso 4 = Obesidad</p>
Diagnóstico de sobrepeso u obesidad	Nominal / Discreta	<p>¿Algún médico le ha diagnosticado sobrepeso/obesidad?</p> <p>1 = Sí 0 = No</p>
Posición respecto a la línea de la pobreza	Nominal / Discreta	<p>¿En qué posición se encuentra el ingreso per cápita del hogar respecto al ingreso que determina la línea de la pobreza?</p> <p>1 = Por debajo 0 = Por encima</p>

Necesidad por servicios de salud	Nominal / Discreta	En los últimos 6 meses, ¿necesitó atención médica, hospitalización o cirugía? 1 = Sí 0 = No
Presencia de condición crónica de salud	Nominal / Discreta	Actualmente, ¿tiene alguna enfermedad crónica diagnosticada por un médico? 1 = Sí 0 = No
Variables de dimensión "Utilización de servicios de salud"		
Nivel de atención con médico especialista según necesidad	Nominal / Discreta	Desde el punto de vista de su necesidad por atención de especialista de la salud ¿Recibió atención de un médico especialista? 1 = Sí, recibí atención de un médico especialista 0 = No, recibí atención de otro profesional de la salud o no la recibí
Número de consultas preventivas realizadas	Continua	Número de consultas preventivas realizadas en los últimos 6 meses
Número de consultas con médico general realizadas	Continua	Número de consultas de medicina general realizadas en los últimos 6 meses
Número de consultas con especialista realizadas	Continua	Número de consultas con especialista realizadas en los últimos 6 meses
Número de consultas de emergencia realizadas	Continua	Número de consultas de emergencia realizadas en los últimos 6 meses
Número de consultas por tratamiento de enfermedad crónica realizadas	Continua	Número de consultas de enfermedad crónica realizadas en los últimos 6 meses
Total de consultas realizadas	Continua	Sumatoria de los distintos tipos de consultas realizadas en los últimos 6 meses
Necesidades insatisfechas en salud	Nominal / Discreta	En los últimos 6 meses, ¿tuvo alguna necesidad por algún tipo de atención médica y no la pudo recibir? 1 = Sí 0 = No

Asequibilidad de la medicación recetada	Nominal / Discreta	¿Tuvo problemas con los costos de los medicamentos recetados? 1 = Sí 0 = No
Disponibilidad de la medicación recetada	Nominal / Discreta	¿Tuvo problemas con la disponibilidad de los medicamentos recetados? 1 = Sí 0 = No
Variables de dimensión "Satisfacción con los servicios de salud"		
Percepción de justicia en valor pagado por sistema previsional	Ordinal / Discreta	"¿Según su criterio, considera que el valor que cancela en su sistema previsional de salud es justo? 1. Muy justo 2. Justo 3. Medianamente justo 4. Injusto 5. Muy injusto 6. En extremo injusto
Evaluación de lenguaje médico-paciente	Ordinal / Discreta	"¿Cómo evaluaría el lenguaje utilizado en la comunicación médico-paciente? 1. Mucho mejor de lo que esperaba 2. Mejor de lo que esperaba 3. Bien 4. Peor de lo que esperaba 5. Mucho peor de lo que esperaba
Evaluación de duración en tiempo de la consulta	Ordinal / Discreta	Considera que el tiempo de su última consulta con el profesional de la salud fue: 1. Muy adecuado 2. Adecuado 3. Medianamente adecuado 4. Inadecuado 5. Muy inadecuado
Evaluación de proceso de solicitud de hora	Ordinal / Discreta	"¿Cómo calificaría el proceso de solicitud de hora en su última consulta/atención, desde el comienzo al final?: 1. Pésimo 2. Malo 3. Regular 4. Bueno 5. Excelente
Evaluación de atención de médico tratante	Ordinal / Discreta	"¿Cómo calificaría el proceso de atención del médico tratante en su última consulta/atención, desde el comienzo al final?: 1. Pésimo 2. Malo 3. Regular 4. Bueno 5. Excelente

Evaluación de atención del personal (además de médico tratante)	Ordinal / Discreta	<p>"¿Cómo calificaría el proceso de atención del personal (además del médico tratante) en su última consulta/atención, desde el comienzo al final?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pésimo 2. Malo 3. Regular 4. Bueno 5. Excelente
Voluntad de retornar a atenderse en el establecimiento	Ordinal / Discreta	<p>"¿Volvería a atenderse en el mismo centro de salud?":</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente 2. Es probable 3. Podría ser 4. Probablemente no 5. Poco probable 6. De ninguna manera

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Según Aday y Andersen (1974), la dimensión de Política de Salud representa el punto de partida para analizar el acceso dado que impacta sobre otras dos dimensiones, las características del servicio de salud y las características de la población, a fin de lograr efectos positivos en las dos dimensiones de resultado: utilización de los servicios y satisfacción del consumidor (Ver Figura N°2 en Capítulo II). De esta forma, se presenta, a continuación, el análisis realizado para dicha dimensión inicial.

3.1 Política de Salud

3.1.1 Descripción de la dimensión de Política de Salud en la encuesta realizada

La política de salud es la dimensión inicial del marco de referencia utilizado para este estudio dado que el acceso a la salud representa un objetivo importante desde un punto de vista político. De esta forma, los esfuerzos de los responsables políticos, los planificadores del sistema de salud y los tomadores de decisiones a nivel gubernamental respecto a una mejora del acceso a la salud de la población, se enfocarán en el diseño de políticas públicas adecuadas – de financiamiento, educación, organización y de recursos humanos – que tengan un impacto en las demás dimensiones a fin de lograr mayores niveles de utilización y satisfacción (Aday y Andersen, 1974).

Específicamente hablando de la encuesta realizada, la dimensión de política de salud evalúa, en principio, el nivel de conocimiento y utilización por parte de los individuos encuestados de los principales programas de salud gestionados por la autoridad sanitaria chilena y diseñados con el objetivo de brindar una mayor cobertura, tanto financiera como en atención médica de calidad, a la población para distintos tipos de necesidades de salud. Entre estos programas se encuentran el programa de Garantías Explícitas en Salud, el Programa Nacional del Cáncer, el Programa de Salud Bucal, el Programa de Salud Cardiovascular, el Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva, el Programa de Salud Mental, el subsistema de protección a la infancia “Chile Crece Contigo”, los Programas de Tratamiento del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), y otros programas mencionados por los encuestados como el Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor, el Programa Elige Vivir Sano, el Programa Chile Solidario, entre otros que están directa o indirectamente relacionados con la mejora en las condiciones de salud de la población.

3.1.2 Identificación de barreras de acceso y análisis estadísticos para la dimensión de Política de Salud

Los aspectos revisados en esta dimensión, en tanto evalúan el conocimiento de programas que representan soluciones ante eventuales necesidades de salud que puedan tener los individuos, entran en lo que en la literatura se conoce como barreras de información al acceso (Ensor, 2004), las cuales impiden que una persona reciba los servicios a los que tiene derecho debido a la falta de conocimiento sobre las soluciones a las que pueden acceder (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014) y su análisis se hace necesario en tanto el acceso a la información tiene un impacto positivo en la atención médica de los usuarios (Lorence, Park, y Fox, 2006).

De esta forma, se procede a analizar los resultados de conocimiento de cada programa de salud. La Tabla N°6 muestra el nivel de conocimiento medio de cada programa a nivel general para toda la encuesta y para cada región analizada en una escala de 0 a 1 donde 1 denota pleno conocimiento del total de la población y 0 total desconocimiento.

Asimismo, en la Tabla N°7 se analiza si es que existen diferencias significativas en los niveles de conocimiento entre las distintas regiones.

Tabla N°6: Nivel de conocimiento de programas de salud gestionados por el Gobierno de Chile, niveles promedio reportados por cada región encuestada.

Región	Conocimiento								
	PGES	PNC	PSB	PSCV	PSSR	PSM	PCCC	PS	OP
Media General	0,76	0,42	0,46	0,33	0,27	0,37	0,42	0,24	0,05
II R. de Antofagasta	0,74	0,40	0,40	0,27	0,24	0,30	0,39	0,21	0,04
VIII R. del Biobío	0,78	0,41	0,52	0,37	0,30	0,39	0,43	0,26	0,04
XIII R. Metropolitana	0,77	0,43	0,47	0,34	0,26	0,41	0,43	0,24	0,08

PGES: Programa de Garantías Explícitas en Salud, PNC: Programa Nacional de Cáncer, PSB: Programa de Salud Bucal, PSC: Programa de Salud Cardiovascular, PSSR: Programa de Salud Sexual y Reproductiva, PSM: Programa de Salud Mental, PCCC: Programa Chile Crece Contigo, PS: Programas de SENDA, OP: Otros Programas.

*Se incluyen programas de salud no incluidos en la lista disponible de preguntas al encuestado. Los principales programas mencionados en este rubro son: Programa de Salud del Adulto Mayor, Programa Elige Vivir Sano, Programa Puente, Programa Sonrisa de Mujer, Programa FOSIS, Programa Chile Solidario, Programa Vida Sana, entre otros.

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Tabla N°7: Diferencias en nivel de conocimiento de cada programa de salud entre cada región encuestada, según prueba de diferencia de proporciones entre los pares de regiones.

Región	Conocimiento								
	PGES	PNC	PSB	PSCV	PSSR	PSM	PCCC	PS	OP
Diferencia II - VIII	-0,04**	-0,01	-0,12***	-0,10***	-0,06**	-0,09***	-0,04*	-0,05**	-0,00
Diferencia II - XIII	-0,03*	-0,03	-0,07***	-0,07***	-0,02	-0,11***	-0,04**	-0,03	-0,04***
Diferencia VIII - XIII	0,01	-0,02	0,05**	0,03	0,04*	-0,02	0,00	0,02	-0,04***

PGES: Programa de Garantías Explícitas en Salud, PNC: Programa Nacional de Cáncer, PSB: Programa de Salud Bucal, PSC: Programa de Salud Cardiovascular, PSSR: Programa de Salud Sexual y Reproductiva, PSM: Programa de Salud Mental, PCCC: Programa Chile Crece Contigo, PS: Programas de SENDA, OP: Otros Programas. El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

*Se incluyen programas de salud no incluidos en la lista disponible de preguntas al encuestado. Los principales programas mencionados en este rubro son: Programa de Salud del Adulto Mayor, Programa Elige Vivir Sano, Programa Puente, Programa Sonrisa de Mujer, Programa FOSIS, Programa Chile Solidario, Programa Vida Sana, entre otros.

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

La Tabla N°6 muestra que, de las políticas y programas de salud gestionados por el gobierno, la de Garantías Explícitas en Salud es la que mayor nivel de conocimiento presenta en las regiones analizadas, probablemente debido a la magnitud de los beneficios que dichas garantías brindan a la vida de las personas en la atención de diversas patologías que, de otra forma, podrían ser catastróficas tanto en gasto como en estado de salud. El resto de las políticas y programas, de naturaleza más preventiva, muestra niveles de conocimiento menores al 50%. Asimismo, en la Tabla N°7 los resultados de la encuesta reportan que la II Región de Antofagasta presenta, respecto a la VIII Región del Biobío,

menor nivel de conocimiento de los programas Chile Crece Contigo ($p \leq 0,1$), Garantías Explícitas en Salud, salud sexual y reproductiva, del SENDA ($p \leq 0,05$), salud bucal, salud cardiovascular y salud mental ($p \leq 0,01$). La II Región también reporta menor nivel de conocimiento que la Región Metropolitana para los programas GES ($p \leq 0,1$), Chile Crece Contigo ($p \leq 0,05$), salud bucal, salud cardiovascular y salud mental ($p \leq 0,01$). Finalmente, la VIII Región reporta, respecto a la Región Metropolitana, mayor nivel de conocimiento en los programas de salud sexual y reproductiva ($p \leq 0,1$) y salud bucal ($p \leq 0,05$), pero menor conocimiento de "Otros programas" ($p \leq 0,01$).

El conocimiento que tiene la población sobre los distintos programas y políticas de salud está relacionado con el concepto de "health literacy" el cual es definido como el grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y entender la información básica en salud para una adecuada toma de decisiones en dicha materia que puede tener impacto en el nivel de salud del individuo (Sun et al., 2013). Entre los principales determinantes del nivel de "health literacy" hallados en la literatura se encuentran el nivel educativo, la edad y el estado de salud (Paasche-Orlow y Wolf, 2007; Sun et al., 2013), la situación socioeconómica y el estado laboral (Rowlands, Shaw, Jaswal, Smith, y Harpham, 2017), y si el individuo es extranjero o ciudadano local, debido a la dificultad que puede tener un individuo foráneo en comprender la información disponible del sistema de salud debido a barreras de lenguaje, económicas o culturales (Kreps y Sparks, 2008).

Con el objetivo de diseñar un sistema de indicadores que permita monitorear que el conocimiento de los programas de salud sea equitativo entre distintos grupos de la población, se realizará un análisis de regresión logística a fin de identificar la presencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables explicativas demográficas "Edad", "Ingreso", "Educación" y "Estatus laboral" en la probabilidad de conocimiento de los distintos programas de salud. Para identificar la influencia del estado de salud, se considerarán las variables "Necesidad de salud", la cual equivale a 1 si el individuo tuvo alguna necesidad de servicios médicos en los últimos 6 meses. A dichas variables se le añadirá la variable categórica "Región" a fin de identificar si alguna región en particular contribuye a una mayor probabilidad de conocimiento y la variable "Chileno", la cual permitirá saber si los ciudadanos chilenos presentan mayor conocimiento en temas de salud que los extranjeros y migrantes en el país, conforme a lo encontrado en literatura internacional (Kreps y Sparks, 2008). En términos generales, el modelo de regresión

considera las siguientes variables como predictoras de la posibilidad de conocer cada tipo de política o programa de salud: $\text{Logit Conocimiento_Programa} = \alpha + \beta \cdot \text{Ingreso} + \gamma \cdot \text{EdPreescolar} + \delta \cdot \text{EdBasicalncom} + \varepsilon \cdot \text{EdBasicaComp} + \eta \cdot \text{EdMedialncom} + \theta \cdot \text{EdMediaComp} + \kappa \cdot \text{EdTecnicalncom} + \lambda \cdot \text{EdTecnicaComp} + \mu \cdot \text{EdUnivIncom} + \nu \cdot \text{EdUnivComp} + \xi \cdot \text{Postgrado} + \sigma \cdot \text{GrupoEtario} + \rho \cdot \text{TrabRemun} + \zeta \cdot \text{NacionChilena} + \omega \cdot \text{NecesidadSalud} + \varphi \cdot \text{Biobío} + \omega \cdot \text{Metropolitana}$. Los resultados de los efectos marginales de las variables explicativas en la probabilidad de conocer cada uno de esos programas son resumidos en la Tabla N°8.

Tabla N°8: Efectos marginales de variables explicativas en probabilidad de conocimiento de los programas de salud por parte de la población

Variable explicativa	GES ^a	PNC ^b	PSB ^c	PSCV ^d	PSSR ^e	PSM ^f	PCCC ^g	PS ^h
Constante	-4,076****	-2,99***	-2,68***	-4,45***	-14,87	-2,99***	-0,088**	-4,77***
Ingreso	0,025***	-0,004	-0,017*	-0,009	-0,011	-0,01	-0,021**	-0,003
Educación (Valor de referencia: Sin educación)								
Preescolar	0,024	-0,094	0,009	0,081	0,85	-0,034	0,186	0,421
Básica incompleta	0,061	0,24	0,038	0,356	0,97	0,051	-0,037	0,164
Básica completa	0,103	0,24	-0,118	0,207	0,93	-0,012	-0,082	0,121
Media incompleta	0,152***	0,19	0,083	0,386	0,96	0,178	-0,048	0,208
Media completa	0,136*	0,27*	0,0511	0,268	0,99	-0,033	0,035	0,315
Técnica incompleta	0,009	0,39***	-0,026	0,363	0,85	0,177	-0,303***	0,364
Técnica completa	0,122**	0,182	0,081	0,343	0,93	0,086	0,165	0,504**
Universitaria incompleta	0,169***	0,265	0,25	0,521***	0,88	0,273	0,292**	0,546***
Universitaria completa	0,162***	0,356**	0,153	0,395	0,96	0,147	0,076	0,002
Postgrado	0,016	0,45**	0,438**	0,62***	0,82	0,44	0,305	0
Grupo Etario	0,004	0,003	-0,004	0,02***	-0,006	0,007	-0,022***	0,002
Trabaja con remuneración	0,25**	0,197**	0,328***	0,048	0,067	0,153*	-0,026	0,804
Nacionalidad chilena	0,43***	0,18**	0,225***	0,165**	0,0253	0,163**	0,131	0,156***
Necesidad de salud	0,077**	-0,058	-0,020	-0,02	-0,042	0,031	0,047	0,039
Región (Valor de referencia: II Región de Antofagasta)								
VIII Región del Biobio	0,074*	0,059	0,15***	0,154***	0,135	0,168***	0,12**	0,12**
XIII Región Metropolitana	0,05	0,045	-0,002	0,071	0,061	0,138***	0,042	0,081*
Número de observaciones	586	586	586	586	586	586	586	586
Pseudo-R2	12,75%***	4,09%***	5,26%***	6,78%***	6,36%***	5,69%***	6,00%***	9,09%***

La variable dependiente es de tipo dicotómica, indicando si el individuo conoce el programa correspondiente o no. PGES: Programa de Garantías Explícitas en Salud, PNC: Programa Nacional de Cáncer, PSB: Programa de Salud Bucal, PSC: Programa de Salud Cardiovascular, PSSR: Programa de Salud Sexual y Reproductiva, PSM: Programa de Salud Mental, PCCC: Programa Chile Crece Contigo, PS: Programas de SENDA, OP: Otros Programas. El nivel de significancia está dado por: ****: $p \leq 0,01$, ** : $0,01 < p \leq 0,05$, * : $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto.

Los resultados del modelo de regresión logística muestran que aumentos en el nivel educativo (respecto a la situación de referencia de "Sin educación") tienen efectos positivos en la probabilidad de conocer los distintos programas y políticas de salud: La probabilidad de conocer el régimen GES aumenta en 15,2% si el individuo cuenta con educación media incompleta ($p \leq 0,01$), en 13,6% si cuenta con media completa, en 12,2% si cuenta con educación técnica completa ($p \leq 0,05$) y en 16,9% y 16,2% si cuenta con educación universitaria incompleta y completa, respectivamente ($p \leq 0,01$). La probabilidad de conocimiento del Programa Nacional del Cáncer aumenta en 27% si cuenta con educación media completa ($p \leq 0,1$), en 39% si cuenta con técnica incompleta ($p \leq 0,01$) y en 35,6% y 45% si cuenta con educación universitaria completa y estudios de postgrado, respectivamente ($p \leq 0,05$). El contar con este último tipo de estudios también aumenta la probabilidad de conocer el Programa de Salud Bucal en un 43,8% ($p \leq 0,01$). Respecto al Programa de Salud Cardiovascular, la probabilidad de conocerlo aumenta 52,1% y 62% si el individuo cuenta con educación universitaria incompleta o con estudios de postgrado, respectivamente ($p \leq 0,01$). La probabilidad de conocimiento del programa Chile Crece Contigo aumenta en 29,2% si el individuo cuenta con educación universitaria incompleta ($p \leq 0,05$), nivel educativo que también impacta en la probabilidad de conocimiento de los programas del SENDA en un 54,6% ($p \leq 0,01$) junto con la educación técnica completa (50,4%). Todos estos efectos señalan una relación positiva entre el nivel educativo alcanzado y la probabilidad de conocimiento de los programas de salud, a excepción del programa Chile Crece Contigo, para el cual el modelo señala que contar con educación técnica incompleta reduce dicha probabilidad en 30,3% ($p < 0,01$) respecto a un individuo sin educación.

Un aumento en el rango etario influye positivamente (2%, $p \leq 0,01$) en la probabilidad de conocer el programa de Salud Cardiovascular y negativamente (2,2%, $p \leq 0,01$) en la de conocer el programa Chile Crece Contigo, probablemente debido a los rangos etarios objetivo de cada uno de esos programas. El contar con un trabajo remunerado influye positivamente en la probabilidad de conocer el régimen GES (25%, $p \leq 0,05$), el Programa Nacional del Cáncer (19,7%, $p \leq 0,05$), el Programa de Salud Bucal (32,8%, $p \leq 0,01$) y el programa de Salud Mental (15,3%, $p \leq 0,1$). Por su parte, el contar con nacionalidad chilena influiría positivamente de forma estadísticamente significativa en la probabilidad de conocimiento de todos los programas de salud, a excepción de los programas de Salud Sexual y Reproductiva y Chile Crece Contigo. La presencia de una necesidad reciente de

salud solo tiene influencia positiva (7,7%, $p \leq 0,05$) en la probabilidad de conocer el régimen de GES, probablemente debido a la naturaleza curativa de este, a diferencia de los otros programas de carácter más preventivo. Finalmente, respecto a la residencia en la Región de Antofagasta, el modelo indica que la residencia en la Región del Biobío tendría influencia positiva estadísticamente significativa en la probabilidad de conocimiento de casi todos los programas de salud (a excepción del Programa Nacional del Cáncer y de Salud Sexual y Reproductiva, mientras que la Residencia en la XIII Región tendría influencia positiva en la probabilidad de conocer el Programa de Salud Mental (13,8%, $p \leq 0,01$) y los programas del SENDA (8,1%, $p \leq 0,1$).

El análisis de los factores determinantes de la probabilidad de conocimiento de los distintos programas de salud adquiere una mayor importancia al revisar cómo dicho desconocimiento tiene un impacto negativo importante en la población, representado este por los niveles de desutilidad generados por los elementos de esta dimensión.

3.1.3 Nivel de desutilidad generada por la dimensión de Política de Salud en la población

La metodología el cálculo de la desutilidad generada por la dimensión de Política de Salud será la Teoría de Utilidad Multiatributo. Bajo esta metodología, explicada en el Capítulo I, se podrá obtener el nivel de desutilidad causada por la presente dimensión en función de las desutilidades de cada uno de los atributos pertenecientes a la misma. Tanto las desutilidades de cada atributo como la desutilidad total de la dimensión (calculada como la media aritmética de las desutilidades uni-atributo) presentan valores que oscilan entre el 0 y el 1, siendo los elementos más cercanos a 1 los que representan una barrera originadora de una mayor desutilidad en la población consultada. La Tabla N°9 resume los niveles de desutilidad por atributo y de la dimensión de Política de Salud.

Tabla N°9: Nivel de desutilidad generado por cada una de las variables incluidas dentro de la dimensión de Política de Salud, por región

Variable	Antofagasta	Biobío	Metropolitana	Total
Conoce Programa de Salud "Otros Programas"	0,9647	0,9571	0,9241	0,9485
Conoce Programa de Salud "Programas de SENDA"	0,9370	0,9183	0,9248	0,9267
Conoce Programa de Salud "Programa de Salud Sexual y Reproductiva"	0,9153	0,8829	0,8995	0,8992
Conoce Programa de Salud "Programa de Salud Cardiovascular"	0,8985	0,8452	0,8564	0,8666
Conoce Programa de Salud "Programa Nacional de Cáncer"	0,8628	0,8508	0,8406	0,8513
Conoce Programa de Salud "Programa de Salud Mental"	0,8828	0,8373	0,8153	0,8450
Conoce Programa de Salud "Chile Crece Contigo"	0,8315	0,8417	0,8137	0,8289
Conoce Programa de Salud "Programa de Salud Bucal"	0,8411	0,7571	0,7646	0,7874
Conoce Programa de Salud "GES" (Ex AUGE)	0,6284	0,5873	0,6297	0,6151
Total Desutilidad Dimensión	0,8625	0,8309	0,8299	0,8409

Fuente: Análisis de desutilidades de barreras de acceso a la salud, Proyecto Fondecyt N°11160150

Se puede apreciar que el desconocimiento de las diversas políticas y programas de salud es una barrera que genera niveles de desutilidad bastante cercanos a 1 para casi todos los atributos que dicha dimensión contiene, promediando un nivel de desutilidad de 0,8409. Estos resultados elevados tanto de las utilidades uni-atributo como de la multi-atributo de la dimensión generan que dicha dimensión sea la que presente valores significativamente más altos que el resto de las dimensiones del modelo de acceso a la salud de Aday y Andersen (1974) según el test de significancia realizado (para un nivel de significancia de $p \leq 0,05$). El elemento que representa una barrera menos elevada es el nivel de conocimiento del programa GES con una desutilidad de 0,6151, por debajo del promedio general calculado para dicha dimensión. Cabe resaltar que dicho programa es el único de la lista que es de carácter netamente curativo en contraposición a los otros programas, que son de carácter preventivo.

En estos primeros análisis se pudo hacer una corroboración inicial de lo indicado por la literatura respecto al nivel de conocimiento de programas de salud en función a los predictores edad, ingreso, nivel educativo y nacionalidad chilena. Asimismo, se ha dado a conocer el impacto negativo que tiene, en forma de desutilidad, dicho desconocimiento en la población. De esta manera se procede a proponer un grupo de indicadores que permitan monitorear el acceso a la salud dentro de esta dimensión.

3.1.4 Indicadores propuestos para la dimensión de Política de Salud

Para diseñar indicadores que midan la creación y el impacto de políticas públicas destinadas a mejorar el acceso a la salud, se tomará la definición de Schumann (2016) respecto a que los indicadores son "mediciones cuantitativas o categóricas que proveen información sobre las condiciones y desarrollos que son relevantes para el proceso de diseño de políticas" debido a que estas deben ser monitoreadas y evaluadas para determinar cuáles son sus efectos.

De esta manera, dado que lo que se busca es contar con políticas de salud destinadas a mejorar el acceso, potenciar la difusión de estas y aumentar el conocimiento de la población (en especial de los grupos más desfavorecidos en términos de educación e ingreso) de los distintos programas y políticas de salud gestionadas por el Ministerio de Salud, los indicadores propuestos buscarán medir los siguientes elementos: En primer lugar, la existencia y actualización de políticas de salud diseñadas con el objetivo de promover un mayor acceso a la salud, tanto en términos de prevención como de tratamiento de enfermedades, para los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad social (Cabieses, Bernales, Obach, y Pedrero, 2016) puesto que un mayor conocimiento de alternativas de salud no está únicamente dado por la promoción o campañas que se realicen sino que dicha difusión debe estar basada en capacidad de atención, disponibilidad de programas y existencia de políticas que apoyen el cambio de comportamiento (Wakefield, Loken, y Hornik, 2010). En segundo lugar, a fin de medir la eficacia de los procesos de comunicación y educación hacia el paciente, se propondrá un indicador enfocado a medir los niveles de alcance obtenidos por las distintas campañas de promoción de los programas de salud realizadas a través de los distintos medios de comunicación. Finalmente, se buscará medir el nivel de conocimiento que tiene la población (en especial los sectores que involucran factores que pueden determinar un menor conocimiento, según

lo analizado en la sección anterior) respecto a los distintos programas de salud, pues un mayor nivel de conocimiento de estos por parte de la población significaría que la barrera de acceso a la información en salud tiene un menor impacto y podría tener un impacto positivo en una posterior utilización de servicios.

Para la definición de las metas de referencia, dada la importancia en la fijación de estas para que exista un estándar de desempeño al cual apuntar en busca de mejoras en los niveles de acceso a la salud de la población, se tomará en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2011) para la determinación de cifras de metas considerando apuntar, en primer lugar, a una cifra objetivo de referencia de una entidad supranacional (como la OMS o la OCDE) para el indicador en cuestión. De no contar con dicha cifra disponible, se tomará en cuenta una cifra objetivo, fijada por otro sistema de salud de un país comparable a Chile. En caso de ser un indicador local, un tercer criterio a considerar será proyectar una cifra considerando tendencias y estadísticas previas de desempeño de años anteriores. Finalmente, si el indicador es propuesto originalmente dentro de esta investigación, al no contar con información interna previa de desempeño, se determinará una cifra razonable bajo el criterio del investigador.

De esta manera, los indicadores propuestos para dichos aspectos están detallados en la Tabla N°10.

Tabla N°10. Indicadores propuestos para la dimensión de Política de Salud

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
1	Contar con políticas de salud destinadas a reducir las inequidades en salud de la población originadas por los determinantes sociales y económicos de la salud	<p>Existencia de políticas para mejorar el acceso a los servicios de salud (servicios de prevención y tratamiento de enfermedades) para las siguientes poblaciones y actualizada en los últimos cuatro años.</p> <p>(Valores: 0 = Inexistencia de políticas, 1 = Existencia de políticas solo de prevención, 2 = Existencia de políticas, prevención y tratamiento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico bajo • Poblaciones rurales • Poblaciones indígenas • Mujeres • En condición de desempleo o empleo precario • Personas inmigrantes • Personas en situación de calle • Personas privadas de libertad 	<p>Según calificación para cada grupo poblacional:</p> <p>0 = No hay políticas específicas para garantizar el acceso a servicios de salud para el grupo.</p> <p>1 = Existen políticas específicas que garanticen el acceso a servicios de salud para el grupo. Solo prevención.</p> <p>2 = Existen políticas específicas que garanticen el acceso a servicios de salud para el grupo. Prevención y tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico bajo = 2^a • Poblaciones rurales = 1^a • Poblaciones indígenas = 1^b • Mujeres = 2^a • En condición de desempleo o empleo precario = 0 • Personas inmigrantes=2^c • Personas en situación de calle = 0 • Personas privadas de libertad = 0 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico bajo = 2 • Poblaciones rurales = 2 • Poblaciones indígenas = 2 • Mujeres = 2 • En condición de desempleo o empleo precario = 2 • Personas inmigrantes = 2 • Personas en situación de calle = 2 • Personas privadas de libertad = 2 	Cada 4 años	Información obtenida mediante reportes internos de la autoridad sanitaria.

^aInformación para cifra base obtenida de Ministerio de Salud de Chile (2011). ^bInformación para cifra base obtenida de Ministerio de Salud (2018b). ^cInformación para cifra base obtenida de (Ministerio de Salud, 2017b)

Indicadores propuestos para la dimensión de Política de Salud (continuación)

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
2	Aumentar alcance de campañas de promoción de políticas y programas de salud en la población objetivo	Proporción de la población que recuerda haber estado expuesto a información del programa o política X en medios de comunicación. Medido mediante encuestas a muestra representativa	$\left[\frac{\text{Número de personas que recuerdan haber visto u oído información del programa o política X en medios de comunicación}}{\text{Total de la población encuestada}} \right] * 100\%$	Sin información (S/I)	80%	Tras finalización de campañas	Para hacer un mejor estudio de este indicador, se sugiere desagregar a la población consultada según quintil de ingreso, nivel educativo, rango etario y región de residencia, a fin de monitorear posibles diferencias entre los resultados obtenidos por los grupos desagregados en cada clasificación.
3	Monitorear los cambios en el conocimiento de la población sobre los programas de salud vigentes	Variación en porcentaje de la población con conocimiento de los distintos programas de salud gestionados por el Ministerio de Salud - Medido mediante encuestas a muestra representativa de la población como porcentaje de respuestas indicando "1 = Sí" y "0 = No" a la pregunta "¿Conoce los siguientes programas de salud gubernamental y sus beneficios?"	$\left[1 - \frac{\text{Personas con conocimiento del programa de salud X, en periodo t}}{\text{Personas con conocimiento del programa de salud X, en periodo t - 1}} \right] * 100\%$	Cifras base para comparación PGES: 76% PNC: 42% PSB: 46% PSCV: 33% PSSR: 27% PSM: 37% PCCC: 42% PS: 24%	Aumento objetivo en nivel de conocimiento PGES: +10% PNC: +25% PSB: +25% PSCV: +25% PSSR: +25% PSM: +25% PCCC: +25% PS: +25%	Anual	El indicador deberá desagregarse por política/programa. Asimismo, se sugiere desagregar a la población consultada según quintil de ingreso, nivel educativo, rango etario y región de residencia, a fin de monitorear posibles diferencias entre los resultados obtenidos por los grupos desagregados en cada clasificación. Se deberá incluir los programas incluidos en las nuevas políticas de acceso, de ser el caso.

PGES: Programa de Garantías Explícitas en Salud, PNC: Programa Nacional de Cáncer, PSB: Programa de Salud Bucal, PSC: Programa de Salud Cardiovascular, PSSR: Programa de Salud Sexual y Reproductiva, PSM: Programa de Salud Mental, PCCC: Programa Chile Crece Contigo, PS: Programas de SENDA.

3.2 Características del Servicio de Salud

3.2.1 Descripción de la dimensión de Características del Servicio de Salud

Según lo indicado por Aday y Andersen (1974), la dimensión de características del servicio de salud incluye todos aquellos elementos involucrados en la entrega de cuidados médicos a los usuarios, clasificados en dos grupos principales: los recursos, que incluyen tanto el volumen y la distribución de los recursos médicos en un área determinada, y la organización, que indica “cómo dichos recursos son coordinados y controlados en el proceso de provisión de servicios de salud”. A su vez, la organización se subdivide en los procesos de obtención de entrada al sistema de salud y la estructura del sistema, la cual determina el proceso que sigue el paciente tras lograr la entrada al sistema. Algunos ejemplos de elementos incluidos en esta dimensión, y aplicables en el caso de Chile, son: cantidad de profesionales de la salud disponibles (volumen de recursos), médicos disponibles por cada 10.000 habitantes por cada región (distribución de recursos por área), tiempo de traslado desde el hogar hasta el centro de salud (procesos de obtención de entrada al sistema) y horario de atención de los establecimientos de salud (estructura del sistema de salud). Las diferencias en los niveles de estos elementos entre los distintos grupos poblacionales son un punto de partida para analizar posibles diferencias en el acceso a servicios de salud.

En la encuesta realizada se evalúan los siguientes elementos: Disponibilidad de establecimientos de salud desde el hogar del individuo consultado, tipos de locomoción disponibles para llegar a tiempo al centro de salud, tiempo de viaje desde el hogar hasta el centro de salud, tiempo de espera entre la obtención de la consulta ambulatoria y la atención médica, distancia aproximada desde el hogar al lugar de atención, tiempo de espera para la obtención de la cita médica, acceso a establecimientos de atención médica respecto a la distancia, tiempo de espera al acudir al servicio de salud, entre otros aspectos. Los elementos arriba indicados entran dentro de la clasificación de la dimensión de características del servicio de salud, descrita en el párrafo anterior, tanto en la obtención de entrada al sistema como en la estructura de funcionamiento de este.

3.2.2 Identificación de barreras al acceso y análisis estadísticos para la dimensión de Características del Servicio de Salud

3.2.2.1 Nivel de disponibilidad de establecimientos de salud cercanos

Según la clasificación de barreras al acceso a la salud desarrollada por Ensor y Cooper (2004), la disponibilidad de establecimientos de salud cercanos a un individuo puede constituir tanto una barrera por parte de la oferta (debido a una cantidad insuficiente de establecimientos de salud disponibles) o por parte de la demanda (falta de conocimiento de proveedores e información que facilite al individuo la toma de decisiones en relación a la salud). Las respuestas obtenidas en la encuesta respecto a la disponibilidad de establecimientos de salud se resumen en la Tabla N°11 para cada tipo de centro de salud.

Tabla N°11. Nivel de disponibilidad de establecimientos cercanos al hogar del individuo encuestado: Número de observaciones y distribución según tipo de respuesta

Tipo de establecimiento de salud	Disponible	No disponible	No sabe
Consultorio general (Municipal o del Sistema Nacional de Servicios de Salud)	1.528	335	22
	81%	18%	1%
Posta Rural	355	140	9
	70%	28%	2%
Centro de Referencia de Salud o Centro de diagnóstico terapéutico	424	1.142	319
	22%	61%	17%
Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM)	572	943	370
	30%	50%	20%
Servicio de Urgencia de consultorio (SAPU)	1.258	537	90
	67%	28%	5%
Posta (Servicio de Urgencia de Hospital Público)	1.186	616	83
	63%	33%	4%
Hospital público	1.326	509	50
	70%	27%	3%
Consulta, Centro Médico, Clínica u Hospital Privado	1.151	644	90
	61%	34%	5%
Centro de Salud Mental Privado	350	1.150	385
	19%	61%	20%
Establecimiento de las F.F.A.A. o del Orden	394	1.211	280
	21%	64%	15%
Mutual de Seguridad	782	889	214
	42%	47%	11%
Otro	111	1.221	553
	6%	65%	29%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Como se puede apreciar en la Tabla N°11, el nivel de disponibilidad de establecimientos cercanos de salud varía según el tipo de establecimiento: de un 81% para los consultorios generales a un 19% de los centros de salud mental privados. De esta manera, se hace necesario conocer qué factores de la población podría revelar diferencias respecto a una mayor o menor disponibilidad de centros de salud. La literatura revisada al respecto indica que existe una menor disponibilidad de centros de salud en zonas rurales respecto a zonas urbanas, situación presentada en los contextos chino (Liu et al., 2016) y británico (Jordan, Roderick, Martin, y Barnett, 2004; Watt, Franks, y Sheldon, 1994). De esta manera, la residencia en una zona rural será una de las variables consideradas en el análisis de disponibilidad de centros de salud para el presente estudio. Asimismo, es importante considerar la presencia física de cada tipo de establecimiento de salud en cada región analizada a fin de identificar si existen

diferencias en la distribución de establecimientos de salud por cada 10.000 habitantes. Dicha distribución se resume en la Tabla N°12.

Tabla N°12. Número de establecimientos de salud por cada 10.000 habitantes por tipo de establecimiento.

Establecimientos por cada 10.000 habitantes	Antofagasta	Bíobío	Metropolitana de Santiago
Consultorio General Rural*	1,49	0,99	1,05
Consultorio General Urbano*	0,19	0,28	0,20
Posta de Salud Rural*	8,95	4,67	2,33
Centro de Referencia de Salud	0,02	0,00	0,01
Consultorio de Salud Mental	0,06	0,04	0,06
Servicio de Atención Primaria de Urgencia	0,14	0,19	0,14
Hospital público	0,08	0,13	0,03
Centro de Salud Privado	0,97	0,44	0,33
Centro de Salud Mental Privado	0,00	0,00	0,01
F.F.A. o del Orden	0,02	0,01	0,01
Mutual	0,05	0,01	0,02
Otros	0,23	0,36	0,15

*Para el cálculo de los establecimientos de carácter netamente urbano o rural, se consideró como denominador únicamente la población perteneciente a cada ámbito. Fuente: Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadística e Información en Salud (2018) y el Instituto Nacional de Estadísticas (2017).

La información de la Tabla N°12 señala que, según las estadísticas del servicio de salud, existen diferencias en la distribución de establecimientos de salud por cada 10.000 habitantes en las regiones Metropolitana, del Biobío y de Antofagasta, mostrando que la Región Metropolitana tiene una menor cantidad de establecimientos de salud por cada 10.000 habitantes para la mayoría de los tipos de establecimiento.

De esta forma, se buscará evaluar si existen diferencias en la disponibilidad de establecimientos de salud reportadas por los encuestados entre las zonas rurales y urbanas (mediante la aplicación de una prueba de diferencia de proporciones) así como entre las regiones que formaron parte del estudio (a través de una prueba de Kruskal Wallis y de diferencias de proporciones entre cada par de regiones). Los resultados de estos análisis son mostrados en las Tablas N°13, N°14 y N°15.

Tabla N°13: Proporción de la población que reportan que el establecimiento de salud en mención está disponible desde su hogar según ámbito rural-urbano y prueba de diferencia de proporciones entre resultados de disponibilidad en ámbitos rural y urbano.

Zona	CG	PR	CRF	COSAM	SAPU	Posta	Hpub	Priv	CSMP	FFAA	MUT	OTRO
Rural	0,519	0,704	0,093	0,119	0,3	0,29	0,345	0,236	0,079	0,097	0,159	0,049
Urbano	0,916	0,078	0,273	0,371	0,801	0,753	0,834	0,747	0,224	0,25	0,508	0,062
Diferencia	-0,397***	0,626***	-0,179***	-0,252***	-0,502***	-0,463***	-0,489***	-0,511***	-0,145***	-0,152***	-0,35***	-0,012

CG: Consultorio General (Municipal o del Sistema Nacional de Servicios de Salud), PR: Posta Rural, CRF: Centro de Referencia de Salud o Centro de Diagnóstico Terapéutico, COSAM: Centro de Salud Mental Comunitaria, SAPU: Servicio de Urgencia de consultorio, Posta: Servicio de Urgencia de Hospital Público, Hpub: Hospital Público, Priv: Consulta, Centro Médico, Clínica y Hospital Privado, CSMP: Centro de Salud Mental Privado, FFAA: Establecimiento de las Fuerzas Armadas o del Orden, MUT: Mutual de Seguridad. OTRO: Otro tipo de establecimiento. El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Tabla N°14: Proporción de la población que reportan que el establecimiento de salud en mención está disponible desde su hogar según cada región analizada.

Región	CG	PR	CRF	COSAM	SAPU	Posta	Hpub	Priv	CSMP	FFAA	MUT	OTRO
II - Antofagasta	0,758	0,189	0,201	0,364	0,616	0,709	0,716	0,672	0,258	0,321	0,579	0,062
VIII - Biobío	0,729	0,221	0,119	0,144	0,550	0,43	0,646	0,505	0,125	0,143	0,314	0,049
XIII - Metropolitana	0,944	0,326	0,354	0,402	0,835	0,748	0,748	0,655	0,174	0,165	0,353	0,065

CG: Consultorio General (Municipal o del Sistema Nacional de Servicios de Salud), PR: Posta Rural, CRF: Centro de Referencia de Salud o Centro de Diagnóstico Terapéutico, COSAM: Centro de Salud Mental Comunitaria, SAPU: Servicio de Urgencia de consultorio, Posta: Servicio de Urgencia de Hospital Público, Hpub: Hospital Público, Priv: Consulta, Centro Médico, Clínica y Hospital Privado, CSMP: Centro de Salud Mental Privado, FFAA: Establecimiento de las Fuerzas Armadas o del Orden, MUT: Mutual de Seguridad. OTRO: Otro tipo de establecimiento. Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Tras realizar una prueba de Kruskal Wallis, la cual reportó diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de disponibilidad reportados entre regiones ($p \leq 0,01$) se realiza pruebas de diferencia de proporciones entre las disponibilidades reportadas de cada tipo de establecimiento según par de regiones.

Tabla Nº15: Prueba de diferencia de proporciones de la población de cada región que reporta que el establecimiento de salud en mención está disponible desde su hogar, según cada par de regiones.

Diferencias	CG	PR	CRF	COSAM	SAPU	Posta	Hpub	Priv	CSMP	FFAA	MUT	OTRO
II - VIII	0,29	-0,031	0,082***	0,22***	0,067**	0,279***	0,07**	0,168***	0,133***	0,178***	0,265***	0,013
II - XIII	-0,187***	-0,137***	-0,154***	-0,038***	-0,219***	-0,039	-0,032	0,017	0,084***	0,156***	0,227***	-0,002
VIII - XIII	-0,216***	-0,105***	-0,235***	-0,257***	-0,286***	-0,318***	-0,102***	-0,15***	0,049*	-0,022	-0,039	-0,015

CG: Consultorio General (Municipal o del Sistema Nacional de Servicios de Salud), PR: Posta Rural, CRF: Centro de Referencia de Salud o Centro de Diagnóstico Terapéutico, COSAM: Centro de Salud Mental Comunitaria, SAPU: Servicio de Urgencia de consultorio, Posta: Servicio de Urgencia de Hospital Público, Hpub: Hospital Público, Priv: Consulta, Centro Médico, Clínica y Hospital Privado, CSMP: Centro de Salud Mental Privado, FFAA: Establecimiento de las Fuerzas Armadas o del Orden, MUT: Mutual de Seguridad. OTRO: Otro tipo de establecimiento. El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Los resultados indican que los individuos pertenecientes a zonas rurales presentan, en la encuesta, una calificación menor de disponibilidad de establecimientos de salud desde el hogar (según la escala de la variable, resumida en la Tabla N°5) respecto a los reportados en zonas urbanas, a excepción del establecimiento de “Posta Rural”, de mayor conocimiento en dicha zona. En lo que respecta a diferencias entre regiones, la muestra señala un menor nivel de disponibilidad de establecimientos de salud desde el hogar en la VIII Región respecto a la Región Metropolitana para los tipos de centros de salud: Consultorio General, Posta Rural, Centro de Referencia de Salud, Centro de Salud Mental Comunitaria, Servicio de Urgencia de Consultorio, Servicio de Urgencia de Hospital Público, Hospital Público y Establecimientos privados (con una significancia estadística de $p \leq 0,01$). Además, las respuestas dadas por la muestra sugieren menores niveles de disponibilidad en todos los tipos de establecimiento (exceptuando Consultorio General y Posta Rural) respecto a la Región de Antofagasta, con una significancia estadística de $p \leq 0,01$. Los encuestados de esta última región, por su parte, señalan menores niveles de disponibilidad, respecto a la Región Metropolitana (RM), de casi todos los tipos de establecimientos de salud (a excepción de Servicio de Urgencia de Hospital Público, Hospital y Centro de Salud Privado), a un nivel de significancia estadística de $p \leq 0,01$. Las diferencias entre lo presentado por las estadísticas oficiales de salud (que brindan un menor número de establecimientos de salud por cada 10.000 habitantes en la Región Metropolitana con respecto a las otras regiones analizadas) y las respuestas de la muestra encuestada (sugiriendo una mayor disponibilidad en la RM) pueden deberse a la distribución de dichos centros de salud en cada región, hecho que puede impactar en la percepción de disponibilidad que el usuario puede tener.

De esta forma, dadas las diferencias halladas en los niveles reportados en las distintas regiones y ámbitos rural o urbano, dichas variables se considerarán para una desagregación en el diseño de indicadores a fin de monitorear los niveles de equidad en el acceso bajo este atributo.

3.2.2.2 Tiempo de traslado al centro de salud habitual

El tiempo de traslado desde el hogar al centro de salud al que un individuo habitualmente asistiría se encuentra dentro de la dimensión de características del servicio de salud. Un mayor tiempo de viaje representa una barrera al acceso a la salud

puesto que los tiempos elevados y las distancias largas son factores que, al significar costos para los usuarios, pueden causar una disminución en la demanda y utilización de los servicios médicos (Ensor, 2004). En la encuesta realizada, la distribución de respuestas respecto al tiempo de viaje al establecimiento de salud habitual es resumida en la Tabla N°16.

Tabla N°16. Distribución de tiempos de traslado al centro de salud habitual según rangos de tiempo.

Tiempo del viaje desde el hogar al centro de salud habitual	Respuestas	%
1 = Más de dos horas	52	3%
2 = Entre 1 hora a 2 horas	71	4%
3 = Entre 40 minutos a 60 minutos	97	5%
4 = Entre 20 a 40 minutos	282	15%
5 = Entre 10 a 20 minutos	680	36%
6 = Menos de 10 minutos	703	37%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Se puede observar que la mayoría de los individuos, un 73%, indican un tiempo de traslado hasta el centro de salud habitual de, como máximo, 20 minutos. No obstante, esta distribución puede variar entre distintos grupos poblacionales. Respecto a los factores que influyen en los tiempos de traslado, los estudios consultados indican que la localización de la población en una zona urbana o rural es un determinante importante dado que, generalmente, las poblaciones rurales presentan mayor tiempo de traslado hacia establecimientos de salud, hecho que se presenta en realidades diversas como en China (Liu et al., 2016), Estados Unidos (Chan, Hart, y Goodman, 2006; Reschovsky y Staiti, 2005) e Inglaterra (Jordan, Roderick, Martin, y Barnett, 2004). La distribución de las respuestas separadas por ámbito urbano o rural se muestra en la Tabla N°17.

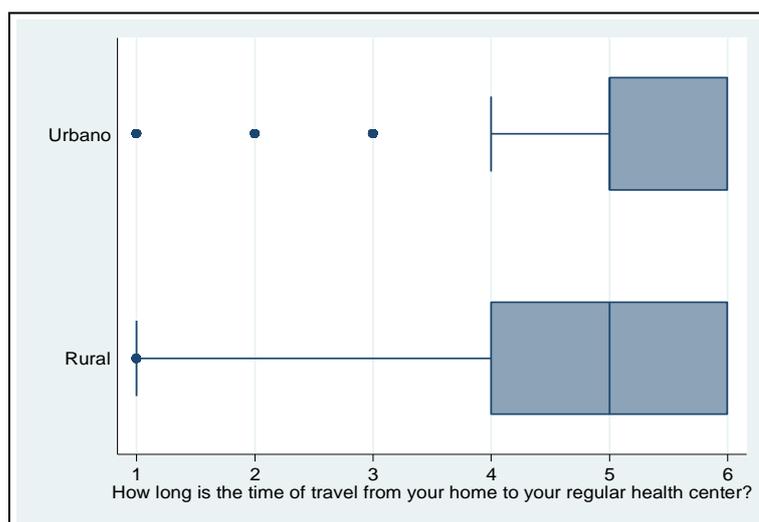
Tabla N°17. Distribución de tiempos de traslado al centro de salud habitual según rangos de tiempo, según ámbito urbano o rural.

Tiempo del viaje desde el hogar al centro de salud habitual	Urbano		Rural	
	Respuestas	%	Respuestas	%
1 = Más de dos horas	38	3%	14	3%
2= Entre 1 hora a 2 horas	37	3%	34	7%
3 = Entre 40 minutos a 60 minutos	70	5%	27	5%
4 = Entre 20 a 40 minutos	192	14%	90	18%
5 = Entre 10 a 20 minutos	551	40%	129	26%
6 = Menos de 10 minutos	493	35%	210	41%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Se observa que un 75% de los individuos que respondieron la encuesta y que pertenecen a zonas urbanas tienen un tiempo de traslado de 20 minutos como máximo, siendo dicha cifra un 67% para los habitantes de las zonas rurales. Del mismo modo, la distribución de las respuestas de cada uno de los grupos se observa mejor en la Figura N°3 donde se aprecia, mediante un gráfico de caja, que las respuestas del ámbito urbano tienen una distribución más homogénea y concentrada alrededor de un menor tiempo de traslado (representado por un rango intercuartil más acotado, entre los niveles de 5 y 6), con muy baja cantidad de respuestas que reporten tiempos superiores a los 40 minutos de traslado, a diferencia de las respuestas correspondientes al ámbito rural para las cuales los tiempos de traslado representan una barrera más alta.

Figura N°3. Distribución de respuestas de tiempo de traslado hacia establecimientos de salud, por ámbito urbano-rural



Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

De esta manera, a fin de identificar si, en el contexto chileno, el hecho de pertenecer a una población rural representa un factor determinante en el tiempo de traslado a un centro de salud, y siendo la variable dependiente por analizar de tipo ordinal, se propone comparar las distribuciones de dicha variable entre las personas de la muestra residentes en zonas urbanas con las de zonas rurales mediante una prueba U de Mann Whitney a fin de identificar si existen diferencias entre ellos. Los resultados de la prueba indicaron diferencias no significativas ($p > 0,1$).

Dado que los resultados de la prueba no brindaron información que permita rechazar la hipótesis nula (las distribuciones de tiempos de traslado al centro de salud son iguales para residentes en zonas rurales y urbanas), no se tomará en cuenta dicho factor para una eventual desagregación de indicadores de monitoreo de tiempos de traslado.

3.2.2.3 Distancia aproximada desde el hogar al lugar de atención para consulta, por tipo de atención médica.

La distancia desde el hogar hasta el establecimiento de atención es un elemento estrechamente ligado al punto anterior, referido al tiempo de viaje hacia este, y es importante en tanto una mayor distancia a recorrer hacia el centro de salud puede reducir la probabilidad de recibir ciertos tratamientos médicos (Voti et al., 2006). La

distribución de las respuestas obtenidas en la encuesta, clasificadas según tipo de consulta, se muestra en la Tabla N°18.

**Tabla N°18. Distribución de respuestas a pregunta “¿Cuál es la distancia aproximada desde su hogar al lugar donde recibió la atención en salud?”
Según tipo de consulta médica.**

Distancia desde el hogar al lugar de atención		1 = Utilizó telemedicina desde hogar	2 = Entre 0-2 kms	3 = Entre 2-5 kms	4 = Entre 5-10 kms	5 = Más de 10 kms	Mediana
Consulta Preventiva	Respuestas	8	119	47	26	39	2
	%	3%	50%	20%	11%	16%	
Medicina General	Respuestas	11	205	65	43	50	2
	%	3%	55%	17%	12%	13%	
Consulta de Especialista	Respuestas	5	121	50	65	101	3
	%	1%	35%	15%	19%	30%	
Atención de urgencia	Respuestas	2	113	34	24	37	2
	%	1%	54%	16%	11%	18%	
Tratamiento Enf. Crónica	Respuestas	4	145	28	23	42	2
	%	2%	60%	12%	9%	17%	

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Se puede observar que los distintos tipos de atención médica presentan valores de tendencia central similares entre ellos, con excepción de la consulta de especialista la cual presenta un valor de mediana superior al resto de atenciones. Al revisar en mayor profundidad qué factores pueden impactar en que se tenga que recorrer una mayor distancia para acceder a servicios de salud, el hecho de residir en una zona rural es uno de ellos puesto que las zonas con mayor porcentaje de ruralidad presentan menores tasas de médicos en Chile (Ramírez, Rivera, Becerra, Peña, y Arteaga, 2016). La distribución de las respuestas respecto a distancias de traslado al lugar de atención, separado por zonas urbanas y rurales, se muestra en la Tabla N°19:

Tabla N°19. Distribución por zona urbano-rural de respuestas a pregunta “¿Cuál es la distancia aproximada desde su hogar al lugar donde recibió la atención en salud?” Según tipo de consulta médica.

Distancia desde el hogar al lugar de atención			1 = Utilizó telemedicina desde hogar	2 = Entre 0-2 kms	3 = Entre 2-5 kms	4 = Entre 5-10 kms	5 = Más de 10 km	Mediana
Consulta Preventiva	Urbano	Respuestas	8	86	29	12	12	2
		%	5%	59%	20%	8%	8%	
	Rural	Respuestas	0	33	18	14	27	3
		%	0%	36%	20%	15%	29%	
Medicina General	Urbano	Respuestas	5	165	59	36	18	2
		%	2%	58%	21%	13%	6%	
	Rural	Respuestas	6	40	6	7	32	2
		%	7%	44%	7%	8%	35%	
Consulta de Especialista	Urbano	Respuestas	4	110	49	54	59	3
		%	1%	40%	18%	20%	21%	
	Rural	Respuestas	1	11	1	11	42	5
		%	2%	16%	2%	16%	64%	
Atención de urgencia	Urbano	Respuestas	2	95	24	8	5	2
		%	1%	71%	18%	6%	4%	
	Rural	Respuestas	0	18	10	16	32	4
		%	0%	24%	13%	21%	42%	
Tratamiento Enf. Crónica	Urbano	Respuestas	3	107	21	11	16	2
		%	2%	68%	13%	7%	10%	
	Rural	Respuestas	1	38	7	12	26	3
		%	1%	45%	8%	14%	31%	

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

La Tabla N°19 permite apreciar medidas de tendencia central más altas para los individuos encuestados pertenecientes a zonas rurales, dentro de cada tipo de atención médica analizada. De esta forma, en este punto se procederá a analizar las diferencias en los niveles de respuesta en la encuesta sobre la distancia desde el hogar al lugar de atención médica entre los habitantes en zonas urbanas y rurales, para los distintos tipos de consulta médica, mediante una prueba U de Mann Whitney. Según la prueba realizada, para todos los tipos de atención médica, los resultados indicaron existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las distribuciones de distancias hacia el lugar de atención entre las muestras urbana y rural. Al complementar el análisis de los valores de las medias de cada zona, los resultados señalan que en la muestra encuestada existe una mayor distancia a recorrer para acceder a un centro de salud en zonas rurales respecto a zonas urbanas, para todos los tipos de consulta médica. En la Tabla N°20 se resumen los valores promedio y las medianas halladas para cada caso,

indicando que las diferencias encontradas van en la dirección esperada con valores mayores para la zona rural:

Tabla N°20. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones entre respuestas obtenidas en zonas rurales y zonas urbanas para los distintos tipos de atención médica.

Distancia desde el hogar al lugar de atención		Mediana	Media	Diferencia Rural-Urbano
Consulta Preventiva	Urbano	2	2,55	0,83***
	Rural	3	3,38	
Medicina General	Urbano	2	2,63	0,58***
	Rural	2	3,21	
Consulta de Especialista	Urbano	3	3,19	1,05***
	Rural	5	4,24	
Atención de urgencia	Urbano	2	2,39	1,42***
	Rural	4	3,81	
Tratamiento Enf. Crónica	Urbano	2	2,55	0,73***
	Rural	3	3,28	

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto. El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Como se muestra en la Tabla N°20, las mayores diferencias en los valores de tendencia central están dadas para consulta de especialista y atención de urgencia (siendo la distancia un elemento crucial en las atenciones de este último tipo). En el país, si bien la Tabla N°12 indica que en las zonas rurales hay un número mayor de establecimientos de salud (de tipo posta de salud rural y consultorio general rural) por cada 10.000 habitantes en comparación a las zonas urbanas, los servicios prestados en dichas instalaciones consisten en, generalmente, servicios básicos de prevención y atención ambulatoria primaria (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, 2008). Respecto a la atención de urgencia, la mayor distancia reportada podría deberse a que este tipo de atención requiere procedimientos y recursos particulares para su prestación, los cuales pueden ser limitados en el ámbito rural (Williams, Ehrlich, y Prescott, 2001).

De esta forma, al existir diferencias estadísticamente significativas (a un nivel de $p \leq 0,01$) que señalan que los individuos que respondieron la encuesta y que residen en

zonas rurales reportan mayores distancias de traslado para asistir a consultas médicas respecto a los residentes en zonas urbanas, dicha variable será considerada para una eventual desagregación en el diseño de indicadores para esta barrera al acceso.

3.2.2.4 Tiempo de espera entre la obtención de una cita y la realización de la consulta médica

El tiempo de espera entre la obtención de una cita médica y la realización de la consulta ambulatoria es otro de los elementos incluidos en la dimensión de características del servicio de salud. Este representa una barrera en tanto un mayor nivel de tiempos de espera retrasa la entrega de atención médica de un individuo que tiene necesidad por determinado servicio de salud y significa, en la OCDE, un reto importante en el diseño de políticas de salud que permitan reducir dichos niveles (Siciliani y Hurst, 2003). En el caso particular de Chile, los tiempos de espera, tanto para las prestaciones incluidas en el Programa de Garantías Explícitas en Salud como para las no incluidas, son un tema que ha cobrado especial atención recientemente, sobre todo para aquellas prestaciones no cubiertas por las GES al no tener tiempos de atención garantizados. Según indican Alarcón et al (2018), las principales causas de las listas de espera para patologías no incluidas en las GES están dadas por el cambio en el perfil epidemiológico de la población (envejecimiento, presencia de obesidad y temas de salud mental), la priorización de las patologías incluidas en el régimen de GES en desmedro de las otras enfermedades, y la existencia de brechas de recursos humanos, financieros y de infraestructura en el sistema de salud.

En lo que respecta a la encuesta, la distribución de los tiempos de espera se encuentra repartida en los siguientes rangos de respuesta, mostrados en la Tabla N°21.

Tabla N°21. Distribución de respuestas acerca de tiempos de espera promedio entre obtención de consulta y atención médica, según rangos de tiempo.

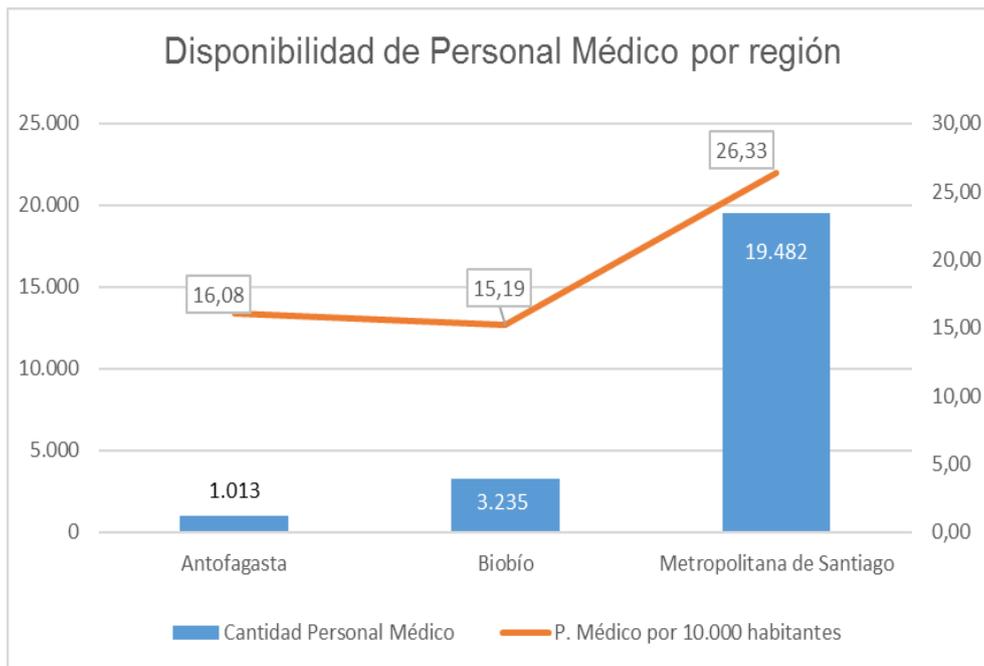
Tiempo de espera en promedio entre obtención de consulta y la atención médica	Respuestas	%
1 = Menos de un día	278	36%
2 = Entre 1 día a 7 días	240	31%
3 = Entre 1 semana a 2 semanas	60	8%
4 = Entre 2 semanas a 1 mes	40	5%
5 = Entre 1 mes a 3 meses	53	7%
6 = Más de 3 meses	42	5%
7 = Nunca ha recibido atención médica	66	8%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

En la Tabla N°21, se aprecia que la mayoría de los encuestados (aproximadamente un 67%) logra asistir a una consulta médica en el lapso de una semana tras haberla solicitado. Sin embargo, de forma similar a las barreras analizadas previamente, los valores pueden variar para distintos grupos de la población. Entre los factores determinantes de tiempo de espera para la realización de la atención médica revisados en la literatura pertinente, se reporta la insuficiencia de especialistas disponibles para atención de los pacientes en algunos sistemas de salud en la OCDE (Siciliani y Hurst, 2003). Esto guarda relación con los datos generados dentro de Chile que indican que entre las causas de listas de espera (fuera de las patologías cubiertas por GES) se encuentra la presencia de un sistema con brechas de recursos humanos, financieros y de equipos e infraestructura que evidencian las diferencias en la falta de acceso (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018). Adicionalmente, dado que, como se revisó al inicio de esta sección, las patologías no pertenecientes a las GES sufren despriorización de atención respecto a las que sí están incluidas en dicho programa (Alarcón, 2018), el sufrir una enfermedad crónica incluida dentro del régimen será una variable a considerar para definir diferencias en lo reportado sobre tiempos de espera entre los pacientes encuestados que están dentro del régimen de garantías con los que no, esperando que aquellos reporten menores tiempos de espera que los últimos. De esta forma, es necesario analizar la cantidad de personal médico disponible en cada región analizada. Dos medidas de presencia de recursos humanos, la cantidad de personal médico y el personal médico⁵ por cada 10.000 habitantes, son presentados en la Figura N°4 para las regiones que forman parte del análisis de este estudio.

⁵ Personal médico: Profesionales inscritos en el Colegio Médico de Chile.

Figura N°4. Distribución de personal médico: Cantidad y Número por cada 10.000 habitantes, por región analizada



Fuente: Elaboración propia a partir de información de INE (2017)

Los datos provistos por las estadísticas oficiales del Gobierno de Chile indican que la Región Metropolitana concentra una mayor cantidad de personal médico, así como una mayor proporción de personal médico por cada 10.000 habitantes, respecto a las otras regiones. La disponibilidad del personal médico también fue un elemento evaluado en la encuesta, para el cual la muestra consultada tuvo la distribución de respuestas que se resume en la Tabla N°22, según cada región incluida en el análisis, en la que un menor valor de la variable denota una mayor disponibilidad de personal médico:

Tabla N°22: Distribución de respuestas acerca de tipo de profesional médico que atendió la necesidad de salud, según región analizada.

Desde el punto de vista de su necesidad por atención de especialistas de la salud	II. Región		VIII Región		XIII Región	
	Respuestas	%	Respuestas	%	Respuestas	%
1 = Recibió atención de médico especialista	125	35%	159	41%	181	45%
2 = Recibió atención de un médico general	175	50%	157	41%	192	48%
3 = Recibió atención de un(a) enfermero(a)	1	0%	21	6%	9	2%
4 = Recibió atención de otros profesionales del área de la salud	10	3%	11	3%	6	2%
5 = Recibió atención de otras personas no profesionales del área de la salud	1	0%	1	0%	1	0%
6 = No recibí atención por falta de especialista	3	1%	7	2%	3	1%
7 = No necesité atención de un especialista	37	11%	28	7%	7	2%
Media	2,27		2,14		1,72	

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Para identificar diferencias entre regiones, se realiza una prueba de Kruskal Wallis. El resultado de dicha prueba señala la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,01$) entre las tres regiones en las distribuciones de sus respuestas sobre disponibilidad de personal médico. A fin de identificar la significancia de las diferencias entre pares específicos de regiones, se realiza una prueba de la mediana entre cada par de regiones. Los resultados de esta prueba se muestran en la Tabla N°23

Tabla N°23. Valores promedio de respuestas respecto a disponibilidad de personal médico, por región, y significancia de pruebas de la mediana entre pares de regiones

Región	Media	Significancia de prueba de la mediana entre pares de regiones		
		Antofagasta	Biobío	Metropolitana
Antofagasta	2,27			
Biobío	2,14	-		
Metropolitana	1,72	***	***	

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que la muestra consultada en la Región Metropolitana presenta respuestas cuyo valor medio en la escala de dicha variable (con una significancia estadística de $p \leq 0,01$) es menor respecto a las otras dos regiones. En vista que dentro de la escala de dicha variable un menor valor indica una mayor disponibilidad de personal médico, la dirección de la diferencia encontrada en esta prueba coincide con los datos de disponibilidad de personal médico presentados por el INE. Así, la región a la que pertenece el encuestado podría ser un factor que influya en el tiempo de espera entre la obtención de consulta y la realización de esta.

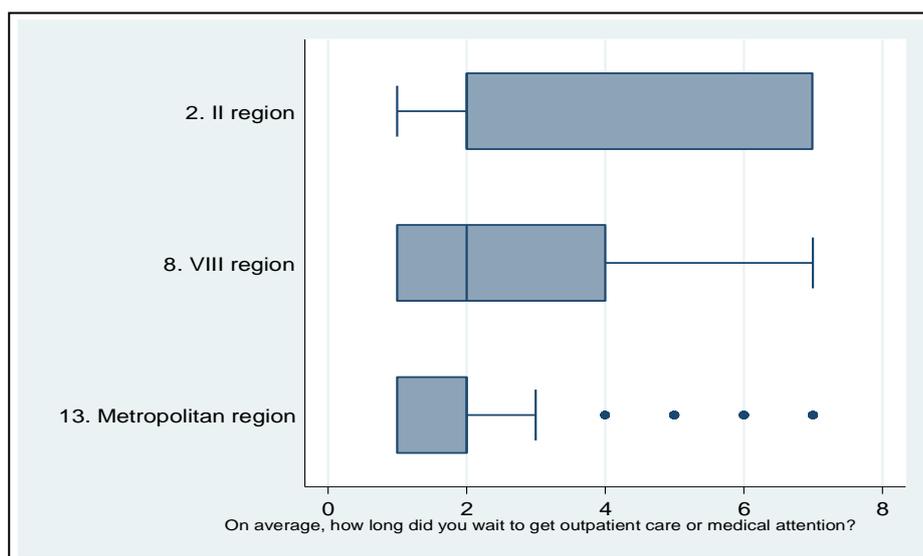
Retomando el análisis de los tiempos de espera por consulta médica, la Tabla N°24 muestra la distribución de las respuestas que los individuos de la muestra brindaron como parte de la encuesta, según cada región analizada; mientras que la Figura N°5 muestra la dispersión de la distribución de las respuestas para cada región, en que se puede observar las diferencias de los rangos intercuartiles entre regiones, teniendo la Región Metropolitana una mayor concentración de respuestas hacia tiempos de espera menores:

Tabla N°24: Distribución de respuestas acerca de tiempos de espera promedio entre obtención de consulta y atención médica, para cada región analizada.

Tiempo de espera en promedio entre obtención de consulta y la atención médica	II. Región		VIII Región		XIII Región	
	Respuestas	%	Respuestas	%	Respuestas	%
1 = Menos de un día	45	21%	102	36%	131	46%
2 = Entre 1 día a 7 días	72	33%	81	29%	87	31%
3 = Entre 1 semana a 2 semanas	10	5%	25	9%	25	9%
4 = Entre 2 semanas a 1 mes	7	3%	22	8%	11	4%
5 = Entre 1 mes a 3 meses	15	7%	25	9%	13	5%
6 = Más de 3 meses	9	4%	23	8%	10	3%
7 = Nunca ha recibido atención médica	57	27%	2	1%	7	2%
Media	3,6		2,51		2,10	
Mediana	2		2		2	

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Figura N°5. Distribución de respuestas de tiempo de espera por atención médica, por región



Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

De esta forma, a fin de identificar diferencias estadísticamente significativas entre las regiones analizadas respecto a la distribución de respuestas sobre tiempos de espera, se realiza una prueba de Kruskal-Wallis, la cual indica que existen diferencias significativas en las distribuciones (a un nivel de $p \leq 0,01$). Para identificar la significancia de las diferencias entre pares específicos de regiones, se realiza una prueba de la mediana entre cada par de regiones. Los resultados de estas pruebas son resumidos en la Tabla N°25:

Tabla N°25. Significancia de pruebas de la mediana de distribución de respuestas sobre tiempos de espera por atención médica entre pares de regiones

Región	Media	Significancia de prueba de la mediana entre pares de regiones		
		Antofagasta	Biobío	Metropolitana
Antofagasta	3,56			
Biobío	2,51	***		
Metropolitana	2,10	***	***	

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia.

Las pruebas de la mediana indican que existen diferencias estadísticamente significativas (a un nivel de $p \leq 0,01$) en las distribuciones para los distintos pares de regiones analizados. La dirección de las diferencias entre la Región Metropolitana y las otras, obtenida a partir de los promedios de cada región, están acorde al nivel analizado

de disponibilidad de recursos para la atención médica, e indican que dicha región presenta un menor nivel de tiempo de espera respecto a las otras regiones estudiadas (a un nivel de $p \leq 0,01$). No obstante, los encuestados residentes en la Región de Antofagasta, a pesar de que esta tiene una cantidad mayor de personal y establecimientos médicos que la Región del Biobío, reportan tiempos de espera estadísticamente mayores en promedio que la región del Biobío, a un nivel de $p \leq 0,01$.

Según se indicó previamente, el padecer una enfermedad crónica debiera ser un factor que propicie tiempos de espera menores debido a que, dentro de los conceptos de equidad manejados para la presente tesis, de existir desigualdades en la prestación de algún servicio estas deberían otorgar el mayor beneficio a los miembros menos favorecidos de la sociedad (Rawls, 1985), ya que, en la encuesta analizada, la mayoría de las personas que reportan tener una condición crónica de salud también indican que dicha condición está dentro de las patologías incluidas en el régimen de Garantías Explícitas en Salud, las cuales indican tiempos de espera máximos tanto para atención como para tratamiento de dichas enfermedades. La Tabla N°26 resume la distribución de las respuestas de la muestra sobre tiempos de espera, según si los individuos consultados presentan condiciones crónicas de salud o no.

Tabla N°26. Distribución de respuestas de tiempos de espera según padecimiento de condición crónica de salud

Tiempo de espera en promedio entre obtención de consulta y la atención médica	Tiene condición crónica de salud		No tiene condición crónica de salud	
	Respuestas	%	Respuestas	%
1 = Menos de un día	81	32%	197	38%
2 = Entre 1 día a 7 días	77	30%	163	31%
3 = Entre 1 semana a 2 semanas	22	8%	38	7%
4 = Entre 2 semanas a 1 mes	22	8%	18	3%
5 = Entre 1 mes a 3 meses	33	13%	20	4%
6 = Más de 3 meses	18	7%	24	5%
7 = Nunca ha recibido atención médica	4	2%	62	12%
Total	257	100%	522	100%

Fuente: Elaboración propia.

A fin de determinar diferencias entre las distribuciones de respuestas para ambos grupos, se procede a realizar una prueba U de Mann Whitney. Al no obtener diferencias

estadísticamente significativas, los resultados de esta prueba no permiten rechazar la hipótesis nula de que no existen diferencias entre ambas distribuciones de tiempos de espera ($p > 0,1$).

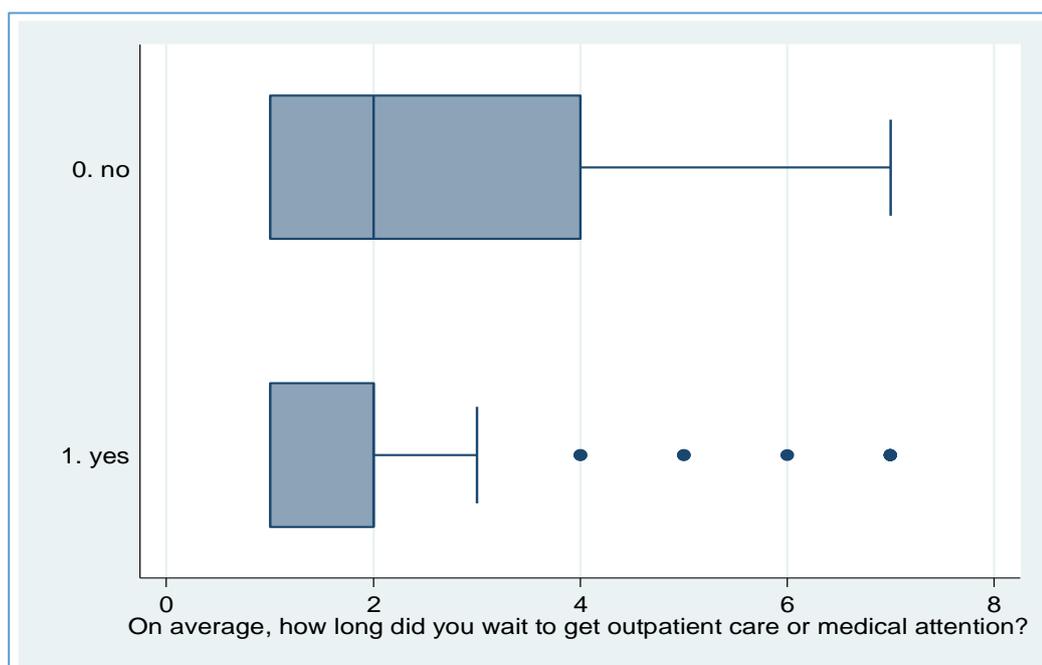
Del mismo modo, en la literatura se puede encontrar que el hecho de estar afiliado a un seguro de salud privado puede reducir los tiempos de espera por atención médica (Viberg, Forsberg, Borowitz, y Molin, 2013). Dicho efecto es identificado en contextos como el alemán (Kuchinke, Sauerland, y Wübker, 2009; Luque Ramos, Hoffmann, y Spreckelsen, 2018) y el austríaco (Institut für Höhere Studien, 2007). La distribución de las respuestas por estado de afiliación a un seguro privado o no es resumida en la Tabla N°27, mientras que la dispersión de dichas respuestas puede observarse de forma gráfica en la Figura N°6, indicando que las respuestas de aquellos afiliados a Isapre se concentran en valores menores respecto a aquellos no afiliados a dicho sistema.

Tabla N°27: Distribución de respuestas acerca de tiempos de espera promedio entre obtención de consulta y atención médica, según estado de afiliación a aseguramiento privado en salud.

Tiempo de espera en promedio entre obtención de consulta y la atención médica	Afiliado a Isapre		No afiliado a Isapre	
	Respuestas	%	Respuestas	%
1 = Menos de un día	39	42%	239	35%
2 = Entre 1 día a 7 días	33	36%	207	30%
3 = Entre 1 semana a 2 semanas	7	8%	53	8%
4 = Entre 2 semanas a 1 mes	2	2%	38	6%
5 = Entre 1 mes a 3 meses	2	2%	51	7%
6 = Más de 3 meses	1	1%	41	6%
7 = Nunca ha recibido atención médica	8	9%	58	8%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Figura N°6. Distribución de respuestas de tiempo de espera por atención médica, según estado de afiliación a aseguramiento privado



Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Las diferencias entre las distribuciones de las respuestas sobre tiempos de espera por atención médica para aquellos encuestados afiliados a un sistema privado de salud respecto a aquellos que no lo están será analizada mediante una prueba U de Mann Withney.

La Tabla N°28 resume las medias de respuesta obtenidas para cada grupo, así como la significancia de las diferencias presentes entre ellos (nivel de $p \leq 0,01$). El análisis muestra que los afiliados a una Isapre consultados en la encuesta reportan un promedio de tiempos de espera menor al de aquellos que no están afiliados al aseguramiento privado (a un nivel de significancia de $p \leq 0,01$), confirmando lo encontrado previamente en la literatura.

Tabla N°28. Resultados de la prueba U de Mann Whitney de tiempos de espera por atención médica, por estado de afiliación a aseguramiento privado

¿Afiliado a Isapre?	Observaciones	Media
Sí	84	1,78
No	629	2,32
Diferencia en la distribución		***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01$

< $p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia.

Dados estos resultados, se considera como relevantes las diferencias entre regiones y entre el estado de afiliado o no al aseguramiento privado. Ambos factores serán tomados en cuenta para realizar la desagregación correspondiente al momento de diseñar los indicadores para monitoreo.

3.2.2.5 Tiempo de espera por el servicio de salud en el establecimiento

El tiempo de espera por el servicio de salud en el establecimiento se refiere al tiempo que un paciente espera desde que llega al centro de salud hasta que empieza la atención en sí. Un excesivo tiempo de espera en el establecimiento de salud es una causa frecuente de insatisfacción de paciente y una barrera para obtención de atención médica (O'Malley, Fletcher, Fletcher, y Earp, 1983). La distribución de los tiempos de espera en el servicio de salud para los encuestados en el presente estudio se resume en la Tabla N°29:

Tabla N°29. Distribución de tiempos de espera por el servicio de salud, según rangos de tiempo.

Tiempo regular de espera por el servicio de salud	Respuestas	%
1 = Muy adecuado, no más de 10 minutos	197	17%
2 = Adecuado, entre 10 a 30 minutos	428	38%
3 = Medianamente adecuado, entre 30 minutos a 1 hora	235	21%
4= Excesivo, entre 1 hora a 2 horas	155	13%
5 = Muy excesivo, más de 2 horas	112	10%
6 = No recibió atención, tiempo de espera extremadamente excesivo	7	1%
Total	1.134	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Los resultados mostrados en la Tabla N°29 indican que los encuestados reportan niveles de espera más cercanos a valores menores: Un 67% reporta tiempos de espera

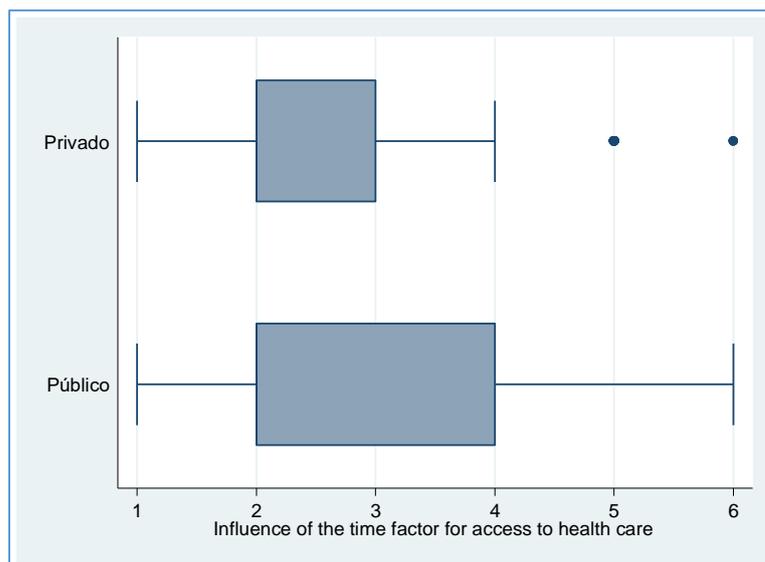
menores a 30 minutos en el sitio de atención. No obstante, los resultados pueden variar si se clasifica el total de la población según factores que determinen dicho tiempo de espera. A diferencia de los tiempos de espera transcurridos desde la obtención de la cita hasta la realización de esta, la cantidad de estudios relativos al tiempo de espera en el establecimiento de salud indica que el tema no ha sido explorado tan largamente (Belayneh, Woldie, Berhanu, y Tamiru, 2017; Ward et al., 2017). No obstante, entre los determinantes de un mayor o menor tiempo de espera en la literatura se encuentran: si el establecimiento es público o privado (Tegabu, 2008; Ward et al., 2017), cantidad de recursos de salud asignados a la localidad (Belayneh et al., 2017; Oche y Adamu, 2013) y procesos internos deficientes del establecimiento de salud respecto a asignación de pacientes (Ahmad, Khairatul, y Farnaza, 2017; Belayneh et al., 2017; Oche y Adamu, 2013). La distribución de las respuestas de esta variable clasificada según el tipo de establecimiento habitualmente visitado es resumida en la Tabla N°30 y graficada en la Figura N°7, la cual muestra concentración de las respuestas de los asistentes a establecimientos privados alrededor de valores menores, indicativos de tiempos de espera más bajos en dicho tipo de centro médico respecto a los públicos.

Tabla N°30. Distribución de tiempos de espera por el servicio de salud, según tipo de establecimiento habitualmente visitado por el individuo encuestado.

Tiempo regular de espera por el servicio de salud	Público		Privado	
	Respuestas	%	Respuestas	%
1 = Muy adecuado, no más de 10 minutos	142	16%	55	23%
2 = Adecuado, entre 10 a 30 minutos	326	37%	101	43%
3 = Medianamente adecuado, entre 30 minutos a 1 hora	196	22%	38	16%
4 = Excesivo, entre 1 hora a 2 horas	129	14%	25	11%
5 = Muy excesivo, más de 2 horas	97	11%	15	6%
6 = No recibió atención, tiempo de espera extremadamente excesivo	4	0%	3	1%
Total	894	100%	237	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Figura N°7. Distribución gráfica de respuestas de tiempo de espera en el establecimiento de salud, según tipo de establecimiento habitualmente visitado



Fuente: Elaboración propia

De esta forma, el análisis a realizar consistirá en la comparación de las distribuciones de tiempos de espera en establecimientos de salud públicos y los privados, a través de una prueba U de Mann Withney, y comparaciones múltiples de variabilidad entre regiones (debido a la diferencia de asignación de recursos médicos entre ellas según lo visto en la Figura N°4), mediante la prueba de Krustal-Wallis. Los resultados de la prueba U de Mann Whitney, mostrados en la Tabla N°31, indican que los encuestados señalan la existencia de diferencias significativas (a un nivel de $p \leq 0,01$) entre las distribuciones de tiempos de espera en el establecimiento de salud reportados por usuarios de centros de salud públicos y privados. La dirección de esta diferencia indica mayores tiempos reportados por los usuarios de establecimientos públicos respecto a los privados.

Tabla N°31. Valor medio de respuestas sobre tiempos de espera en el establecimiento, por tipo de establecimiento habitualmente visitado, y significancia de diferencias en distribuciones de respuestas según prueba U de Mann Withney.

Tipo de Centro de Salud	Observaciones	Media
Público	883	2,69
Privado	251	2,4
Diferencia entre las distribuciones		***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, también se realizó la prueba de Krustal-Wallis cuyos resultados señalan que las diferencias entre las distribuciones de las respuestas reportadas por las regiones analizadas respecto a tiempos de espera en el establecimiento de salud no son significativas ($p > 0,1$).

De esta forma, se puede concluir que el hecho de que el establecimiento de salud visitado sea de carácter público representa una barrera de acceso debido a los mayores tiempos de espera reportados al acudir a los mismos respecto a los reportados en recintos privados. En lo que respecta a variabilidad entre regiones, no se observan diferencias en el reporte de tiempos de espera entre ellas. Por lo tanto, la variable que indica si el tipo de establecimiento visitado usualmente es público o privado será el factor de desagregación al momento de proponer el indicador.

Los análisis realizados han permitido identificar los factores determinantes y originadores de barreras de acceso a la salud en la dimensión de características de los servicios de salud. El impacto de dichas barreras en la población puede observarse en el análisis de las desutilidades de cada atributo como del total de la dimensión.

3.2.3 Nivel de desutilidad generada por la dimensión de Características del Servicio de Salud en la población

Se puede notar que los elementos analizados a lo largo de la sección de Características del Servicio de Salud corresponden a aquellos que, bajo la Teoría de Utilidad Multiatributo, generan una mayor desutilidad a la población. La Tabla N°32 muestra, en orden de relevancia, cuáles son los atributos que causan mayores desutilidades dentro de la presente dimensión (un valor más cercano a 1 representa un mayor nivel de desutilidad):

Tabla Nº32: Nivel de desutilidad generado por cada una de las variables incluidas dentro de la dimensión de Características del Servicio de Salud, por región

Variable	Antofagasta	Biobío	Metropolitana	Total
¿Cuánto es el tiempo de viaje desde su hogar al centro de salud más habitual o al que asistiría, independiente si lo usa o no?	0,7961	0,7689	0,7734	0,7794
Disponibilidad de establecimientos de salud desde el hogar	0,4722	0,5331	0,3887	0,4722
Acceso respecto a la distancia del lugar de atención	0,2022	0,2079	0,2100	0,2068
Acceso respecto del Tiempo de espera	0,1682	0,2117	0,2073	0,1959
Distancia aproximada desde hogar al lugar de atención. Consulta de especialidad. Última atención	0,0927	0,1040	0,1068	0,1012
¿Cuánto tiempo espera en promedio entre conseguir una consulta ambulatoria y la atención médica? (Recordar la última consulta)	0,0700	0,1308	0,0861	0,0957
Promedio otros atributos de la dimensión*	0,0033	0,004	0,004	0,0034
Total desutilidad de la dimensión	0,0169	0,0191	0,0154	0,0171

*Debido a la cantidad de atributos pertenecientes a esta dimensión, se procedió a resumir aquellos que presentaron un nivel de desutilidad superior a 0,095. El resto se encuentra promediado en esta categoría. Fuente: Análisis de desutilidades de barreras de acceso a la salud, Proyecto Fondecyt Nº11160150

Se observa que la desutilidad general que la dimensión de características del servicio de salud produce en la población promedia un nivel de 0,0171, el cual presenta diferencias significativas (para un nivel de significancia de $p \leq 0,05$) respecto a la dimensión de Políticas de Salud y no presenta diferencias significativas al ser comparada entre las distintas regiones que formaron parte del alcance del proyecto ($p > 0,05$). Asimismo, al consultar al panel de expertos para la asignación de los pesos respectivos a cada dimensión, la presente dimensión fue la que recibió una ponderación mayor dentro del modelo de acceso a la salud de Aday y Andersen (1974), obteniendo un 36,76% de peso tras el cálculo de la media geométrica de la opinión de los doce expertos, cifra que indica una especial relevancia de la dimensión para explicar la desutilidad general al acceso sufrida por la población.

Los niveles de desutilidad uni-atributo calculados señalan que los tiempos de espera (0,779) y la disponibilidad de establecimientos de salud (0,472) son los atributos que generan mayor desutilidad en la población, seguido de las distancias de traslado a los centros de salud (0,2068). De esta forma, tras los análisis, identificación de factores determinantes en la formación de barreras y cálculo de principales atributos generadores de desutilidad, se propondrá un conjunto de indicadores para el monitoreo del acceso a la salud en la presente dimensión.

3.2.4 Indicadores propuestos para la dimensión de Características del Servicio de Salud

A lo largo de esta sección se han analizado los factores que explican el comportamiento de los distintos atributos contenidos en la dimensión de características del servicio de salud, así como se han identificado las diferencias -reportadas en la encuesta- entre distintos grupos poblacionales. Entonces, a fin de monitorear el nivel de acceso a la salud de la población bajo la óptica de la presente dimensión, se propondrá un indicador para cada barrera al acceso identificada y analizada de tal manera que el grupo de indicadores para esta dimensión permita monitorear los esfuerzos realizados a fin de reducir los tiempos de viaje de los usuarios a los centros médicos, vigilar una adecuada distribución de establecimientos de salud disponibles entre regiones y ámbitos urbano-rural, hacer seguimiento a la evolución de los tiempos de espera para los distintos tipos de intervención médica, monitorear los tiempos transcurridos dentro de los establecimientos de salud mientras se espera por atención y revisar el aumento progresivo de proporción de la población viviendo a una distancia accesible a médicos especialistas. Para la definición de metas de referencia, se procedió según los lineamientos explicados en la subsección anterior. Los indicadores son mostrados a detalle, con fórmulas, niveles de desagregación y metas, en la Tabla N°33:

Tabla N°33. Indicadores propuestos para la dimensión de Características del Servicio de Salud

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
4	Reducir las distancias promedio que debe recorrer la población para acceder al centro de salud más cercano	Variación de proporción de la población que vive dentro del área de influencia de un centro de salud (radio censal de 1 km). Medido mediante análisis de accesibilidad en el entorno a través de Sistemas de Información Geográfica (SIG)	$\frac{\text{Número de personas viviendo en el área de influencia de un centro de salud en el periodo t}}{\text{Total de la población en el periodo t}}$ $\frac{\text{Número de personas viviendo en el área de influencia de un centro de salud en el periodo t - 1}}{\text{Total de la población en el periodo t - 1}}$	Cifra base de referencia periodo t-1 Urbano: S/I Rural: S/I	Aumento esperado para periodo t: Urbano: +10% Rural: +15%	Anual	Para hacer un mejor estudio de este indicador, se sugiere desagregar a la población analizada según ámbito urbano y rural, a fin de monitorear posibles diferencias entre los resultados obtenidos por entre ambos grupos.
5	Aumentar la disponibilidad de consultorios generales de salud para uso de la población	Densidad de Consultorios Generales de Salud por cada 10.000 habitantes – Por Región y ámbito urbano-rural	$\frac{\text{Número de Consultorios Generales de salud disponibles}}{\text{Total de Población / 10.000}}$	Región**: II: Urbano: 0,19 Rural: 1,49 VIII: Urbano: 0,28 Rural: 0,99 XIII: Urbano: 0,20 Rural: 1,05	Región: II: Urbano: 0,22 Rural: 1,70 VIII: Urbano: 0,32 Rural: 1,15 XIII: Urbano: 0,23 Rural: 1,15	Cada dos años	Medición mediante estadísticas de recursos del sistema de salud. Se sugiere desagregar a la población analizada según ámbito urbano y rural y región de residencia, a fin de monitorear posibles diferencias entre los resultados obtenidos por los grupos desgredados según cada clasificación.

*Información para cifra base obtenida de Instituto Nacional de Estadísticas (2017). **Información para cifra base obtenida de Instituto Nacional de Estadísticas (2017) y Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2018)

Tabla N°33. Indicadores propuestos para la dimensión de Características del Servicio de Salud (continuación)

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
6	Monitorear los tiempos de espera desde la obtención de cita médica hasta la realización de la consulta ambulatoria, procedimiento o intervención quirúrgica, para los subsectores público y privado de salud	Mediana de días de espera en lista de espera por atención médica – Por subsector público y privado, Región y Tipo de Atención médica (Consulta Preventiva, Consulta con Médico General, Consulta Nueva de Especialidad e Intervención Quirúrgica)	<p>Mediana de días en lista de espera para consulta de especialista, procedimiento e intervención quirúrgica en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud</p> <p>Mediana de días en lista de espera para consulta de especialista, procedimiento e intervención quirúrgica en establecimientos de salud privados</p>	<p>Sistema público***:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialista: 302 días • Procedimiento: 526 días • Intervención quirúrgica: 381 días <p>Sistema privado: S/I</p>	<p>Sistema público:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialista: -10% • Procedimiento: -10% • Intervención quirúrgica: -10% <p>Sistema privado: -10%</p>	Anual	<p>Monitoreo mediante estadísticas de atención del Repositorio Nacional de Listas de Espera (Subsistema público) y mediante reportes entregados por establecimientos privados a la Superintendencia de Salud.</p> <p>Se sugiere desagregar el indicador por región y tipo de atención médica (consulta de especialista, procedimiento médico o intervención quirúrgica)</p>
7	Monitorear los niveles de tiempos de espera de usuarios citados a consulta ambulatoria en los sistemas público y privado	Variación de tiempo promedio en minutos transcurrido desde llegada del paciente a Admisión en el establecimiento de salud hasta que entra a consulta. Por centros de salud públicos y privados.	$1 - \frac{\text{Tiempo promedio en minutos transcurridos desde llegada del paciente hasta que entra a consulta en periodo t}}{\text{Tiempo promedio en minutos transcurridos desde llegada del paciente hasta que entra a consulta en periodo t - 1}} * 100\%$	<p>Cifra base para periodo t-1:</p> <p>S/I</p>	<p>Reducción meta para periodo t:</p> <p>-20%</p>	Anual	<p>Medición mediante estadísticas tiempos de espera en el establecimiento de salud.</p> <p>Se sugiere desagregar resultado del indicador en establecimientos públicos o privados, a fin de monitorear posibles diferencias en el desempeño entre ambos grupos.</p>

***Información para cifra base obtenida de Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018)

Tabla N°33. Indicadores propuestos para la dimensión de Características del Servicio de Salud (continuación)

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
8	Reducir los tiempos de traslado de la población desde su hogar al servicio de emergencia más cercano	Porcentaje de personas que pueden acceder a un servicio de emergencia en 15 minutos o menos – Medido mediante análisis de accesibilidad en el entorno a través de Sistemas de Información Geográfica (SIG)	$\left[\frac{\text{Número de personas que pueden acceder a un servicio de emergencia en 15 minutos o menos}}{\text{Total de personas incluidas en la muestra de cálculo}} \right] * 100\%$	S/I	75%	Bianual	.
9	Reducir los tiempos de traslado de la población desde su hogar al centro médico de mediana complejidad más cercano	Porcentaje de personas que pueden acceder a un centro de salud de mediana complejidad en 15 minutos o menos – Medido mediante análisis de accesibilidad en el entorno a través de Sistemas de Información Geográfica (SIG)	$\left[\frac{\text{Número de personas que pueden acceder a un servicio de mediana complejidad en 15 minutos o menos}}{\text{Total de personas incluidas en la muestra de cálculo}} \right] * 100\%$	S/I	70%	Bianual	

3.3 Características de la Población en riesgo

3.3.1 Descripción de la dimensión de Características de la Población en Riesgo en la encuesta realizada

Según el modelo de acceso a la salud de Aday y Andersen (1974), la dimensión de características de la población considera aquellos elementos que son determinantes de una potencial utilización de los servicios de salud. Los autores clasifican dichos elementos en tres: De predisposición, que existen antes de la ocurrencia de un episodio de enfermedad y que describen la propensión a utilizar los servicios de salud; los facilitadores, que incluyen los medios que permiten que los individuos hagan uso de los servicios de salud, tanto a nivel individual como de la comunidad a la que pertenece; y de necesidad, referido al nivel de enfermedad y representan la causa inmediata de uso de atención médica. Ejemplos de elementos que se incluyen en esta dimensión y que son aplicables en el caso de Chile son: edad, sexo, pertenencia a pueblo originario, ocupación, educación, actitudes y comportamientos relativos a la salud (de predisposición); ingreso, forma de pago de servicios médicos, aseguramiento de salud, residencia en zona rural o urbana (facilitadores); y existencia de enfermedades crónicas u obesidad diagnosticada (de necesidad).

En la encuesta realizada, se levantó información demográfica sobre la muestra consultada incluyendo género, edad, nivel de ingresos, nivel educativo alcanzado, situación laboral, religión, pertenencia a pueblo originario y nacionalidad, así como costumbres y actitudes concernientes a la salud como frecuencia de consumo de tabaco, realización de actividades deportivas y consumo de bebidas alcohólicas; elementos que constituyen elementos de predisposición al uso de servicios de atención médica. Asimismo, se pudo obtener información de variables como nivel de ingresos, pertenencia a algún sistema de aseguramiento de salud, forma de pago de servicios de salud y residencia en zona urbana o rural, aspectos que pertenecen a la clasificación de componentes facilitadores. De igual forma, se obtuvo información de presencia diagnosticada de obesidad y enfermedades crónicas, como parte de los componentes de necesidad por servicios de salud.

3.3.2 Identificación de barreras de acceso y análisis estadísticos para la dimensión

3.3.2.1 Componentes de predisposición

El concepto de componentes de predisposición al uso de servicios de salud, existentes de forma previa a un episodio de enfermedad, guarda relación con los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), los cuales se entienden como las "condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y el conjunto de fuerzas y sistemas que forman sus condiciones diarias de vida (World Health Organization, 2018b) y que, además, permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud y estructuran los comportamientos relacionados con ella (Commission on Social Determinants of Health, 2008). Ejemplos de estos determinantes son: género, edad, etnicidad, educación de la población -en especial de los niños y niñas-, condiciones laborales generales, disponibilidad de servicios de saneamiento y clase social de la población. Una mayor propensión a episodios de enfermedad, así como un acceso diferenciado a servicios de salud refleja la inequidad sanitaria entre los pertenecientes a distintos grupos en cada una de las categorías mencionadas.

La OMS indica, dentro de las conclusiones del reporte final de la comisión especializada para el análisis de los determinantes sociales de la salud, tres recomendaciones principales a fin de subsanar las desigualdades ocasionadas por estos: mejorar las condiciones de vida de la población (educación obligatoria para todos los niños o niñas, mejora de hábitos alimenticios y conductas sanas, prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, protección social, atención de salud universal), luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos (representación justa de todos los grupos en la toma de decisiones, equidad de género) y la medición y análisis del problema por parte de los actores principales nacionales y supranacionales (Organización Mundial de la Salud, 2009a). Es así que es crucial la elaboración de indicadores de monitoreo que aborden los determinantes sociales de la salud con un enfoque en la reducción de inequidades sanitarias (Organización Mundial de la Salud, 2009b).

De esta forma, para el presente estudio, el análisis de los componentes de predisposición al uso de servicios de salud se basará en el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud de la OMS el cual indica que los mecanismos de estratificación socioeconómica (tales como educación, estado laboral, sexo, grupo étnico,

entre otros) "configuran las oportunidades de salud de los grupos sociales, sobre la base de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos" (Jadue, Marín, Vega, e Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, 2005). Para ello, a continuación, se procede a analizar cada una de dichas variables: primero realizando análisis de estadística descriptiva respecto a cada componente con la información obtenida de la encuesta, y luego haciendo un análisis de las modas de cada variable, identificando qué estado de salud es el preponderante para cada categoría de la variable independiente analizada. Para esta subsección se utiliza la moda como medida de tendencia central porque la variable dependiente "Estado de Salud" es de naturaleza categórica (Ver Tabla N°5). La siguiente tabla indica la distribución de la muestra por cada región según el nivel educativo reportado:

Tabla N°34. Distribución de la muestra consultada según nivel educativo, por cada región

Nivel educativo	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
1 = Sin educación	43	7%	22	3%	34	6%
2 = Preescolar/kindergarten	25	4%	14	2%	26	4%
3 = Educación diferencial	5	1%	2	0%	3	0%
4 = Educación primaria incompleta	137	22%	158	25%	155	25%
5 = Educación primaria completa	53	8%	75	11%	49	8%
6 = Educación media incompleta	77	12%	81	13%	113	18%
7 = Educación media completa	145	23%	137	22%	128	20%
8 = Educación técnica incompleta	5	1%	18	3%	13	2%
9 = Educación técnica completa	42	7%	30	5%	38	6%
10 = Educación profesional incompleta	35	6%	25	4%	26	4%
11 = Educación profesional completa	53	9%	66	10%	42	7%
12 = Postgrado	1	0%	1	0%	3	0%
99 = No sabe / No opina	2	0%	1	0%	2	0%
Total	623	100%	630	100%	632	100%
Mediana	6		6		6	

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

De esta forma, la literatura indica que un menor nivel educativo está ligado a niveles más bajos de salud, mayor estrés y menor confianza en uno mismo (World Health Organization, 2018b). La distribución de frecuencias del nivel educativo por región indica que el valor de mediana para la muestra consultada en las tres regiones es el mismo: "Educación media incompleta". Según los niveles de salud reportados por la muestra, la distribución del estado de salud para cada submuestra clasificada según nivel educativo es resumida en la Tabla N°35:

Tabla N°35. Distribución de respuestas sobre estado de salud según nivel educativo alcanzado

Nivel educativo	Estado de salud						Total	%
	1. No necesitó atención médica	%	2. Sí necesitó atención médica	%	3. Padece enfermedad crónica y necesitó at. Médica	%		
1 = Sin educación	21	21%	45	46%	33	33%	99	100%
2 = Preescolar/kindergarten	21	32%	40	62%	4	6%	65	100%
3 = Ed. diferencial	4	40%	3	30%	3	30%	10	100%
4 = Ed. primaria incompleta	153	34%	103	23%	194	43%	450	100%
5 = Ed. primaria completa	54	31%	43	24%	80	45%	177	100%
6 = Ed. media incompleta	106	39%	78	29%	87	32%	271	100%
7 = Ed. media completa	160	39%	120	29%	130	32%	410	100%
8 = Ed. técnica incompleta	21	58%	9	25%	6	17%	36	100%
9 = Ed. técnica completa	44	40%	33	30%	33	30%	110	100%
10 = Ed. profesional incompleta	31	36%	35	41%	20	23%	86	100%
11 = Ed. profesional completa	72	45%	47	29%	42	26%	161	100%
12 = Postgrado	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%
99 = No sabe / No opina	2	40%	2	40%	1	20%	5	100%
Total	693	37%	559	30%	633	34%	1.885	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

En la Tabla N°35, se observa que los encuestados que señalan contar con, por lo menos, educación media incompleta, indican, en su mayoría, no haber necesitado atención médica en los últimos seis meses, a diferencia de los encuestados que solo han alcanzado niveles educativos menores a ese. No obstante, si bien el nivel educativo alcanzado está ligado a determinados niveles de salud, se debe considerar que ciertos encuestados, debido a su edad (niños, niñas y adolescentes), no tienen posibilidad de alcanzar mayores niveles en salud, y ello no implica que tengan mayores necesidades de salud. Los mayores de edad, en cambio, tienen mayor probabilidad de tener varios niveles educativos completos. De esta manera, a fin de identificar los efectos de la educación en el estado de salud en personas adultas que han tenido la oportunidad de completar la mayor parte de niveles educativos, se presenta la distribución por nivel educativo alcanzado únicamente tomando en cuenta a los encuestados mayores de edad (18 años), obteniendo la siguiente distribución:

Tabla N°36. Distribución de respuestas sobre estado de salud según nivel educativo alcanzado, solo mayores de edad

Nivel educativo	Estado de salud						Total	%
	1. No necesitó atención médica	%	2. Sí necesitó atención médica	%	3. Padece enfermedad crónica y necesitó at. Médica	%		
1 = Sin Ed.	11	25%	8	19%	24	56%	43	100%
2 = Preescolar/kindergarten	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
3 = Ed. diferencial	3	33%	3	33%	3	33%	9	100%
4 = Ed. primaria incompleta	80	27%	42	14%	175	59%	297	100%
5 = Ed. primaria completa	47	28%	40	24%	80	48%	167	100%
6 = Ed. media incompleta	75	37%	48	24%	78	39%	201	100%
7 = Ed. media completa	159	39%	119	29%	130	32%	408	100%
8 = Ed. técnica incompleta	21	58%	9	25%	6	17%	36	100%
9 = Ed. técnica completa	43	40%	33	30%	33	30%	109	100%
10 = Ed. profesional incompleta	29	35%	34	41%	20	24%	83	100%
11 = Ed. profesional completa	72	45%	47	29%	42	26%	161	100%
12 = Postgrado	4	80%	1	20%	0	0%	5	100%
99 = No sabe / No opina	2	40%	2	40%	1	20%	5	100%
Total	548	36%	386	25%	592	39%	1.526	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

En la distribución, se observa que para los niveles más bajos -desde “sin educación” hasta “educación media incompleta”- el estado de salud que presenta la mayor frecuencia es el que indica que padecimiento de una condición crónica de salud (de forma más marcada que la tabla anterior, con proporciones que oscilan desde el 33% hasta un 59%, según los distintos niveles educativos). Por otro lado, para los niveles de educación media completa a postgrado (a excepción de la educación profesional incompleta), la mayor cantidad de respuestas se ubican señalando que no se necesitó atención médica alguna (entre un 39% y un 80% de las respuestas por nivel educativo se encuentran indicando este nivel de salud).

Continuando con el análisis de los determinantes, la distribución de la muestra según su estatus laboral es resumida en la siguiente tabla:

Tabla N°37. Distribución de la muestra consultada según estado laboral, por cada región

Estatus laboral	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
1 = Trabajando con remuneración	236	38%	182	29%	207	33%
2 = Sin trabajar, pero tiene empleo	9	1%	10	1%	7	1%
3 = Trabajando sin remuneración	12	2%	8	1%	8	1%
4 = Buscando trabajo	33	5%	32	5%	48	8%
5 = Quehaceres del hogar	131	21%	136	22%	151	24%
6 = Estudiando	66	11%	105	17%	79	12%
7 = Jubilado o rentista	114	18%	120	19%	106	17%
8 = Incapacitado permanentemente para trabajar	5	1%	24	4%	10	1%
9 = Otra situación	17	3%	13	2%	16	3%
Total	623	100%	630	100%	632	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Al considerar el estatus laboral como un determinante de la salud, se toma en cuenta que una persona que se encuentra trabajando tiene mayor probabilidad de gozar de un mejor nivel de salud que una persona desempleada (World Health Organization, 2018b). El porcentaje de personas dentro de la muestra consultada que se encuentra trabajando (sumatoria de las dos primeras respuestas) varía entre las regiones consultadas, siendo de 39% en Antofagasta, 30% en la Región del Biobío y 34% en la Región Metropolitana. Asimismo, según los niveles de salud reportados por la muestra, la distribución del estado de salud según el estado laboral del individuo es resumida en la Tabla N°38:

Tabla N°38. Distribución de respuestas sobre estado de salud según estatus laboral

Estatus laboral	Estado de salud						Total	%
	1. No necesitó atención médica	%	2. Sí necesitó atención médica	%	3. Padece enfermedad crónica y necesitó at. Médica	%		
1 = Trabajando con remuneración	242	39%	205	33%	178	28%	625	100%
2 = Sin trabajar, pero tiene empleo	6	24%	10	38%	10	38%	26	100%
3 = Trabajando sin remuneración	11	39%	7	25%	10	36%	28	100%
4 = Buscando trabajo	43	38%	48	43%	22	19%	113	100%
5 = Quehaceres del hogar	105	25%	106	25%	207	50%	418	100%
6 = Estudiando	116	46%	100	40%	34	14%	250	100%
7 = Jubilado o rentista	44	13%	48	14%	248	73%	340	100%
8 = Incapacitado permanentemente para trabajar	6	15%	4	10%	29	75%	39	100%
9 = Otra situación	15	33%	23	50%	8	17%	46	100%
Total	588	31%	551	29%	746	40%	1.885	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Entre los principales hallazgos de este análisis, se resalta que la mayor parte de las personas realizando quehaceres del hogar (50%), de personas jubiladas o rentistas (73%) y aquellas que se encuentran incapacitadas para trabajar de manera permanente (75%) reportan mayoritariamente padecer alguna afección crónica de salud y haber necesitado atención médica. Por otro lado, de las personas que trabajan percibiendo una remuneración o sin percibirla, el 39% (en ambos casos) señala no haber necesitado atención médica. Dentro de los estudiantes, un 46% indica, del mismo modo, no haber necesitado atención médica. Finalmente, de las personas que se encuentran desocupadas (con empleo sin trabajar o buscando trabajo), la mayor parte indica haber necesitado atención médica (un 38% y un 43% respectivamente). Se puede relacionar un mejor estado de salud con aquellas personas que se encuentran realizando actividades laborales o de estudio, así como un peor estado de salud para aquellos que, por diversas razones, están más relacionados a la inactividad.

Otro componente de predisposición importante es el género, cuya distribución en la muestra es la siguiente:

Tabla N°39. Distribución de la muestra consultada según género, por cada región

Género	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
Hombre	241	39%	299	48%	250	40%
Mujer	381	61%	330	52%	382	60%
Transgénero	1	0%	1	0%	0	0%
Total	623	100%	630	100%	632	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

El género y la edad también cuentan como un aspecto determinante de acceso a la salud en tanto hombres y mujeres sufren de diferentes tipos de enfermedades durante su ciclo vital (World Health Organization, 2018b). La proporción de hombres y mujeres de la muestra consultada es de 39%-61% en la II Región, de 48%-52% en la VIII Región y de 40%-60% en la Región Metropolitana de Santiago. Un porcentaje menor de la muestra corresponde a las personas transgénero. Respecto a los niveles de estado de salud para cada submuestra según género, se muestra tal información en la siguiente tabla:

Tabla N°40. Distribución de respuestas sobre estado de salud según género

Género	Estado de salud						Total	%
	1. No necesitó atención médica	%	2. Sí necesitó atención médica	%	3. Padece enfermedad crónica y necesitó at. Médica	%		
Hombre	304	38%	259	33%	227	29%	790	100%
Mujer	283	26%	291	27%	519	47%	1.093	100%
Transgénero	1	50%	1	50%	0	0%	2	100%
Total	588	31%	551	29%	746	40%	1.885	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Observando la Tabla N°40, salta a la vista que, para los encuestados hombres, el estado de salud más frecuentemente reportado es que no necesitó atención médica en los últimos meses (38% de las respuestas de dicho grupo). Por el contrario, en el caso de las encuestadas mujeres, casi la mitad (47%) reporta padecer de una condición crónica de salud. Debido a que tanto hombres como mujeres pueden ver variar sus ciclos de salud conforme envejecen, se realiza el análisis según rango de edad de cada grupo: La distribución de estado de salud según clasificación etaria y género, así como las diferencias en las proporciones de cada estado de salud por grupo y rango de edad, es resumida en la Tabla N°41:

Tabla N°41. Distribución de la muestra consultada según género y rango etario y diferencias entre las proporciones presentes en hombres y mujeres

Género	Grupo Etario	Estado de salud									Total	%
		1. No necesitó atención médica	%	Dif H-M	2. Sí necesitó atención médica	%	Dif H-M	3. Padece enfermedad crónica y necesitó at. Médica	%	Dif H-M		
Hombre	0 a 9 años	33	31%	-2%	63	59%	6%	11	10%	-4%	107	100%
	10 a 19 años	58	56%	12%*	40	38%	-1%	6	6%	-11%***	104	100%
	20 a 29 años	52	48%	8%	50	47%	7%	5	5%	-16%***	107	100%
	30 a 39 años	48	61%	10%*	24	30%	-3%	7	9%	-7%*	79	100%
	40 a 49 años	45	52%	14%**	31	35%	6%	11	13%	-20%***	87	100%
	50 a 59 años	46	43%	23%***	22	21%	-4%	38	36%	-19%***	106	100%
	60 a 69 años	28	35%	5%	15	19%	5%	37	46%	-11%*	80	100%
	70 a más años	32	27%	8%	16	13%	2%	72	60%	-10%**	120	100%
Mujer	0 a 9 años	31	33%		49	53%		13	14%		93	100%
	10 a 19 años	40	44%		36	40%		15	16%		91	100%
	20 a 29 años	44	40%		43	39%		22	20%		109	100%
	30 a 39 años	56	50%		37	33%		18	16%		111	100%
	40 a 49 años	55	38%		42	29%		48	33%		145	100%
	50 a 59 años	36	20%		44	25%		99	55%		179	100%
	60 a 69 años	54	30%		25	14%		104	57%		183	100%
	70 a más años	34	19%		21	12%		127	70%		182	100%

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que, salvo en el rango de “0 a 9 años”, todos los grupos de edad indican mayor proporción de hombres que reportan no haber necesitado atención médica respecto a las mujeres del mismo grupo de edad, siendo esas diferencias significativas en los rangos de “10 a 19 años” (12% a un nivel de $p < 0,1$), “30 a 39 años” (10% a un nivel de $p < 0,1$), “40 a 49 años” (14% con $p < 0,05$) y “50 a 59 años” (23% de diferencia a un $p < 0,01$). Por otro lado, la proporción de hombres que reportan padecer enfermedades crónicas y necesitaron atención médica es menor para todos los grupos etarios respecto a la proporción de mujeres con dichas afecciones. Las diferencias fueron significativas a un nivel de $p \leq 0,01$ en los rangos de “10 a 19 años”, “20 a 29 años”, “40 a 49 años” y “50 a 59 años”. Respecto al grupo que sí necesitó atención médica y que no padecen de enfermedad crónica, no se observan diferencias significativas en la muestra para dicha variable, analizando las diferencias entre géneros para cada grupo etario.

Asimismo, según indican Aday y Andersen (1981), la clasificación por raza (o etnia en este caso particular) permite tener identificados a los grupos para los cuales diferencias en el

acceso pueden también indicar tratamiento diferente. La Tabla N°42 resume las distribuciones de las muestras obtenidas para cada región según las etnias que la componen.

Tabla N°42. Distribución de la muestra consultada según etnia, por cada región

Etnia	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
Aymara	15	2%	0	0%	2	0%
Mapuche	13	2%	31	5%	42	7%
Diaguita	9	1%	0	0%	0	0%
Otro	97	16%	0	0%	2	0%
No pertenece	489	79%	599	95%	586	93%
Total	623	100%	630	100%	632	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Los resultados indican que el porcentaje de personas consultadas que declararon pertenecer a alguna etnia fue de 21% para la II Región, 5% para la VIII Región y 7% para la Región Metropolitana. Respecto a la variable de estado de salud, las respuestas fueron las siguientes para cada tipo de etnia identificada:

Tabla N°43. Distribución de respuestas sobre estado de salud según etnia

Etnia	Estado de salud						Total	%
	1. No necesitó atención médica	%	2. Sí necesitó atención médica	%	3. Padece enfermedad crónica y necesitó at. Médica	%		
Aymara	8	47%	2	12%	7	41%	17	100%
Mapuche	22	26%	31	36%	33	38%	86	100%
Diaguita	5	56%	2	22%	2	22%	9	100%
Otro	33	33%	39	40%	27	27%	99	100%
No pertenece	520	31%	477	29%	677	40%	1.674	100%
Total	588	31%	551	29%	746	40%	1.885	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

En la Tabla N°43, se observan resultados mixtos: mientras que los encuestados pertenecientes a las etnias Aymara y Diaguita reportan más frecuentemente no haber necesitado atención médica en los últimos meses (47% y 56%, respectivamente), la respuesta más frecuente entre los encuestados pertenecientes al pueblo mapuche como entre aquellos no pertenecientes a ninguna etnia fue de padecimiento de condición crónica de salud (38% y 40%, respectivamente).

Continuando con la revisión de los distintos componentes de predisposición, Aday y Andersen (1974) incluyen dentro de los componentes de predisposición a las actitudes que los individuos tienen respecto a la salud y que pueden influir en la utilización de los servicios

de atención médica. En trabajos posteriores (Aday y Andersen, 1981) añadirían, también, los comportamientos respecto a la salud que tienen los individuos como componente de predisposición. Dentro de lo que son comportamientos, se ha encontrado que los hábitos de no fumar, realizar práctica de deporte y actividad física, limitar consumo de alcohol y mantención de peso corporal en niveles adecuados pueden influir en una mayor salud y esperanza de vida en los individuos (Li et al., 2018). Las respuestas obtenidas a las preguntas realizadas en la encuesta respecto a la condición auto reportada de los individuos para cada uno de dichos aspectos son resumidas en las siguientes tablas, indicando los resultados para cada región y, al igual que los componentes previos, también se analiza la respuesta más frecuente relacionada al estado de salud para cada categoría en cada variable. Respecto a los hábitos de consumo de cigarrillos, la distribución de respuestas por región se resume en la Tabla N°44:

Tabla N°44. Distribución de la muestra consultada según hábitos de consumo de cigarrillos, por cada región

¿Actualmente usted fuma cigarrillos?	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
1 = Sí, tres o más cigarrillos al día	86	14%	73	12%	103	16%
2 = Sí, de uno a dos cigarrillos al día	18	3%	22	3%	25	4%
3 = Sí, ocasionalmente (algunos cigarrillos en la semana)	38	6%	40	6%	36	6%
4 = No, he dejado de fumar	75	12%	108	17%	137	22%
5 = No, nunca he fumado (casi nunca)	406	65%	387	62%	331	52%
Total	623	100%	630	100%	632	100%
Mediana	5		5		5	

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

En lo que respecta a hábitos de consumo de cigarrillos, para las tres regiones consultadas las muestras indican que la mayoría de la población no tiene dicho hábito. La variable de estado de salud, distribuida según los distintos niveles de hábito de consumo de cigarrillos, es resumida en la Tabla N°45:

Tabla N°45. Distribución de respuestas sobre estado de salud según hábitos de consumo de cigarrillos

¿Actualmente usted fuma cigarrillos?	Estado de salud						Total	%
	1. No necesitó atención médica	%	2. Sí necesitó atención médica	%	3. Padece enfermedad crónica y necesitó at. Médica	%		
1 = Sí, tres o más cigarrillos al día	109	42%	71	27%	82	31%	262	100%
2 = Sí, de uno a dos cigarrillos al día	25	38%	23	36%	17	26%	65	100%
3 = Sí, ocasionalmente (algunos cigarrillos en la semana)	47	41%	37	33%	30	26%	114	100%
4 = No, he dejado de fumar	69	22%	71	22%	180	56%	320	100%
5 = No, nunca he fumado (casi nunca)	338	30%	349	31%	437	39%	1.124	100%
Total	588	31%	551	29%	746	40%	1.885	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Contrariamente a lo esperado, la respuesta de estado de salud con mayor cantidad de observaciones entre los fumadores frecuentes fue que no necesitaron atención médica en los últimos meses (42% de las respuestas), lo mismo para los fumadores a diario (38%) y los ocasionales (41%). Por otro lado, los encuestados que han dejado de fumar presentan, en su mayoría, una condición crónica de salud (56% de las respuestas), condición que también fue la respuesta más frecuente para aquellos que no han fumado (39% de respuestas).

La Tabla N°46 señala la distribución de la muestra en cuanto a consumo de bebidas alcohólicas:

Tabla N°46. Distribución de la muestra consultada según hábitos de consumo de alcohol, por cada región

En el último año, ¿qué tan seguido tomó usted bebidas alcohólicas?	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
1 = Dos o más veces a la semana	17	3%	23	4%	27	4%
2 = Dos a cuatro veces al mes	34	5%	41	6%	50	8%
3 = Una vez al mes	28	4%	35	5%	45	7%
4 = Ocasionalmente, solo en ocasiones especiales	218	35%	224	36%	223	35%
5 = Nunca	326	53%	307	49%	287	45%
Total	623	100%	630	100%	632	100%
Mediana	5		4		4	

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Respecto a consumo de bebidas alcohólicas, la mayoría de la muestra consultada de la Región de Antofagasta señala que no ha consumido bebidas alcohólicas en el último año, mientras que el valor de mediana de las otras dos regiones es el que señala que se tuvo dicho hábito solo en ocasiones especiales. La variable de estado de salud, distribuida según los distintos niveles de hábito de consumo de cigarrillos, es resumida en la Tabla N°47:

Tabla N°47. Distribución de respuestas sobre estado de salud según hábitos de consumo de bebidas alcohólicas

En el último año, ¿qué tan seguido tomó usted bebidas alcohólicas?	Estado de salud						Total	%
	1. No necesitó atención médica	%	2. Sí necesitó atención médica	%	3. Padece enfermedad crónica y necesitó at. Médica	%		
1 = Dos o más veces a la semana	27	40%	14	21%	26	39%	67	100%
2 = Dos a cuatro veces al mes	41	33%	47	37%	37	30%	125	100%
3 = Una vez al mes	43	40%	38	35%	27	25%	108	100%
4 = Ocasionalmente, solo en ocasiones especiales	194	29%	181	27%	290	44%	665	100%
5 = Nunca	283	31%	271	29%	366	40%	920	100%
Total	588	31%	551	29%	746	40%	1.885	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Similarmente al consumo de cigarrillos, el consumo de bebidas alcohólicas también presenta mayores niveles de enfermedad crónica entre aquellos encuestados que indican no beber alcohol o hacerlo de forma ocasional (40% y 44% de respuestas respectivamente).

En la Tabla N°48, se resumen las respuestas dadas por la muestra, para cada región, respecto a la práctica de actividad física y deporte:

Tabla N°48. Distribución de la muestra consultada según nivel de práctica de deporte o actividad física, por cada región

En el último mes, ¿practicó deporte o realizó actividad física, durante 30 minutos o más?	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
1, Sí, tres o más veces por semana	55	9%	127	20%	106	17%
2 = Sí, una o dos veces por semana	89	14%	116	18%	122	19%
3 = Sí, menos de cuatro veces en el mes	23	4%	40	6%	15	2%
4 = No practicó deporte en el mes	429	69%	277	44%	328	52%
5 = No aplica, estaba imposibilitado (por enfermedad, licencia)	27	4%	70	11%	61	10%
Total	623	100%	630	100%	632	100%
Mediana	4		4		4	

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

El valor de la mediana referente a hábitos de práctica de deporte y actividad física señala que las muestras consultadas, en su mayoría, no tienen hábitos de actividad física. La distribución de las respuestas sobre estado de salud del individuo para cada categoría de práctica deportiva se resume en la Tabla N°49:

Tabla N°49. Distribución de respuestas sobre estado de salud según hábitos de práctica de deporte

En el último mes, ¿practicó deporte o realizó actividad física, durante 30 minutos o más?	Estado de salud						Total	%
	1. No necesitó atención médica	%	2. Sí necesitó atención médica	%	3. Padece enfermedad crónica y necesitó at. Médica	%		
1, Sí, tres o más veces por semana	107	37%	96	33%	85	30%	288	100%
2 = Sí, una o dos veces por semana	132	40%	119	37%	76	23%	327	100%
3 = Sí, menos de cuatro veces en el mes	30	39%	29	37%	19	24%	78	100%
4 = No practicó deporte en el mes	289	28%	287	28%	458	44%	1.034	100%
5 = No aplica, estaba imposibilitado (por enfermedad, licencia)	30	19%	20	13%	108	68%	158	100%
Total	588	31%	551	29%	746	40%	1.885	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

La Tabla N°49 indica que los encuestados que señalan haber practicado deporte o realizado algún tipo de actividad física en el último mes tienen como respuesta más frecuente de estado de salud el no haber necesitado atención médica en los últimos meses. Por el contrario, aquellos que no practicaron deporte presentan como respuesta más frecuente el reporte de padecer una condición crónica de salud.

Por otro lado, la Tabla N°50 reporta las respuestas dadas respecto a consideración de peso corporal por parte de los individuos encuestados:

Tabla N°50. Distribución de la muestra consultada según consideración de estado de peso corporal, por cada región

Respecto a su peso corporal, considera usted que está:	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
1 = Bajo peso	40	7%	30	5%	48	8%
2 = Peso normal	346	56%	340	54%	308	48%
3 = Sobrepeso	226	36%	234	37%	246	39%
4 = Obesidad	8	1%	26	4%	25	4%
5 = No sabe / no responde	3	0%	0	0%	4	1%
Total	623	100%	630	100%	632	100%
Mediana	2		2		2	

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

La Tabla N°50 señala que el valor de la mediana respecto a la condición autoreportada de peso corporal indicada por la muestra de cada región es de "Peso Normal". Respecto al estado de salud reportado según cada categoría de peso corporal, los resultados se indican en la Tabla N°51.

Tabla N°51. Distribución de respuestas sobre estado de salud según peso corporal

Respecto a su peso corporal, considera usted que está:	Estado de salud						Total	%
	1. No necesitó atención médica	%	2. Sí necesitó atención médica	%	3. Padece enfermedad crónica y necesitó at. Médica	%		
1 = Bajo peso	26	22%	40	34%	52	44%	118	6%
2 = Peso normal	369	37%	291	29%	335	34%	995	53%
3 = Sobrepeso	176	25%	207	29%	323	46%	706	37%
4 = Obesidad	13	22%	13	22%	33	56%	59	3%
5 = No sabe / no responde	4	57%	0	0%	3	43%	7	0%
Total	588	31%	551	29%	746	40%	1.885	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

La Tabla N°51 muestra que, para los encuestados que se consideran dentro del peso normal, la mayoría tuvo como respuesta más frecuente de estado de salud que no necesitó atención médica. Por el contrario, los encuestados que se consideran con sobrepeso o con obesidad reportaron, en su mayor parte, padecer de condiciones crónicas de salud (46% y 56% de respuestas totales, respectivamente).

El análisis de cada componente de predisposición junto con la variable de estado de salud permite identificar si se cumple lo indicado en la literatura para cada variable y si dicho componente será utilizado como indicador de monitoreo de factores que incidan en la posterior utilización y satisfacción con los servicios de salud. Entonces, de este análisis, se concluye que las variables de nivel educativo, situación laboral, género, pertenencia a etnia, hábitos de fumador, estado de peso corporal y hábitos de práctica del deporte son condiciones de predisposición que tienen influencia en el estado de salud de una persona.

3.3.2.2 Componentes facilitadores

Como fue mencionado líneas arriba, los componentes facilitadores representan aquellos elementos cuya presencia permite a los individuos alcanzar un mayor nivel de acceso a los servicios de salud, según el marco de referencia de acceso a la salud Aday y Andersen

(1974). Se espera que una mayor presencia de componentes facilitadores reduzca las posibilidades que tiene un individuo de tener necesidades insatisfechas en salud. El nivel de ingresos y la pertenencia a un sistema de aseguramiento de la salud son catalogados dentro de este tipo de componentes. El primero de dichos elementos se resume en la Tabla N°52:

Tabla N°52. Distribución de la muestra consultada según nivel de ingresos, por cada región

Nivel de Ingreso del hogar	Región						Total	%
	II	%	VIII	%	XIII	%		
0 = No tiene ingresos	0	0%	13	2%	0	0%	13	1%
1 = Menos de \$85,741 CLP	20	3%	79	12%	14	2%	113	6%
2 = \$85,742 - \$228,621 CLP	104	17%	161	26%	107	17%	372	20%
3 = \$228,622 - \$315,200 CLP	84	13%	90	14%	100	16%	274	14%
4 = \$315,201 - \$371,054 CLP	54	9%	49	8%	63	10%	166	9%
5 = \$371,055 - \$470,622 CLP	57	9%	42	7%	58	9%	157	8%
6 = \$470,623 - \$544,193 CLP	41	7%	42	7%	40	6%	123	7%
7 = \$544,194 - \$667,302 CLP	44	7%	24	4%	46	8%	114	6%
8 = \$667,303 - \$878,816 CLP	55	9%	24	4%	37	6%	116	6%
9 = \$878,817 - \$1,219,273 CLP	41	7%	17	3%	46	8%	104	6%
10 = \$1,219,274 - \$1,500,000 CLP	22	4%	14	2%	20	3%	56	3%
11 = \$1,500,001 - \$2,000,000 CLP	17	3%	10	2%	15	2%	42	2%
12 = \$2,000,001 - \$2,500,000 CLP	9	1%	4	1%	10	2%	23	1%
13 = \$2,500,001 - \$3,000,000 CLP	3	0%	2	0%	3	0%	8	0%
14 = \$3,000,001 - \$3,500,000 CLP	6	1%	3	0%	2	0%	11	1%
15 = \$3,500,001 o más	7	1%	3	0%	5	1%	15	1%
16 = No sabe / No opina*	59	9%	53	8%	66	10%	178	10%
Total	623	100%	630	100%	632	100%	1.885	100%
Valor que representa la mediana	5		3		4		4	

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Según la OMS, bajo la óptica de los determinantes sociales de la salud, el nivel de ingresos y estatus social de un individuo está relacionado a un mayor nivel de salud (World Health Organization, 2018b). De esta forma, dada la escala ordinal de la variable se analizará a la mediana como valor de tendencia central a fin de identificar en qué rango de ingresos se separa la mitad de la distribución de cada región. Según los resultados de la Tabla N°50 respecto a la muestra consultada, el rango que separa a la distribución en dos es el “4. \$315.055 - \$371.054”.

Con base en esta información, es posible clasificar a la muestra encuestada según el quintil de ingreso al que pertenece dado el nivel de ingresos per cápita de su hogar. Dichos cinco valores o quintiles de ingreso se determinaron tomando los valores referenciales utilizados por distintas entidades estatales en el país para ordenar los datos de la población de acuerdo con sus valores observados en la variable de ingreso, desde aquellos con menores

ingresos a aquellos con mayores ingresos (Departamento de Presupuestos Familiares, 2018; Ministerio de Desarrollo Social, 2018b). La Tabla N°53 indica la clasificación según quintil de ingresos de los encuestados que reportaron el nivel de ingresos de su hogar:

Tabla N°53. Distribución de la muestra consultada según quintiles de ingresos, por cada región

Quintil de ingreso	Región						Total	%
	II	%	VIII	%	XIII	%		
I	117	21%	229	40%	145	26%	491	29%
II	122	22%	118	20%	127	23%	367	21%
III	123	22%	108	19%	116	20%	347	20%
IV	111	19%	78	13%	116	20%	305	18%
V	91	16%	44	8%	62	11%	197	12%
Total	564	100%	577	100%	566	100%	1.707	100%

Fuente: Elaboración propia

El nivel de ingresos del individuo es importante debido a que permite alcanzar un mayor acceso de servicios de salud, en tanto permite costear un mayor abanico de tratamientos. De esta forma, para identificar el efecto que tiene un mayor nivel de ingreso del hogar en la salud del individuo, el análisis a realizar consistirá en una prueba de diferencia de proporciones entre el quintil de ingreso superior y el inferior, siendo la variable dependiente "Necesidades insatisfechas en salud", la cual indica el nivel en que cada grupo ha tenido alguna necesidad en salud en los últimos meses que no haya sido satisfecha. Los resultados de la prueba son representados en la Tabla N°54:

Tabla N°54: Prueba de diferencia de proporciones de ocurrencia de necesidades insatisfechas en salud en los últimos meses, entre el Quintil I y el V, por región analizada

Diferencia de medias por Quintil	Región			
	II	VIII	XIII	Total
I	0,188	0,368	0,245	0,283
V	0,156	0,233	0,133	0,171
Total	0,032	0,135*	0,112	0,112**

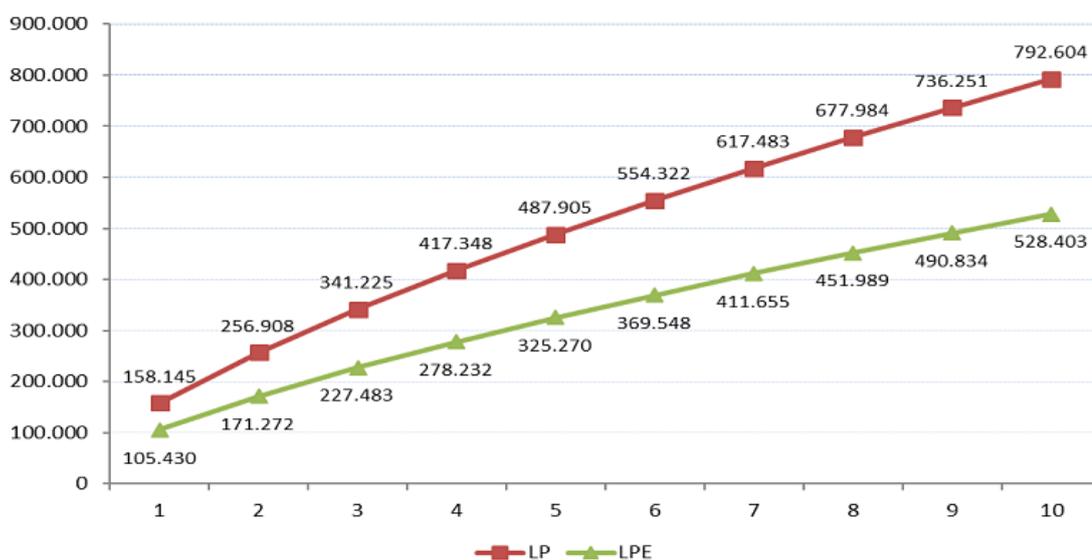
El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia.

Se observa que, al analizar por región, solo la Región del Biobío presenta diferencias estadísticamente significativas (a un nivel de $p < 0,1$) en que el quintil superior señala niveles menores de necesidades insatisfechas que el inferior. Al realizar el análisis para el total de la

muestra, este señala diferencias significativas ($p < 0,05$) que indican menores necesidades insatisfechas para el quintil de ingresos superior (17,1% del quintil superior tuvo alguna necesidad insatisfecha en salud en los últimos meses, versus 28,3% del quintil inferior).

Adicionalmente, la información sobre ingreso del hogar también permite clasificar a la muestra según si se encuentra por encima o debajo de la línea de pobreza considerada para un hogar con base en su nivel de ingresos y la cantidad de personas que lo conforman, según lo considerado por el Ministerio de Desarrollo Social (CEPAL, 2018). El valor de la línea de pobreza considerada por dicha institución se muestra en la Figura N°8

Figura N°8. Valor de las líneas de indigencia y pobreza según número de integrantes del hogar. (Pesos de noviembre de 2017)



Fuente: (CEPAL, 2018).

Teniendo ello en cuenta, la distribución de la muestra según si presentan un nivel de ingreso del hogar menor al valor que indica la línea de pobreza por número de integrantes del hogar es señalada en la Tabla N°55

Tabla N°55. Distribución de la muestra consultada según posición respecto a la línea de pobreza por número de integrantes del hogar

Posición respecto a la línea de pobreza	Región						Total	%
	II	%	VIII	%	XIII	%		
Por encima	346	61%	232	40%	332	59%	910	53%
Por debajo	218	39%	345	60%	234	41%	797	47%
Total	564	100%	577	100%	566	100%	1.707	100%

Fuente: Elaboración propia.

De esta forma, se lleva a cabo una prueba de diferencia de proporciones entre los niveles de necesidad insatisfecha reportados por los grupos divididos por la línea de pobreza. Los resultados de esta prueba son resumidos en la siguiente tabla:

Tabla N°56. Prueba de diferencia de proporciones de los niveles de necesidad insatisfecha entre encuestados por encima y por debajo de la línea de pobreza, por región analizada.

Posición respecto a la línea de pobreza	Región			
	II	VIII	XIII	Total
Por debajo	0,189	0,303	0,240	0,253
Por encima	0,130	0,146	0,132	0,136
Total	0,059*	0,157***	0,108***	0,1163***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

La prueba indica que los encuestados que se encuentran por debajo de la línea de la pobreza reportan niveles mayores de necesidad insatisfecha respecto a aquellos que cuentan con ingresos por encima de dicho nivel (a un nivel de $p < 0,1$ para la II Región y a un nivel de $p < 0,01$ para el resto de las regiones y el total de la muestra). La región en la que se presenta una mayor diferencia es la Región del Biobío, en la cual un 30% de las personas en condición de pobreza reportaron necesidades insatisfechas en salud versus un 14,6% de las personas cuyos ingresos per cápita se ubican por encima de la línea de la pobreza revisada en la Figura N°8.

Continuando con el análisis de otros componentes facilitadores, el nivel de cobertura por algún tipo de seguro de salud para cada región encuestada, según la muestra consultada,

es resumido en la Tabla N°57, la cual indica que la gran mayoría de la población tiene algún tipo de aseguramiento de salud, ya sea público o privado.

Tabla N°57. Distribución de la muestra consultada según estado de afiliación a algún tipo de seguro de salud, por cada región

¿Está cubierto por algún tipo de seguro de salud?	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
0 = No	42	7%	44	7%	25	4%
1 = Sí	581	93%	586	93%	607	96%
Total	623	100%	630	100%	632	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

A fin de identificar si la afiliación a un sistema de aseguramiento en salud representa un elemento que reduzca los niveles de necesidades de salud insatisfechas, se realizará una prueba de diferencia de medias entre los niveles de necesidad insatisfecha reportados tanto por los individuos de la muestra que gozan de un seguro de salud en comparación a aquellos que no tienen dicho beneficio. El resumen de la prueba es resumido en la Tabla N°58:

Tabla N°58. Resultados de la prueba de diferencia de proporciones de niveles de necesidad insatisfecha, por estado de aseguramiento a un seguro de salud

¿Afiliado a Seguro de Salud?	Observaciones	Media
Sí	50	0,16
No	1094	0,18
Diferencia		0,02

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

Como se observa, no existen diferencias significativas entre los niveles de necesidad insatisfecha entre ambos grupos de la muestra. No obstante, según lo observado en el subcapítulo previo de Características del servicio de salud, la afiliación a un seguro de salud privado sí puede significar un mayor acceso a servicios de salud y, por ende, menor nivel de necesidades no satisfechas. La prueba de diferencia de proporciones de dicha variable entre afiliados y no afiliados a un seguro privado de salud es resumida en la Tabla N°59:

Tabla N°59. Resultados de la prueba de diferencia de proporciones de ocurrencia de necesidad insatisfecha en salud en los últimos meses, por estado de aseguramiento a un seguro privado de salud

¿Afiliado a Isapre?	Observaciones	Media
Sí	117	0,19
No	1027	0,094
Diferencia		0,096***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia.

Se observa que sí existe una diferencia significativa entre los niveles de necesidades insatisfechas de ambos grupos (a un nivel de $p < 0,01$).

Además del estado de afiliación a un seguro de salud en sí, la afiliación -en específico- a un seguro de salud privado también representa un componente facilitador puesto que permite la realización de gastos en salud mayores debido a una mayor probabilidad de obtención de reembolsos por dichos gastos. De esta forma, habiendo analizado el estado de aseguramiento a un seguro privado de salud, se realizará una prueba T de Student de diferencia de medias en la que la variable dependiente es el porcentaje de reembolsos promedio obtenido respecto a los gastos realizados para cada tipo de atención médica: consulta, homeopatía o medicina natural, exámenes y medicamentos. El porcentaje promedio de reembolso para cada tipo de atención médica es resumido en la Tabla N°60:

Tabla N°60. Reembolso promedio reportado por la muestra consultada, por tipo de gasto médico realizado

Tipo de gasto médico	Reembolso promedio
Consulta médica	49%
Insumos médicos	40%
Homeopatías, yerbas	51%
Medicamentos	61,5%

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el reembolso promedio se ubica alrededor del 50% de los gastos médicos realizados. A fin de determinar si existen diferencias significativas entre los montos reembolsados a afiliados a un seguro privado de salud y aquellos que no, se realiza una prueba T de Student de diferencia de medias de niveles de reembolso para dichos grupos. Los resultados son expresados en la siguiente tabla:

Tabla N°61. Resultados de la prueba de diferencia de medias de niveles de reembolso, por estado de aseguramiento a un seguro privado de salud para cada tipo de gasto médico

Tipo de gasto médico	¿Afiliado a Seguro Privado de Salud?	Reembolso promedio	Diferencia de medias
Consulta médica	Sí	51%	0,045
	No	47%	
Insumos médicos	Sí	39%	-0,03
	No	42%	
Homeopatías, yerbas	Sí	57%	0,11
	No	46%	
Medicamentos	Sí	66%	0,09
	No	57%	

Fuente: Elaboración propia.

Se hallaron diferencias en las medias de reembolsos entre los afiliados a un seguro privado de salud y los no afiliados. No obstante, dichas diferencias no tienen significancia estadística por lo que no se puede rechazar que no existan diferencias en los reembolsos de ambos grupos para todos los tipos de gasto médico ($p > 0,1$).

Otro componente facilitador mencionado por Aday y Andersen (1981) es la residencia en zonas urbanas respecto a las rurales, factor también revisado en el subcapítulo previo. La diferencia de las proporciones de los niveles de necesidades insatisfechas presentado por los residentes en zonas urbanas y rurales se muestra en la Tabla N°62. No se observan diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,1$).

Tabla N°62. Resultados de la prueba de diferencia de proporciones de niveles de necesidad insatisfecha, por residencia en zona urbana o rural

Zona	Observaciones	Media
Rural	317	0,196
Urbano	827	0,174
Diferencia		0,022

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia.

De esta manera, se puede identificar como componentes facilitadores relevantes a la afiliación a un seguro privado de salud y el nivel de ingresos del hogar.

3.3.2.3 Componentes de necesidad

Estos componentes se refieren al nivel de enfermedad presente en el individuo, hecho que pudiera aumentar las probabilidades de que utilice los servicios de salud. Los elementos de la encuesta que indican presencia de necesidad reciente o potencial por atención médica están dados por la presencia de condiciones médicas diagnosticadas referidas a enfermedades crónicas o a obesidad y a preguntas específicas sobre si el individuo consultado tuvo necesidad por servicios de consulta médica, hospitalización o cirugía en los últimos seis meses. La distribución de dichas respuestas se encuentra resumida en las tablas N°63 a N°66:

Tabla N°63. Distribución de la muestra consultada según diagnóstico de enfermedad crónica, por cada región

Actualmente, ¿tiene alguna enfermedad crónica diagnosticada por un médico?	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
0 = No	385	62%	375	60%	379	60%
1 = Sí	238	38%	255	40%	253	40%
Total	623	100%	630	100%	632	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Como se indica en la Tabla N°63, la proporción de la población que, según la muestra consultada, padece de alguna condición crónica diagnosticada por un médico oscila entre un 38% y un 40%, dependiendo de la región. Respecto a las necesidades por consulta médica, el resumen se muestra en la Tabla N°64.

Tabla N°64. Distribución de la muestra consultada según necesidad de consulta médica en los últimos seis meses, por cada región

En los últimos 6 meses, ¿necesitó atención médica?	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
0 = No	264	42%	224	36%	214	34%
1 = Sí	359	58%	406	64%	418	66%
Total	623	100%	630	100%	632	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Independientemente de si pudo obtener o no la atención requerida, la muestra consultada indica que, en su mayoría, han necesitado algún servicio de consulta médica en

los últimos seis meses. Dicha situación es común en las tres regiones consultadas, con valores que oscilan entre el 58% para la II Región y el 66% para la Región Metropolitana. Otras variables que denotan necesidad por servicios de salud son la necesidad por servicios de hospitalización y por servicios de cirugía. La distribución por región de cada una de esas variables se muestra en las Tablas N°65 y N°66:

Tabla N°65. Distribución de la muestra consultada según necesidad de hospitalización en los últimos 6 meses, por cada región

En los últimos 6 meses, ¿necesitó hospitalización?	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
0 = No	592	95%	591	94%	606	96%
1 = Sí	31	5%	39	6%	26	4%
Total	623	100%	630	100%	632	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Tabla N°66. Distribución de la muestra consultada según necesidad de cirugía en los últimos 6 meses, por cada región

En los últimos 6 meses, ¿necesitó cirugía?	Región					
	Antofagasta	%	Biobio	%	Metropolitana	%
0 = No	600	96%	598	95%	600	95%
1 = Sí	23	4%	32	5%	32	5%
Total	623	100%	630	100%	632	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Respecto a la necesidad de servicios de hospitalización, entre un 4% y un 6% de la muestra consultada (dependiendo de la región) necesitó servicios de hospitalización en los últimos 6 meses. Porcentajes similares reportan los encuestados sobre la necesidad por servicios de cirugía, cuyos valores indican que entre un 4% y un 5% sí tuvo necesidad de ellos.

Las distribuciones de los distintos componentes de predisposición, facilitadores y de necesidad para las muestras de cada una de las regiones analizadas permiten identificar las características particulares que tiene cada una de ellas respecto a los factores que podrían tener incidencia en la posterior utilización de los servicios de salud, así como la satisfacción de los usuarios con estos. El impacto que estos componentes pueden tener en la población puede observarse mediante el análisis de las desutilidades de los distintos atributos de la dimensión, así como del total de esta.

3.3.3 Nivel de desutilidad generada por la dimensión de Características de la población

Los elementos analizados en esta sección referida a las Características de la población en riesgo están relacionados, principalmente, con condiciones propias de la población (de carácter demográfico o referidos a episodios de enfermedad) que pueden devenir en un mayor o menor uso de los servicios de salud, así como una mayor o menor satisfacción con estos. Respecto a los elementos específicos de la dimensión consultados a la población, estos están referidos a los modos de pago de servicios médicos, los reembolsos obtenidos tras desembolsar dichos gastos y las razones por las que el individuo no pudo recibir atención. La Tabla N°67 señala, en orden de relevancia, qué atributos catalogados dentro de la presente dimensión son los que causan mayores niveles de desutilidad e indica el nivel total de desutilidad generado por la dimensión (un valor más cercano a 1 representa un mayor nivel de desutilidad):

Tabla N°67. Nivel de desutilidad generado por cada una de las variables incluidas en la dimensión de Características de la población en riesgo, por región

Variable	Antofagasta	Biobío	Metropolitana	Total
¿Tuvo algún reembolso? Medicamentos	0,2568	0,3873	0,4035	0,3496
¿Tuvo algún reembolso? Homeopatías, hierbas medicinales y otras medicinas alternativas	0,5233	0,3143	0,1456	0,3268
¿Tuvo algún reembolso? Consulta médica	0,2103	0,2381	0,2579	0,2355
¿Tuvo algún reembolso? Exámenes	0,0915	0,1651	0,2310	0,1629
Promedio otros atributos de la dimensión*	0,0031	0,0048	0,0044	0,0041
Total desutilidad de la dimensión	0,0195	0,0215	0,0201	0,0204

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto. *Se incluyen atributos con valores menores a 0,1 dentro de este promedio

Se observa que la desutilidad generada por esta dimensión en la población promedia un nivel de 0,0204, el cual es estadísticamente diferente únicamente a la dimensión de Políticas de Salud (para un nivel de significancia de $p < 0,05$) y no representa diferencias estadísticas entre regiones ($p > 0,1$). Asimismo, el panel de expertos consultados le otorga a

esta dimensión una ponderación de 12,5% respecto al total de dimensiones del modelo utilizado de Aday y Andersen (1974).

Los niveles de desutilidad uni-atributo muestran que los principales elementos generadores de desutilidad a la población están relacionados con el nivel de reembolsos obtenidos tras incurrir en gastos por distintos tipos de conceptos. Dicho cálculo muestra que se genera una desutilidad más cercana a 1 cuando menores son los reembolsos obtenidos tras realizar gastos por concepto de medicamentos (desutilidad de 0,3496), homeopatía y medicina alternativa (0,32679), consultas médicas (0,23354) y exámenes (0,16286). La información trabajada a lo largo de esta sección, así como los distintos niveles de desutilidad que la población indica que estas barreras les generan, servirán de guía en la elaboración de indicadores para monitorear el acceso a la salud bajo la óptica de las características de la población en riesgo.

3.3.4 Indicadores propuestos para la dimensión de Características de la población

Al estar compuesta por aquellas características de la población que pueden ser componentes que predispongan, faciliten o generen necesidades –lo que impacta en un mayor o menor nivel de acceso–, el monitoreo de la presente dimensión se realizará a través de indicadores que monitoreen los niveles de dichos componentes, de tal manera que quien los use pueda verificar o predecir cierto comportamiento en utilización de servicios de salud. De esta forma, según lo revisado en esta sección, se monitoreará el nivel educativo de la población adulta, el estatus ocupacional de la población, su distribución por género y rango etario, pertenencia a etnia, nivel de frecuencia de práctica de deporte, distribución de la población según peso corporal, posición respecto a la línea de pobreza, nivel de aseguramiento de la población y porcentaje de la población que presenta una condición crónica de salud. En lo que respecta a fijación de metas, se ha podido obtener metas de referencia para varios de los indicadores, tomando en cuenta promedios de la OCDE, así como “benchmark” de otros sistemas de salud, según se especifique. En el resto de los casos, tal como se realizó en las secciones anteriores, las metas fueron determinadas con base en tendencias o se consideró una cifra razonable, en caso de no tener información previa. Los indicadores formulados en esta etapa son detallados en la siguiente Tabla:

Tabla N°68. Indicadores propuestos para la dimensión de Características de la Población

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
10	Monitorear los componentes de predisposición de utilización de servicios de salud referidos al nivel educativo de la población	Porcentaje de la población adulta sin educación media completa – Obtenido de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional	$\left[\frac{\text{Número de Adultos sin Educación Media Completa}}{\text{Total de Población Encuestada}} * 100\% \right]$	37,4% ^a	Referencia OCDE: 20.7% ^b Meta Chile: 35%	Bienal	
11	Monitorear los componentes de predisposición de utilización de servicios de salud referidos al estatus ocupacional de la población	Tasa de desocupación por zona y sexo – Obtenido de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional	$\left[\frac{\text{Población en situación de desocupación}}{\text{Total de la población}} * 100\% \right]$	Urbano: ^a Hombres: 7,4% Mujeres 8,8% Rural: ^a Hombres: 5% Mujeres 8,8%	Urbano: Hombres: 6,8% Mujeres 7,2% Rural: Hombres: 4% Mujeres 6%	Bienal	Para hacer un mejor estudio de este indicador, se sugiere desagregar a la población analizada según género y ámbito urbano y rural, a fin de monitorear posibles diferencias entre los resultados obtenidos por los grupos incluidos en cada clasificación.

^a Información obtenida de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional: Ministerio de Desarrollo Social (2017). ^b Información de referencia para meta obtenida del promedio de dicho indicador para la OCDE (2018)

Tabla N°68. Indicadores propuestos para la dimensión de Características de la Población (continuación)

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
12	Monitorear los componentes de predisposición de utilización de servicios de salud referidos a hábitos de práctica de deporte	Porcentaje de la población que practica deporte al menos tres veces por semana – Obtenido mediante encuestas representativas a la población	$\left[\frac{\text{Número de Adultos que practican deporte al menos tres veces por semana}}{\text{Total de Población Encuestada}} * 100\% \right]$	15% ^c	Referencia Internacional: 48% ^d Meta Chile: 20%	Anual	
13	Monitorear los componentes de predisposición de utilización de servicios de salud referidos a peso corporal	Porcentaje de la población con sobrepeso u obesidad – Obtenido de estadísticas reportadas a OCDE	$\left[\frac{\text{Número de Adultos que presentan sobrepeso u obesidad}}{\text{Total de Población Encuestada}} * 100\% \right]$	74% ^b	Referencia OCDE: 54% ^b Meta Chile: 70%	Anual	

^a Información obtenida de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional: Ministerio de Desarrollo Social (2017). ^b Información de referencia para meta obtenida del promedio de dicho indicador para la OCDE (2018). ^c Información de cifra base obtenida de la encuesta de acceso a la salud parte del proyecto Fondecyt N°1116150. ^d Información de referencia para meta obtenida del promedio del sistema de salud australiano (Australian Institute of Health and Welfare, 2018a)

Tabla N°68. Indicadores propuestos para la dimensión de Características de la Población (continuación)

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
14	Monitorear los componentes facilitadores de utilización de servicios de salud referidos a ingreso	Porcentaje de la población en situación de pobreza por ingresos – Obtenido mediante encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional	$\left[\frac{\text{Personas en situación de pobreza por ingresos}}{\text{Total de la población}} \right] * 100\%$	16,1% ^a	Referencia internacional: 16,8% ^e Meta Chile: 15%	Bienal	
15	Monitorear los componentes facilitadores de utilización de servicios de salud referidos a aseguramiento en salud	Porcentaje de la población que pertenece a un sistema de aseguramiento de salud – Obtenido mediante Encuesta de Caracterización Nacional	$\left[\frac{\text{Número de personas aseguradas a un sistema de aseguramiento de salud}}{\text{Total de Población Encuestada}} \right] * 100\%$	95,2% ^a	97% ^f	Bienal	

^a Información obtenida de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional: Ministerio de Desarrollo Social (2017). ^e Información de referencia para meta:

Letonia, 2017, según OCDE (2018). ^f Información de referencia para meta: Promedio OCDE (2017).

Tabla N°68. Indicadores propuestos para la dimensión de Características de la Población (continuación)

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
16	Monitorear los componentes de necesidad de servicios de salud referidos a condiciones preexistentes de salud	Porcentaje de la población con una condición crónica de salud – Obtenido mediante encuestas a una muestra representativa	$\left[\frac{\text{Personas que presentan una condición crónica de salud}}{\text{Total de Población encuestada}} \right] * 100\%$	40% ^c	38%	Bienal	

^cInformación de cifra base obtenida de la encuesta de acceso a la salud parte del proyecto Fondecyt N°1116150

3.4 Utilización de los Servicios de Salud

3.4.1 Descripción de la dimensión de Utilización de Servicios de Salud

Según Aday y Andersen (1974), la dimensión de utilización de los servicios de salud representa un elemento de resultado dentro del marco de referencia de acceso a la salud y, bajo dicho modelo, su nivel está determinado por la influencia recibida de dimensiones revisadas previamente: por la existencia y conocimiento de políticas que aumenten el acceso de la población a los servicios de salud, por las características – en recursos y organización – del servicio de salud y por las características de la población, ya sean estas de predisposición, facilitadoras o de necesidad; siendo las dos últimas dimensiones las que indican acceso potencial a la salud. De esta forma, la dimensión de utilización representa la entrada o acceso real de la población al sistema de salud, el punto en que convergen las necesidades de los pacientes y el sistema de salud en sí (Babitsch, Gohl, y von Lengerke, 2012).

Dentro de dicho marco de referencia, indican los autores, la presente dimensión puede caracterizarse en términos de tipo (la clase de servicio recibido y qué tipo de profesional lo realizó), lugar en que se realizó el servicio (hospital público, clínica privada, sala de emergencias, entre otros), propósito (si fue por prevención o para atender un episodio de enfermedad) y el intervalo de tiempo (visto en términos de contacto, volumen o continuidad del tratamiento ante un episodio de enfermedad).

En la encuesta realizada, se ha podido recoger elementos incluidos en la presente dimensión tales como: tipo de especialista de la salud encargado de realizar la atención médica, total de consultas realizadas por tipo (preventiva, medicina general, de especialidad, etc.), el nivel de necesidades de salud no satisfechas en la población y el acceso a medicación recetada por un médico.

3.4.2 Identificación de barreras de acceso y análisis estadísticos

3.4.2.1 Acceso a especialistas de salud por tipo

El acceso a los diversos tipos de especialistas de la salud se encuentra dentro de la clasificación de tipo de la dimensión de utilización de servicios de salud. La clasificación de

las atenciones en salud recibidas por la población, clasificada según el tipo de prestador del servicio, es resumida en la Tabla N°69:

Tabla N°69: Distribución de respuestas sobre atención recibida, según tipo de prestador del servicio

Desde un punto de vista de su necesidad por atención de especialistas de la salud:	Respuestas	%
1. Recibí atención de un médico especialista	465	41%
2. Recibí atención de un médico general	524	46%
3. Recibí atención de un(a) enfermero(a)	31	3%
4. Recibí atención de otros profesionales del área de la salud	27	3%
5. Recibí atención de otras personas no profesionales del área de la salud	3	0%
6. No recibí atención por falta de especialista	13	1%
7. No necesité atención de un especialista	72	6%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

La tabla precedente señala que los prestadores de salud con mayor frecuencia de atenciones realizadas a la muestra encuestada son médicos generales (46%) y médicos especialistas (41%). Al respecto, según la literatura revisada, en Chile existe una inequitativa distribución de médicos en los sectores público y privado pues, dado que el 50% de los médicos atiende en la salud pública y el 50% restante en instituciones privadas, los primeros atienden a 15.000.000 de usuarios potenciales mientras que los últimos tienen solo 2.000.000 de personas como potenciales usuarias de un servicio de salud (Torres-Quevedo, 2016). Asimismo, también se menciona la existencia de inequidades en la distribución geográfica de especialistas, estando estos concentrados mayormente (73,4% del total de médicos) en la zona central del país (Guillou, Carabantes, y Bustos, 2011; Torres-Quevedo, 2016). De esta manera, se prevé encontrar mayores niveles de atención de médicos especialistas en aquellos encuestados que indican atenderse principalmente en establecimientos de salud privados y en encuestados pertenecientes a la Región Metropolitana, respecto a aquellos de regiones.

A fin de identificar la existencia de diferencias en la muestra en lo que respecta a la utilización de servicios de médico especialista entre los distintos grupos poblacionales mencionados, se llevará a cabo una prueba de diferencia de proporciones entre los niveles de atención con médico especialista reportados por aquellos encuestados que se atienden usualmente en un establecimiento público de salud respecto a los que se atienden en establecimientos privados. Los resultados de la prueba son resumidos en la Tabla N°70:

Tabla N°70: Prueba de diferencia de proporciones de los niveles de atención con médico especialista reportados por los usuarios de establecimientos públicos y privados de salud, por región analizada

Establecimiento usualmente usado	Región			
	II	VIII	XIII	Total
Público	0,29	0,38	0,39	0,35
Privado	0,65	0,61	0,62	0,63
Total	-0,36***	-0,23***	-0,23***	-0,28***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.
Fuente: Elaboración propia.

El resultado de la prueba de diferencia de proporciones indica que los niveles de utilización de servicios de salud de médico especialista presentan diferencias estadísticamente significativas (a un nivel de $p \leq 0,01$) para todas las regiones analizadas en la muestra, mostrando mayores niveles de utilización de servicios de médico especialista para los usuarios que se atienden usualmente en establecimientos de salud privados. Adicionalmente, para identificar si existe variabilidad entre las regiones que forman parte de esta encuesta, se realizará dicha prueba de diferencias de proporciones del nivel de utilización de servicios de médico especialista para cada par de regiones. El resultado de la prueba se resume en la Tabla N°71:

Tabla N°71. Resultados pruebas de diferencias de proporciones de niveles de utilización de servicios de médico especialista, entre cada par de regiones.

Región	Media	Comparaciones con		
		Antofagasta	Biobío	Metropolitana
Antofagasta	0,35			
Biobío	0,41	0,06		
Metropolitana	0,45	0,1**	0,04	

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.
Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la prueba indican que existen una diferencia (significativa a un nivel de $p < 0,01$) a favor de la Región Metropolitana (45% de personas recibieron atención de médico especialista) respecto a la Región de Antofagasta (35%), ocasionada, posiblemente, por la mayor concentración de médicos especialistas disponibles en la XIII Región, según lo revisado anteriormente.

De esta forma, se ha podido identificar las diferencias en los niveles de utilización, según agrupamientos de la muestra basados en las dimensiones previamente revisadas

(“Región” para características de la población y “Tipo de establecimiento” para características del servicio de salud), según lo propuesto por el modelo de acceso a la salud.

3.4.2.2 Cantidad de consultas realizadas

La cantidad de consultas realizadas representan una medición real del paso de un individuo por el sistema de salud. Estas pueden ser de tipo preventivo, relacionadas a un episodio de enfermedad con médico general, especialista o por servicio de emergencia, tratamientos a enfermedades crónicas, de rehabilitación o cuidados paliativos. Según el modelo de acceso a la salud de Aday y Andersen (1974), los factores incluidos en las dimensiones previamente revisadas son elementos que determinan la utilización de los servicios de salud. De esta forma, se procederá a analizar la existencia de diferencias en utilización promedio de servicios de salud (considerando la cantidad de consultas realizadas de todo tipo como variable dependiente) entre los distintos grupos analizados en la dimensión de características de la población y en la de características de los servicios de salud, para individuos que hayan tenido necesidades de salud en los últimos meses. Una distribución inicial de los encuestados según frecuencia de uso de cada tipo de consulta médica es resumida en la Tabla N°72

Tabla N°72. Distribución de encuestados según frecuencia de consultas médicas, por tipo de consulta médica

Frecuencia de consultas	Prevent.	Med. Gral.	Especialid.	Emerg.	Enf. Crónica	Rehab.	C. Paliativos	Otros
0	1.633	1.471	1.499	1.644	1.611	1.855	1.880	1.829
1	156	255	216	151	126	9	1	24
2	40	74	65	37	73	2	0	11
3	27	30	35	23	31	4	1	7
4	6	27	22	10	6	1	0	3
5	5	7	14	8	5	1	1	1
6	15	16	23	3	27	1	0	3
7	0	1	1	3	0	1	0	2
8	2	0	2	1	1	2	0	1
9	1	0	2	1	3	4	1	2
10	0	4	5	4	1	3	1	1
20	0	0	1	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0	1	0	0
60	0	0	0	0	0	1	0	0
48	0	0	0	0	0	0	0	1
72	0	0	0	0	1	0	0	0
Total	1.885	1.885						

Fuente: Elaboración propia

El análisis consistirá en pruebas de comparación de distribuciones y de valores promedio de número de consultas realizadas –sin considerar los valores atípicos superiores al 99% de la distribución– por las distintas categorías de cada elemento a analizar (pertenecientes a las dimensiones de Características del Servicio de Salud y Características de la población), considerando únicamente a los encuestados que indican haber tenido una necesidad por servicios de salud en los últimos meses previos a la encuesta. En primer lugar, se analizan los factores revisados en la dimensión de características del servicio de salud (distancia respecto al lugar de atención, tiempo de espera por consulta médica y tiempo de espera en el establecimiento de salud) a fin de definir si estos determinan un mayor o menor nivel de utilización en la muestra consultada.

La Tabla N°73 muestra las diferencias en el nivel de utilización de servicios de salud por tipo de servicio según la distancia aproximada desde el hogar al centro de atención (tomando “2 kilómetros” como distancia de corte al representar este valor la mediana de la distribución de dicha variable).

Tabla N°73. Resultados prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de cantidad de consultas realizadas a personas según su lejanía al lugar de atención, por tipo de consulta.

Distancia de vivienda a lugar de atención	Consultas promedio según tipo de atención			
	Preventiva	Medicina General	Especialidad	Emergencia
Menor de 2 kilómetros	1,43	1,73	2	1,61
Mayor a 2 kilómetros	1,64	1,82	2	1,75
Significancia de diferencia de distribuciones	N/S	N/S	N/S	N/S

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.
N/S = “No significativo”. Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la prueba indican que, para la muestra consultada, no existen diferencias significativas en los niveles de utilización de servicios de salud entre los encuestados que residen a una distancia menor de 2 kilómetros del lugar de la atención médica respecto a aquellos que viven a una distancia mayor. A continuación, se analiza las diferencias en los niveles de utilización entre los encuestados que esperan regularmente por una cita más de una semana (es decir, las respuestas que reportan valores de espera superiores a la mediana de la distribución), respecto a aquellos con menor tiempo de espera. Los resultados del análisis se resumen en la Tabla N°74:

Tabla N°74. Resultados prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de cantidad de consultas realizadas a personas según el tiempo de espera por consulta médica.

Tiempo de espera por consulta médica	Cantidad de Observaciones	Promedio de consultas
Menor a 1 semana	260	2,58
Mayor a 1 semana	109	2,20
Significancia de diferencia de distribución	369	*

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia

Los resultados indican que aquellos encuestados que reportan tiempos de espera inferiores a una semana presentan un nivel de utilización mayor de consultas de salud respecto a los que reportan tiempos de espera por consulta médica superiores a una semana (diferencia significativa a un nivel de $p \leq 0,1$). El siguiente elemento en el análisis es el tiempo de espera en el establecimiento de salud, realizando una prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de total de consultas realizadas a personas que reportan tiempos de espera en el establecimiento de salud en niveles “adecuados” (usuarios que responden que el tiempo de espera en el servicio de salud es “Muy adecuado” o “Adecuado” de máximo 30 minutos, según la distribución de la pregunta detallada en la Tabla N°5) respecto a los que reportan tiempos de espera excesivos (superiores a media hora). El resumen de dicha prueba se muestra en la Tabla N°75:

Tabla N°75. Resultados prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de cantidad de consultas realizadas a personas según el tiempo de espera en el establecimiento de salud.

Tiempo de espera en el establecimiento	Cantidad de Observaciones	Promedio de consultas
Inferior a 30 minutos	566	2,42
Superior a 30 minutos	538	2,19
Significancia de diferencia de distribución	1.104	***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia

La prueba de diferencia de distribuciones, al comparar las medias, señala que los encuestados que reportaron niveles de espera en el establecimiento de salud inferiores a 30

minutos tienen niveles promedio de consultas mayores (estadísticamente significativa a un nivel de $p \leq 0,01$) que aquellos encuestados que reportaron niveles de espera mayores a la media hora. De esta forma, los elementos de la dimensión de características del servicio de salud que presentan, dentro de sus categorías, diferencias en los niveles de utilización de servicios de salud son: tiempo de espera por consulta médica desde la obtención de la cita y el tiempo de espera en el establecimiento de salud.

Los siguientes elementos que entrarán en el análisis corresponden a la dimensión de características de la población, tanto para los componentes de predisposición, como los facilitadores y de necesidad, revisados en la sección previa y los encontrados en la literatura como determinantes de utilización. Iniciando con los componentes de predisposición, se analiza los niveles de utilización de servicios de salud obtenidos por mujeres y por hombres por grupo de edad, según clasificación etaria propuesta por Blackwell, Martínez, Gentleman, Sanmartín y Berthelot (2009), en busca de posibles diferencias significativas en las medias de cantidad de consultas por clasificación etaria por sexo. Se realizó una prueba de Kruskal-Wallis para identificar diferencias en la distribución de utilización de consultas de salud entre los distintos grupos de edad de la población –según clasificación de la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2015)–, tanto para hombres como para mujeres, siendo los resultados de los primeros los mostrados en la Tabla N°76:

Tabla N°76. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de utilización de total de consultas de salud, según rangos etarios para encuestados varones.

Clasificación etaria	Número Obs.	Media	Desv. Est
0 - 17 años	106	2,44	1,78
18 - 44 años	116	1,62	1,19
45 - 64 años	90	1,81	1,64
65 a más años	109	2,44	1,83
Total	421	2,08	1,9
Significancia de diferencia en la distribución	****		

El nivel de significancia está dado por: ****: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

Dentro de la submuestra de encuestados varones, se identifica que la distribución de utilización de total de consultas de salud es distinta entre los distintos rangos etarios, presentando mayores niveles en las clasificaciones de “0-17 años” y “65 a más años”. Por otro

lado, la Tabla N°77 indica los resultados de la misma prueba realizada en la submuestra de encuestadas mujeres:

Tabla N°77. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de utilización de total de consultas de salud, según rangos etarios para encuestadas mujeres.

Clasificación etaria	Número Obs.	Media	Desv. Est
0 - 17 años	94	2,095	1,63
18 - 44 años	155	2,34	1,82
45 - 64 años	249	2,57	2,01
65 a más años	184	2,56	1,94
Total	682	2,45	1,9
Significancia de diferencia en la distribución	N/S		

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

En la submuestra de encuestadas mujeres, los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis no permiten rechazar la hipótesis nula de igualdad de distribuciones entre los distintos grupos etarios. Las diferencias entre encuestados varones y mujeres para cada clasificación etaria son resumidas en la Tabla N°78:

Tabla N°78. Resultados prueba U de Mann Whitney de diferencia de valores promedio de consultas de salud, entre encuestados varones y mujeres por rango etario.

Sexo	Consultas promedio				Total
	0 - 17 años	18 - 44 años	45 - 64 años	65 a más años	
Masculino	2,44	1,62	1,81	2,44	2,08
Femenino	2,09	2,34	2,57	2,56	2,45
Significancia de diferencia de distribuciones	*	***	***	N/S	***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

N/S = No Significativo. Fuente: Elaboración propia

Se observa que las encuestadas de sexo femenino presentan, en general, un mayor nivel de utilización de consultas médicas (2,45 consultas promedio) respecto a los de sexo masculino (2,08 consultas promedio), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Analizando por grupo etario, el rango de edad con mayor diferencia de utilización de servicios de consulta médica por parte de las mujeres (2,57 consultas) respecto a los hombres encuestados (1,81) es el de "45 a 64 años", edad en la que podrían aparecer signos

de enfermedades como diabetes, depresión u obesidad, las cuales tienen mayor prevalencia en la población femenina, según la última Encuesta Nacional de Salud (Margozzini y Passi, 2018). El siguiente rango de edad con la mayor diferencia en utilización de servicios de salud es el de "18 a 44 años" (1,62 consultas promedio en varones frente a 2,34 en mujeres, significativo a un nivel de $p \leq 0,01$), siendo este el rango de edad reproductiva en el sexo femenino.

Las actitudes respecto a la salud también se encuentran entre los componentes de predisposición hacia una mayor utilización de servicios de salud, estando entre estos el padecer de sobrepeso u obesidad (Bertakis y Azari, 2006) y la práctica de actividad física (Dunlop, Coyte, y McIsaac, 2000). La Tabla N°79 muestra la prueba de diferencia de distribuciones realizada a fin de hallar diferencias en los niveles de utilización entre los encuestados que padecen sobrepeso u obesidad:

Tabla N°79. Resultados prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de utilización de consultas de salud, entre encuestados con y sin problemas de sobrepeso u obesidad.

Peso corporal	Cantidad de Observaciones	Promedio de consultas
Sin sobrepeso/obesidad	145	2,15
Con sobrepeso/obesidad	353	2,57
Significancia de diferencia de distribuciones	498	***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la prueba indican que los encuestados que padecen sobrepeso y obesidad indican una mayor utilización de servicios de salud (2,57 consultas en promedio) en comparación a aquellos que no padecen dicha afección (2,15 consultas en promedio), siendo la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa (a un nivel de $p \leq 0,01$), confirmando lo indicado por Bertakis y Azari (2006). Por otra parte, la Tabla N°80 resume la prueba de diferencia de distribuciones de cantidad de consultas utilizadas por los encuestados que indicaron la práctica regular reciente de actividad deportiva o la falta de ella:

Tabla N°80. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de utilización de consultas de salud, entre encuestados con y sin hábitos de práctica de deporte en el último mes.

Hábitos de práctica deportiva	Cantidad de Observaciones	Promedio de consultas
No practica	631	2,35
Sí practica	374	1,72
Significancia de diferencia de distribuciones	1.005	*

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia

Los resultados de las pruebas muestran una mayor utilización de servicios de salud por parte de aquellos encuestados que no practican actividad física (2,35 consultas en promedio) en comparación a los encuestados que sí tienen dicha práctica (1,72 consultas promedio), siendo la diferencia estadísticamente significativa (a un nivel de $p \leq 0,1$), resultados que van en línea con lo hallado por Dunlop, Coyte, y McIsaac (2000) para la realidad canadiense.

En lo que respecta a los componentes facilitadores, Rodríguez y Stoyanova (2004) indican que el contar con un seguro privado de salud genera una mayor utilización de servicios de especialista de salud, en comparación a los que se encuentran cubiertos por el sistema público de salud, quienes, ante una necesidad de salud, presentan una mayor utilización de servicios de médico general. De esta forma, el análisis a realizar consistirá en pruebas de diferencia de distribución de utilización de servicios de salud de médico general y especialista, entre los asegurados al sistema privado y al sistema público de salud que indican haber tenido una necesidad de salud en los últimos meses previos a la realización de la encuesta. La Tabla N°81 indica la diferencia en las distribuciones de utilización de consultas de médico general entre ambos grupos:

Tabla N°81. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de consultas de médico general, entre encuestados pertenecientes a los subsistemas privado y público de aseguramiento en salud.

Tipo de aseguramiento	Cantidad de Observaciones	Promedio de consultas Med. Gral
Privado	119	0,39
Público	989	0,64
Significancia de diferencia de distribuciones	1.108	***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia

Los resultados indican un mayor promedio de consultas de médico general por los asegurados al sistema público de salud (0,64 consultas en promedio) con relación a los asegurados a una Isapre (0,39 consultas), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0,01$). Por otro lado, la Tabla N°82 indica la diferencia en los niveles de utilización de consultas de médico especialista para los mismos grupos:

Tabla N°82. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de consultas de médico especialista, entre encuestados pertenecientes a los subsistemas privado y público de aseguramiento en salud.

Tipo de aseguramiento	Cantidad de Observaciones	Promedio de consultas Med. Especialista
Privado	115	0,95
Público	986	0,59
Significancia de diferencia de distribuciones	1.101	***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia

En esta ocasión, los resultados se invierten: Los encuestados asegurados al subsistema privado de salud reportan un mayor nivel de consultas de médico especialista (0,95 en promedio) que los asegurados al sistema público de salud (0,59 consultas en promedio), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0,01$), confirmando lo hallado en la literatura.

Finalmente, en lo respectivo a los componentes de necesidad, se analiza las posibles diferencias en utilización de servicios de salud entre aquellos encuestados que presentan una condición crónica de salud, respecto a los que no la tienen, dada la mayor propensión de consultar a un médico por parte de aquellos con dicha condición (Blackwell et al., 2009). Los resultados de esta prueba de diferencias se resumen en la Tabla N°83:

Tabla N°83. Resultados de prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de consultas de salud, entre encuestados que padecen una condición crónica de salud y aquellos que no la padecen

Padece condición crónica de salud	Cantidad de Observaciones	Promedio de consultas
No	519	1,88
Sí	585	2,68
Significancia de diferencia de distribuciones	1.104	***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia

Los resultados reportan un mayor nivel de utilización por parte de los encuestados que poseen una condición crónica de salud (2,68 consultas en promedio) en comparación a

aquellos que no poseen tal condición médica (1,88 consultas). La diferencia entre ambos grupos es estadísticamente significativa (a un nivel de $p \leq 0,01$). Estos hallazgos van acordes a lo hallado en la literatura respecto a la relación entre presencia de condiciones crónicas de salud y un mayor contacto con médicos.

De esta manera, se ha podido analizar la significancia y dirección de las diferencias en los niveles de utilización de los servicios de salud según las categorías de los distintos elementos de las dimensiones de proceso del modelo de acceso a la salud, revisadas en las secciones anteriores.

3.4.2.3 Nivel de necesidades insatisfechas

Para el presente estudio, el nivel de necesidad insatisfecha de un individuo de la muestra consultada se definirá si este indica haber tenido una necesidad de salud en los últimos seis meses y no pudo recibir servicios médicos para atenderla (Ver Tabla N°5, variable “Necesidad insatisfecha de salud”). La distribución de respuestas a dicha consulta se resume en la siguiente tabla N°84, en la cual se muestra que un 18% de los encuestados que reportaron haber tenido una necesidad de salud, no logró satisfacerla:

Tabla N°84. Distribución de respuestas sobre necesidades de salud no satisfechas

¿Tuvo alguna necesidad de salud y no la pudo satisfacer?	Cantidad de Observaciones	%
Sí	206	18%
No	938	82%
Total	1.144	100%

Fuente: Elaboración propia

Según la OECD (2016), entre las razones principales de existencia de necesidades no satisfechas en salud se encuentran aquellas de tipo financiero (ingreso para solventar costos de atención médica o aseguramiento a un sistema de salud), geográfico (distancia o tiempos de traslado a establecimientos de salud) y relativas a tiempos de espera entre la solicitud de la cita médica y la realización de esta. Dichas razones están incluidas en las dimensiones previamente analizadas de características del servicio de salud y características de la población. De esta forma, se realizará un análisis de regresión logística para determinar cómo

influyen en la variable dependiente "Necesidad no satisfecha" las variables independientes de quintil de ingresos, pertenencia a régimen de aseguramiento privado (barreras financieras), tiempo promedio de traslado al establecimiento de salud, acceso respecto a la distancia al centro de salud, (barreras geográficas), tiempo de espera por consulta en general y si fue realizada en un establecimiento público (barreras relativas a tiempos de espera). Considerando el siguiente modelo de regresión logística: $\text{Logit Necesidad_Insatisfecha} = \alpha + \beta \cdot \text{Isapre} + \gamma \cdot \text{Quintil2} + \delta \cdot \text{Quintil3} + \varepsilon \cdot \text{Quintil4} + \eta \cdot \text{Quintil5} + \theta \cdot \text{TiempoTraslad2} + \kappa \cdot \text{TiempoTraslad3} + \lambda \cdot \text{TiempoTraslad4} + \mu \cdot \text{TiempoTraslad5} + \nu \cdot \text{TiempoTraslad6} + \xi \cdot \text{AccesoDist2} + \omicron \cdot \text{AccesoDist3} + \rho \cdot \text{AccesoDist4} + \zeta \cdot \text{AccesoDist5} + \sigma \cdot \text{TiempoEspera2} + \tau \cdot \text{TiempoEspera3} + \upsilon \cdot \text{TiempoEspera4} + \varphi \cdot \text{TiempoEspera5} + \chi \cdot \text{TiempoEspera6} + \omega \cdot \text{EstabPublico}$, se muestran los resultados del análisis en la Tabla N°85:

Tabla N°85. Efectos marginales de variables explicativas en probabilidad de tener necesidades de salud insatisfechas en la población

Variable	Efecto marginal	Error Estándar	z	P>[z]
Constante	-0,966	1,325	-0,73	0,466
Isapre	0,137	0,139	0,99	0,324
Quintiles				
I	-	-	-	-
II	-0,009	0,050	0,18	0,858
III	-0,082	0,042	-1,93*	0,053
IV	-0,126	0,037	-3,39***	0,001
V	-0,092	0,048	-1,92*	0,055
Tiempo promedio de traslado				
Más de 2 horas	-	-	-	-
Entre 1 y 2 horas	-0,014	0,164	0,09	0,93
Entre 40 y 60 minutos	-0,069	0,111	0,62	0,534
Entre 20 y 40 minutos	-0,091	0,098	0,92	0,356
Entre 10 y 20 minutos	0,044	0,157	0,28	0,778
Menos de 10 minutos	0,015	0,146	0,1	0,921
Acceso respecto a la distancia				
Acude a SAPU asignado según ubicación	-	-	-	-
Centro de salud público más cercano	-0,116	0,069	-1,68*	0,092
Centro de salud privado más cercano	-0,117	0,048	-2,41**	0,016
Centro de salud privado independiente de lejanía	-0,104	0,052	-2,02**	0,044
Médico particular, independiente de lejanía	-0,056	0,091	0,62	0,535
Tiempo de espera para obtener atención médica				
Menos de un día	-	-	-	-
Entre 1 y 7 días	-0,084	0,043	-1,94*	0,053
Entre 1 semana y 2 semanas	0,085	0,092	0,92	0,359
Entre 2 semanas y 1 mes	0,093	0,119	0,78	0,433
Entre 1 y 3 meses	0,142	0,103	1,38	0,168
Más de 3 meses	0,300	0,126	2,39**	0,017
Atención usual en establecimiento público	0,081	0,053	1,52	0,128
Número de observaciones	344			
Pseudo-R2	12,38%			

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia

Las variables estadísticamente significativas del modelo de regresión logística son: pertenencia a los quintiles III, IV y V, atención en centro de salud público más cercano, atención en centro de salud privado más cercano, atención en centro de salud privado independiente de la lejanía, tiempo de espera por cita médica entre 1 y 7 días y tiempo de espera superior a 3 meses. Según los resultados de los efectos marginales, la probabilidad

de tener necesidades insatisfechas en salud es, respecto al quintil I, menor en 8,2% para los encuestados pertenecientes al quintil III ($p<0,1$), menor en 12,6% para los pertenecientes al quintil IV ($p<0,01$) y menor en 9,2% para los del quintil V ($p<0,1$). El tiempo promedio de traslado no presentó significancia estadística en el modelo. Respecto a los encuestados que suelen acudir al SAPU asignado a su domicilio, la probabilidad de tener necesidades no satisfechas en salud es menor en 11,6% ($p<0,1$) para aquellos encuestados que acuden a otro centro de salud público cercano a su hogar, menor en 11,7% ($p<0,05$) para los que acuden a un centro de salud privado cercano al hogar y menor en 10,4% ($p<0,05$) para los que acuden a un centro de salud privado, independientemente de la lejanía. Finalmente, sobre los tiempos de espera entre la asignación de la cita y la realización de esta, respecto a los encuestados que esperan menos de un día, los que suelen tener una espera superior a tres meses tienen una probabilidad 30% mayor ($p<0,05$) de tener necesidades insatisfechas en salud, mientras que aquellos que esperan entre uno y siete días presentan una probabilidad menor en 8,4% ($p<0,1$) de presentar necesidades insatisfechas en salud, lo que podría impactar su nivel de salud y calidad de vida.

Las variables que presentan un impacto significativo en el modelo de regresión logística serán consideradas para una eventual desagregación al momento de proponer indicadores de monitoreo de necesidades insatisfechas de salud.

3.4.2.4 Nivel de acceso a la medicación prescrita

Dentro del análisis del nivel de acceso a las recetas de medicamentos prescritas por un médico, se tomará en cuenta dos variables dependientes: nivel de acceso según asequibilidad del medicamento y nivel de acceso según disponibilidad del medicamento, cada una de ellas con sus propios determinantes. La distribución de respuestas de cada tipo de barrera de acceso a la medicación se resume en las Tablas N°86 para asequibilidad y N°87 para disponibilidad.

Tabla N°86. Distribución de respuestas sobre reporte de barreras de acceso a medicación debido a la no asequibilidad de esta

¿Tuvo problemas con los costos de los medicamentos recetados?	Cantidad de Observaciones	%
Sí	55	3%
No	1.539	97%
Total	1.594	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°87. Distribución de respuestas sobre reporte de barreras de acceso a medicación debido a la no disponibilidad de esta

¿Tuvo problemas con la disponibilidad de los medicamentos recetados?	Cantidad de Observaciones	%
Sí	53	3%
No	1.539	97%
Total	1.592	100%

Fuente: Elaboración propia

En lo que respecta a asequibilidad, dado que en Chile la proporción de gastos en medicamentos respecto al gasto total de bolsillo varía según el quintil de ingresos (Centro Nacional de Farmacoeconomía, 2013), uno de los principales determinantes de ese tipo de acceso a medicamentos es la situación financiera del individuo (nivel de pobreza o situación respecto a la línea de la pobreza). De esta manera, se realizará una prueba de diferencia de proporciones entre pares de quintiles a fin de identificar diferencias en las prevalencias de la barrera de acceso por asequibilidad de medicamentos para cada quintil de ingreso. Los resultados de dicha prueba se resumen en la Tabla N°88:

Tabla N°88. Pruebas de diferencias de proporciones de niveles de presencia de barrera de acceso por costos altos de medicamentos, entre quintiles de ingreso

Quintil	Promedio	Comparaciones con				
		I	II	III	IV	V
I	0,061					
II	0,036	-0,025*				
III	0,017	-0,044***	-0,019			
IV	0,024	-0,037**	-0,012	0,007		
V	0,017	-0,044**	-0,019	0,000	-0,007	

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

Se observa que los encuestados pertenecientes al quintil I tienen una prevalencia mayor de dificultades en acceso a medicamentos debido a asequibilidad respecto a los otros quintiles. Su 6,1% de prevalencia de dificultades es mayor 1,7 veces a la reportada por el quintil II (6,1% respecto a 3,6%; $p \leq 0,1$), 3,6 veces mayor a lo indicado por el quintil III ($p \leq 0,01$) y 2,5 veces y 3,6 veces mayor a lo reportado por los quintiles IV y V ($p \leq 0,05$).

En lo referente a disponibilidad, la literatura resalta las diferencias en la distribución geográfica de farmacias expendedoras de medicamentos a lo largo del territorio chileno, estando principalmente concentradas en las regiones Metropolitana, de Valparaíso y del Bio-Bio (Centro Nacional de Farmacoeconomía, 2013). El mismo estudio señala que el 53% de las farmacias a nivel nacional pertenecen a 4 cadenas de farmacias, de las cuales 3 (Salcobrand, Cruz Verde y Ahumada) concentran el 89,7% de las ventas de medicamentos (Ministerio de Salud, 2015). Por su parte, Villalobos (2015) indica que dichas cadenas de farmacias tienden a ubicarse en comunas con altos ingresos, hecho que impacta en la disponibilidad de medicamentos puesto que, si bien dicha ausencia es suplida con farmacias independientes, estas pueden no tener la misma variedad o cantidad de medicinas. Asimismo, añade el autor que la presencia de farmacias es mayor en comunas con mayores índices de afiliados a aseguramiento privado (Isapres). De esta forma, el análisis a realizar consistirá en, primero, una prueba de diferencia de proporciones para identificar diferencias en la prevalencia de barreras de acceso por disponibilidad de medicamentos entre regiones y, posteriormente, pruebas de diferencia de proporciones para analizar el nivel de dicha barrera entre individuos por encima y por debajo de la línea de la pobreza, así como entre afiliados y no afiliados al aseguramiento privado en salud. La Tabla N°89 muestra los resultados de las pruebas de diferencia de proporciones entre los pares de las distintas regiones que son parte del estudio:

Tabla N°89. Pruebas de diferencias de proporciones de niveles de presencia de barrera de acceso por no disponibilidad de medicamentos, entre regiones

Región	Promedio	Comparaciones con		
		Antofagasta	Bio-Bío	R. Metropolitana
Antofagasta	0,0249			
Bio-Bío	0,0317	0,0068		
R. Metropolitana	0,0424	0,0175	0,0107	

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

Se puede observar que existen diferencias entre los niveles reportados por cada región de la barrera de disponibilidad de medicamentos, pero estas no son estadísticamente significativas ($p > 0,1$). A continuación, en la Tabla N°90 se observa los resultados de la prueba de diferencia de proporciones entre individuos por encima y por debajo de la línea de la pobreza:

Tabla N°90. Prueba de diferencia de proporciones de niveles de falta de acceso por no disponibilidad de medicamentos, entre encuestados por encima y por debajo de la línea de pobreza

¿Se encuentra por debajo de la línea de la pobreza?	Cantidad de Observaciones	Promedio de incidencia de falta de acceso por no disponibilidad
No	762	0,0236
Sí	677	0,0472
Total	1.439	-0,0236***

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

Se observan diferencias estadísticamente significativas (a un nivel de $p < 0,01$) en tanto un 2,36% de los individuos que están por encima de la línea reportan no haber tenido acceso a medicamentos por falta de disponibilidad, mientras que dicha cifra es de un 4,72% para los encuestados debajo de la línea de la pobreza. La Tabla N°91 muestra los resultados de la prueba de diferencia de proporciones entre los afiliados y no afiliados a una Isapre:

Tabla N°91. Prueba de diferencia de proporciones de niveles de falta de acceso por no disponibilidad de medicamentos, entre asegurados y no asegurados al subsistema privado de salud

¿Se encuentra afiliado a una isapre?	Cantidad de Observaciones	Promedio de incidencia de falta de acceso por no disponibilidad
No	1.409	0,0369
Sí	183	0,0055
Total	1.592	0,0314**

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

Los resultados indican que mientras que un 0,5% de los afiliados a una isapre indican no haber accedido a medicación prescrita por falta de disponibilidad, dicha proporción fue de

3,69% para los no afiliados al sistema privado de aseguramiento, existiendo diferencias estadísticamente significativas (a un nivel de $p < 0,05$), confirmando lo hallado en la literatura.

De esta forma, para monitorear el nivel de acceso a los medicamentos prescritos por un médico se tomará en cuenta, al analizar la asequibilidad, el nivel de ingresos de la población, y al analizar la disponibilidad, su situación respecto a la línea de la pobreza y afiliación a aseguramiento privado en salud. El monitoreo de los cuatro elementos revisados en esta subsección buscará que se reduzcan los niveles de desutilidad reportados por la población en la presente dimensión.

3.4.3 Nivel de desutilidad generada por la dimensión de Utilización de Servicios de Salud

La Tabla N°92 muestra, en orden de relevancia, qué elementos de la presente dimensión le generan una mayor desutilidad a la población (valores más cercanos a 1 generan mayores niveles de desutilidad):

Tabla N°92. Nivel de desutilidad generado por cada una de las variables incluidas dentro de la dimensión de Utilización de los servicios de salud, por región

Variable	Antofagasta	Biobío	Metropolitana	Total
Necesito otro tipo o algún tipo de atención médica pero no la pudo recibir. No incluya hospitalización	0,0787	0,1222	0,1044	0,1019
En caso de que en su última atención/cita su especialista le haya entregado una receta, ¿tuvo Acceso a la medicación recetada?	0,0514	0,0873	0,0926	0,0772
Promedio otros atributos de la dimensión*	0,0039	0,0057	0,0054	0,0050
Total desutilidad de la dimensión	0,0097	0,0151	0,0143	0,0131

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto. *Se incluyen atributos con valores menores a 0,05 dentro de este promedio.

Se observa que la desutilidad general que esta dimensión produce en la población promedia un nivel de 0,0131. Asimismo, el panel de expertos consultado para la asignación de pesos respectivos a cada dimensión del modelo de acceso a la salud le otorgó una

ponderación de 21,18%, siendo la segunda dimensión con mayor peso, luego de la de Características del Servicio de Salud.

Al analizar la dimensión a través de los niveles de desutilidad uni-atributo que la componen, se observa que las variables incluidas como principales se relacionan a atenciones médicas necesitadas y no recibidas (0,1019) y el acceso a la medicación recetada por el médico (0,0772), factores que han sido analizados en la presente subsección. De esta forma, luego de los análisis realizados en este apartado, se procederá a la propuesta de un conjunto de indicadores que permita monitorear el acceso de la población a los servicios de salud desde el punto de vista de la utilización de los servicios de salud.

3.4.4 Indicadores propuestos para la dimensión de Utilización de Servicios de Salud

Los indicadores de esta dimensión buscan medir las diferencias entre grupos en la obtención de servicios de salud, siendo la utilización una prueba real de la obtención de acceso. De esta forma, se propone el uso del índice de concentración, el cual busca medir la inequidad en una variable dependiente a través de la distribución de otra variable y es comúnmente utilizado para la medición de inequidades socioeconómicas en salud. Dicha medición será utilizada para analizar diferencias en el nivel de consultas (en general y de médico especialista) según el ingreso del individuo encuestado. Asimismo, respecto a la posibilidad de tener necesidades insatisfechas en salud, se propone medir la proporción de ocurrencia de estas entre aquellos usuarios que presentaron necesidades de atención médica y desagregar dicho resultado según los factores determinantes analizados. Finalmente, en lo que respecta a asequibilidad y no disponibilidad de medicamentos, se propone indicadores que busquen medir la ocurrencia de dichos problemas al momento de conseguir medicinas. El proceso de fijación de metas de referencia será el mismo que el utilizado en las subsecciones anteriores. De esta forma, en la Tabla N°93 se presentan los indicadores para la dimensión de Utilización de servicios de salud:

Tabla N°93. Indicadores propuestos para la dimensión de Utilización de Servicios de Salud

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
17	Monitorear los niveles de utilización de servicios de salud referidos al acceso a especialistas de la salud	Índice de concentración de uso de servicios de especialista de salud por quintil de ingreso	$C(h/y) = \left[\frac{2cov(hi, Ri)}{\hat{h}} \right]$	-0,05 ^a	-0,05	Anual	
18	Monitorear los niveles de utilización de servicios de salud respecto al total de consultas médicas recibidas	Índice de concentración de uso de servicios de consulta médica por quintil de ingreso	$C(h/y) = \left[\frac{2cov(hi, Ri)}{\hat{h}} \right]$	0,016 ^a	0,01	Anual	

^a El índice de concentración se calcula como el doble de la covarianza entre la variable de salud de interés (Total de consultas de especialista para indicador 17 y Total de consultas médicas para indicador 18) y la variable de orden (nivel de ingresos), dividido entre la media de la variable de salud de interés, según metodología propuesta por O'Donnell, O'Neill, Van Ourti, y Walsh (2016)

Tabla N°93. Indicadores propuestos para la dimensión de Utilización de Servicios de Salud (Continuación)

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
19	Monitorear los niveles de necesidades no satisfechas en salud	Porcentaje de personas que tuvieron problema de salud y no accedieron a atención médica por motivos ajenos – Desagregada por grupo de edad, género, estado de salud, quintil de ingresos y estado de aseguramiento. Obtenida según encuestas representativas.	$\left[\frac{\text{Número de personas que tuvieron problema de salud y no accedieron a atención médica por motivos ajenos}}{\text{Número de personas que tuvieron un problema de salud}} \right] * 100\%$	Nivel general: 0,8% ^a	0,7%	Bienal	Se sugiere desagregar a la población analizada según grupo etario, género, quintil de ingresos y tipo de aseguramiento a fin de monitorear posibles diferencias entre los resultados obtenidos por los grupos dentro de cada clasificación.

^a Información obtenida de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional: Ministerio de Desarrollo Social (2017)

^b Información de cifra base obtenida de la encuesta de acceso a la salud parte del proyecto Fondecyt N°1116150

Tabla N°93. Indicadores propuestos para la dimensión de Utilización de Servicios de Salud (Continuación)

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
20	Monitorear los niveles de acceso a los medicamentos recetados por el médico tratante	Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a medicación recetada debido a altos costos – Desagregado por quintil de ingresos	$\left[\frac{\text{Número de personas que no tuvieron acceso a medicación recetada debido a su alto costo}}{\text{Número de personas que recibieron una receta médica}} \right] * 100\%$	Quintil: ^b I: 6,1% II: 3,6% III: 1,7% IV: 2,4% V: 1,7%	Quintil: I: 5,7% II: 3,0% III: 1,4% IV: 2,0% V: 1,2%	Bienal	Se sugiere desagregar a la población analizada según quintil de ingresos a fin de monitorear posibles diferencias entre los resultados obtenidos por los grupos dentro de dicha clasificación.
21		% de personas que no tuvieron acceso a medicación recetada debido a su no disponibilidad – Desagregado por quintil de ingresos y región	$\left[\frac{\text{Número de personas que no tuvieron acceso a medicación recetada debido a falta de disponibilidad de esta}}{\text{Número de personas que recibieron una receta médica}} \right] * 100\%$	Quintil: I: 5,8% II: 2,3% III: 3,7% IV: 3,1% V: 0% Region: II: 2,5% VIII: 3,2% XIII: 4,2%	Quintil: I: 5,5% II: 2,0% III: 3,3% IV: 2,8% V: 0% Region: II: 2,1% VIII: 3% XIII: 3,7%	Bienal	Se sugiere desagregar a la población analizada según quintil de ingresos y región de residencia a fin de monitorear posibles diferencias entre los resultados obtenidos por los grupos dentro de cada clasificación.

^a Información obtenida de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional: Ministerio de Desarrollo Social (2017)

^b Información de cifra base obtenida de la encuesta de acceso a la salud parte del proyecto Fondecyt N°1116150

3.5 Satisfacción del Usuario

3.5.1 Descripción de la dimensión de Satisfacción del Usuario

La dimensión de satisfacción del usuario se encuentra clasificada dentro de los elementos de resultado en el modelo de acceso a la salud propuesto por Aday y Andersen (1974), cuyos procesos previos involucran a las dimensiones de características del servicio de salud y la población en riesgo, moderada por el diseño de políticas públicas en salud (Khan y Bhardwaj, 1994). A diferencia de la dimensión previamente revisada (utilización del servicio de salud) que representa el acceso real a los servicios de salud de forma objetiva, la presente dimensión busca analizar el acceso real a través de medidas subjetivas expresadas por parte de la población consultada acerca de la calidad del servicio recibido (Aday y Andersen, 1981). Esta dimensión complementa la anterior puesto que es posible que, a pesar de que se hayan aminorado las diferencias las tasas de utilización entre los distintos grupos y clasificaciones socioculturales, es necesario evaluar si la calidad del servicio prestado es, efectivamente, la adecuada y si existe equidad en la distribución de dicha calidad entre dichos grupos (Aday y Andersen, 1981).

En la encuesta realizada en el proyecto del que esta tesis es parte se recabó, de la muestra consultada, información sobre su satisfacción con el pago realizado por el seguro (de tipo público o privado) en el cual se encuentra registrado, la satisfacción con los procesos de obtención de cita, el lenguaje utilizado por el médico, el servicio brindado por este y por el personal de salud, la evaluación subjetiva del tiempo de duración de la consulta de salud; elementos que, a su vez, influyen en la predisposición del individuo encuestado a volver a recibir atención médica en el último sitio al que acudió. El nivel reportado por la población para cada uno de estos elementos puede variar entre distintos grupos o clasificaciones socioculturales o según el nivel de acceso a los diversos elementos del servicio de salud. Tales diferencias causantes de inequidad en la obtención de un acceso efectivo y satisfactorio a la salud son analizadas a continuación.

3.5.2 Identificación de barreras y análisis estadísticos para la dimensión de Satisfacción del Usuario

3.5.2.1 Percepción de justicia en el monto pagado en el sistema previsional

En Chile, el gasto realizado por concepto de cotización representa un monto importante de los ingresos mensuales de la población (como mínimo un 7% de la remuneración). La percepción que puede tener la población de dicho desembolso impacta en la satisfacción con el sistema de salud en tanto mientras más costosas sean las experiencias con el sistema de salud, menor será la satisfacción que se tenga de ese (Aday y Andersen, 1981). La distribución de las respuestas otorgadas por la muestra consultada para la pregunta es resumida en la Tabla N°94:

Tabla N°94. Distribución de respuestas a pregunta "¿Según su criterio, considera que el valor que cancela en su sistema previsional de salud es justo?"

Respuestas posibles	Observaciones	%
1. Muy justo	230	23%
2. Justo	265	27%
3. Medianamente justo	182	19%
4. Injusto	171	17%
5. Muy injusto	85	9%
6. En extremo injusto	45	5%
Total	978	100%

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto

Según las respuestas otorgadas por la muestra, un 31% de los encuestados que respondieron a la pregunta consideran que existe algún tipo de injusticia en el valor que cancelan por su sistema de previsión de salud. De esta forma, se procederá a analizar las variaciones en los niveles de justicia percibida en los pagos al sistema previsional de salud (variable dependiente) a través de los distintos quintiles de ingreso y según el subsistema de salud al que se encuentra afiliado el encuestado. Para ello, se realizará una prueba de Kruskal Wallis para identificar diferencias en los niveles de justicia percibida entre quintiles y una prueba U de Mann Whitney para analizar la misma variable dependiente entre afiliados a los subsistemas privado y público de salud. La primera de dichas pruebas indica que existen diferencias estadísticamente significativas en las distribuciones entre quintiles (a un nivel de

$p \leq 0,01$). Entonces, a fin de identificar la significancia entre pares específicos de quintiles, se realiza una prueba de la mediana entre cada par de ellos, resumiendo sus resultados en la Tabla N°95:

Tabla N°95 Significancia de prueba de la mediana de distribución de respuestas sobre tiempos de espera por atención médica entre pares de regiones

Quintil	Media	Significancia de prueba de la mediana entre pares de quintiles				
		I	II	III	IV	V
I	2,40					
II	2,58					
III	2,72					
IV	3,06	***	*	*		
V	3,31	***	***	***		

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia

Las pruebas de la mediana para cada par de quintiles indican la existencia de diferencias estadísticamente significativas (a niveles de $p \leq 0,01$ y $p \leq 0,1$) entre los quintiles de ingreso superiores (IV y V) con los quintiles I, II y III. El valor promedio de la variable indica que dicho valor es creciente conforme se pasa al quintil superior y los quintiles superiores son los que perciben menor justicia en el monto pagado por previsión social. Dichos quintiles son, igualmente, aquellos que presentan un mayor nivel de afiliación al aseguramiento privado en salud por lo que el resultado de esta prueba confirma lo hallado en estudios de opinión recientes respecto a que la principal desventaja del sistema privado es, según sus afiliados, el alza del valor de los planes de salud (Universidad de Concepción, 2018). A fin de corroborar la presencia de diferencias en las percepciones de justicia sobre el monto pagado en el sistema previsional entre afiliados al sistema público y privado, se realiza la prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones, cuyos resultados se resumen en la Tabla N°96:

Tabla N°96. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones entre respuestas sobre percepción de justicia en el monto pagado por previsión de salud, entre afiliados al sistema privado y público de salud.

Tipo de aseguramiento	Media	Mediana	Significancia de diferencia de proporciones
Público	2,65	2	***
Privado	3,50	4	

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

Se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en las distribuciones de respuestas entre afiliados al sistema público y privado de salud ($p \leq 0,01$), teniendo estos últimos una mayor propensión a reportar valores mayores los cuales denotan una mayor insatisfacción en el valor pagado por aseguramiento de salud. Al realizar un análisis de Kruskal Wallis entre las distintas categorías del aseguramiento público (categorías de FONASA y aseguramiento de las Fuerzas Armadas y del Orden), se encuentra que existen diferencias estadísticamente significativas en las distribuciones de respuestas acerca de la justicia percibida respecto al monto pagado por aseguramiento de salud ($p \leq 0,01$). Los resultados de la prueba de la mediana entre pares de categorías son detallados en la Tabla N°97.

Tabla N°97. Prueba de la mediana entre categorías de aseguramiento público acerca de respuestas sobre percepción de justicia en el monto pagado por previsión de salud

	Media	Mediana	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	FFAA
FONASA A	2,01	2					
FONASA B	2,71	2	***				
FONASA C	3,05	3	***	**			
FONASA D	3,1	3	***	***			
FFAA	3,33	3	*				

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

Al gozar de gratuidad en el sistema pública de salud, resulta lógico que los afiliados a la categoría A de FONASA reporten respuestas indicando justicia en el valor pagado. Respecto a FONASA A, todas las otras categorías de aseguramiento público reportan valores mayores de la variable analizada y, por ende, menor justicia en los pagos. Los afiliados a FONASA B reportan, a su vez, mayor justicia que las categorías C ($p \leq 0,05$) y D ($p \leq 0,01$) de FONASA. En lo que respecta al aseguramiento privado, se realizó una prueba de Kruskal Wallis entre las distintas Isapres prestadoras de dicho servicio, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las distribuciones de justicia percibida en los pagos ($p > 0,1$).

De esta manera, las variables de quintil y tipo de aseguramiento serán consideradas para desagregación al momento de proponer indicadores de monitoreo de satisfacción con monto pagado por previsión social.

3.5.2.2 Calificación del lenguaje utilizado en la comunicación médico-paciente

La comunicación entre el médico y el paciente, siendo un eslabón importante en el vínculo entre ambos actores, tiene especial importancia en la entrega de servicios de salud de alta calidad y su deterioro implica una posible insatisfacción general en el servicio recibido por el usuario (Ha, 2010). La distribución de las respuestas de dicha calificación otorgada por la muestra consultada se resume en la Tabla N°98.

Tabla N°98. Distribución de respuestas a pregunta "¿Cómo evaluaría el lenguaje utilizado en la comunicación médico-paciente?"

Respuestas posibles	Observaciones	%
1. Mucho mejor de lo que esperaba	177	24%
2. Mejor de lo que esperaba	175	24%
3. Bien	321	45%
4. Peor de lo que esperaba	32	4%
5. Mucho peor de lo que esperaba	19	3%
Total	724	100%

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia

Las respuestas dan cuenta de una calificación positiva a la comunicación médico-paciente, siendo el valor de "Bien" el que concentra la mayor cantidad de respuestas. Entre los factores que actúan como barreras a una buena comunicación entre médico y paciente, está el exceso de trabajo de los doctores (por parte de la oferta) y el nivel educativo (como variable proxy de "alfabetismo en salud"), el cual facilita una mejor comprensión de lo comunicado por el médico (Liang, Wang, Hwang, Lin, y Pan, 2013). Para ello, se realizará una prueba de Kruskal Wallis a fin de identificar diferencias en la calificación otorgada al lenguaje utilizado por el médico para cada región, así como una prueba U de Mann Whitney para analizar las diferencias en dicha calificación entre afiliados y no afiliados a una Isapre. Se toman dichas variables explicativas debido a que, en el caso de las regiones, existe una distribución desigual de recursos para la salud por 10.000 habitantes entre las distintas regiones, lo cual impactaría en el número de pacientes potenciales que un médico debe atender y respecto a la inclusión de pertenencia a Isapre como variable independiente, se considera que el subsector privado, al albergar a la misma cantidad de profesionales de la salud pero con un público potencial varias veces menor, es capaz de evitar el exceso de trabajo de los médicos e impactar positivamente en la comunicación médico-paciente. La

prueba de Kruskal-Wallis indica que existen diferencias estadísticamente significativas en las distribuciones entre regiones (a un nivel de $p \leq 0,01$) por lo que, a fin de identificar la significancia entre pares específicos de regiones, se realiza una prueba de la mediana entre cada par siendo los resultados resumidos en la Tabla N°99:

Tabla N°99. Significancia de prueba de la mediana de distribución de respuestas sobre tiempos de espera por atención médica entre pares de regiones

Quintil	Media	Significancia de prueba de la mediana entre pares de regiones		
		II	VIII	XIII
II	2,63			
VIII	2,40	*		
XIII	2,17	**	*	

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

Las pruebas de la mediana entre pares de regiones indican diferencias estadísticamente significativas en las distribuciones de las regiones II y VIII, VIII y XIII (ambas a un nivel de $p \leq 0,1$) y II vs XIII ($p \leq 0,05$). Las respuestas dadas por los encuestados de la Región Metropolitana, con tendencia a indicar una mejor satisfacción con la comunicación médico-paciente respecto a las otras regiones, están acorde a una mayor distribución de recursos de salud en estas regiones, según lo observado en la Figura N°4 al analizar la dimensión de Características del Servicio de Salud. Por otra parte, se lleva a cabo una prueba U de Mann Whitney para identificar diferencias en la calificación otorgada a dicha comunicación, según los afiliados a los sistemas privado y público de salud. Los resultados de dicha prueba son resumidos en la Tabla N°100:

Tabla N°100. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de calificación otorgada a la comunicación médico paciente, entre afiliados al sistema privado y público de salud.

Tipo de aseguramiento	Media	Mediana	Diferencia
Público	2,35	3	0,14
Privado	2,49	3	

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$. Fuente: Elaboración propia

No se hallan diferencias estadísticamente significativas que permitan rechazar la hipótesis nula de igualdad en las distribuciones de satisfacción con la comunicación médico-paciente entre los afiliados al sistema público y al aseguramiento privado. La desagregación por regiones será, así, la variable considerada al momento de definir indicador de monitoreo para esta barrera.

3.5.2.3 Tiempo de duración de la última consulta

El tener un tiempo de consulta médica insuficiente es una de las causas más comunes de insatisfacción de los pacientes (S. J. Williams y Calnan, 1991). De este modo, un tiempo de consulta más prolongado está relacionado a un mejor cuidado por parte del especialista de la salud y a mejores prácticas médicas como menor prescripción de medicamentos, promoción de hábitos saludables, entre otros (Petek Šter, Švab, y Živčec Kalan, 2008). La distribución de respuestas de la muestra consultada sobre esta pregunta se detalla en la Tabla N°101:

Tabla N°101. Distribución de respuestas a pregunta "Considera que el tiempo de su última consulta con el profesional de la salud fue":

Respuestas posibles	Observaciones	%
1. Muy adecuado	150	21%
2. Adecuado	402	55%
3. Medianamente adecuado	110	15%
4. Inadecuado	56	8%
5. Muy inadecuado	5	1%
Total	723	100%

Fuente: Elaboración propia

Se observa que un 91% de la muestra consultada en esta pregunta indica algún grado de conformidad con el tiempo de duración de la última consulta de salud. Entre los factores hallados en la literatura que tienen incidencia en la duración de la consulta médica está la carga laboral elevada de los médicos, situación vista en realidades eslovena, británica y holandesa (Baker, 1996; Petek Šter et al., 2008). Por el lado de la demanda, los factores que influirían en un mayor tiempo de consulta son género femenino, mayor nivel de educación, mayor número de problemas de salud y edad elevada (Petek Šter et al., 2008). De esta forma, se realizará una prueba U de Mann Whitney a fin de hallar diferencias en las distribuciones de las respuestas sobre satisfacción con el tiempo de la última consulta entre los asegurados al

subsistema público y privado de salud. Asimismo, se realiza una prueba de Kruskal-Wallis para identificar diferencias en lo reportado sobre dicha pregunta entre las regiones consultadas. El resultado de la prueba Kruskal Wallis entre regiones no permite rechazar la hipótesis nula de igualdad en las distribuciones de la variable dependiente entre regiones ($p > 0,1$). Asimismo, la prueba U de Mann Whitney entre los subsistemas público y privado tampoco indica diferencias significativas en la calificación del tiempo de consulta, según lo resumido en la Tabla N°102:

Tabla N°102. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de calificación otorgada al tiempo de última consulta, entre afiliados al sistema privado y público de salud.

Tipo de aseguramiento	Media	Mediana	Significancia de diferencia entre distribuciones
Público	2,13	2	N/S
Privado	2,05	2	

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$, N/S = No Significativo. Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, analizando los factores por el lado de la demanda, se realiza una prueba U de Mann Whitney para identificar diferencias en la satisfacción con el tiempo de consulta entre hombres y mujeres, sin hallar diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,1$), según resultados resumidos en la Tabla N°103:

Tabla N°103. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de calificación otorgada al tiempo de última consulta, según género.

Género	Media	Mediana	Significancia de diferencia entre distribuciones
Masculino	2,15	2	N/S
Femenino	2,10	2	

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$, N/S = No Significativo. Fuente: Elaboración propia

A continuación, se realiza una prueba U de Mann Whitney para hallar diferencias en la satisfacción con el tiempo de consulta entre usuarios que padecen enfermedades crónicas y aquellos que no las padecen. Los resultados de dicha prueba se resumen en la Tabla N°104:

Tabla N°104. Prueba U de Mann Whitney de diferencia de distribuciones de calificación otorgada al tiempo de última consulta, según padecimiento de condición crónica de salud.

¿Padece condición crónica de salud?	Media	Mediana	Significancia de diferencia entre distribuciones
No	2,15	2	N/S
Sí	2,07	2	

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$,

*: $0,05 < p \leq 0,1$, N/S = No Significativo. Fuente: Elaboración propia

Se observa que no se encuentran diferencias en la calificación del tiempo de consulta para pacientes con condición crónica de salud y pacientes que no las padecen ($p > 0,1$). Finalmente, se realiza una prueba de Kruskal Wallis para hallar diferencias en dicha variable dependiente entre los distintos grupos etarios, no hallando diferencias en las distribuciones entre regiones con significancia estadística ($p > 0,1$). Se puede concluir que, para la muestra analizada, tanto los factores provenientes del lado de la oferta (recursos distribuidos en regiones y en subsistemas público y privado) como los factores del lado de la demanda no muestran diferencias estadísticamente significativas en los niveles de satisfacción con el tiempo de consulta médica.

3.5.2.4 Calificación del proceso de atención con el médico tratante

Dada la importancia de la consulta médica en el tratamiento o prevención de enfermedades, el interés por la satisfacción de los pacientes y usuarios en esta etapa ha ido en aumento (Udonwa y Ogbonna, 2012). En lo que respecta a la presente encuesta, la distribución de la valoración dada al proceso de atención con el médico tratante se resume en la Tabla N°105:

Tabla N°105. Distribución de respuestas a pregunta "¿Cómo calificaría el proceso de atención del médico tratante en su última consulta/atención, desde el comienzo al final?":

Respuestas posibles	Observaciones	%
1. Pésimo	16	2%
2. Malo	15	2%
3. Regular	122	17%
4. Bueno	437	60%
5. Excelente	134	19%
Total	724	100%

Fuente: Elaboración propia

De total de respuestas a la pregunta, un 79% califica como "bueno" o "excelente" la atención del médico tratante en la última consulta, lo cual puede deberse a diversos factores. Al respecto, un estudio realizado en Nigeria identifica a la percepción del paciente sobre el tiempo de duración de la consulta y el entendimiento de la situación de la enfermedad luego de la visita como factores que influyen en la satisfacción del paciente con la consulta (Udonwa y Ogbonna, 2012). De esta forma, se buscará identificar las diferencias en los niveles reportados de satisfacción con el médico tratante (variable dependiente) según las respuestas reportadas por la muestra acerca de la satisfacción con el tiempo de consulta y con el lenguaje utilizado por el médico (variables explicativas). El método estadístico por utilizar, en primer lugar, es la prueba de Kruskal Wallis para identificar diferencias en las distribuciones de la variable dependiente entre las distintas categorías de cada variable independiente. En ambos casos, las pruebas dan cuenta de la existencia de diferencias en la distribución ($p \leq 0,01$). De esta forma, a fin de identificar la significancia entre pares específicos de cada categoría, se realiza una prueba de la mediana entre cada par siendo los resultados resumidos en la Tabla N°106:

Tabla N°106. Significancia de prueba de la mediana de distribución de respuestas sobre atención con médico tratante, entre pares de respuestas otorgadas a satisfacción con tiempo de consulta.

Satisfacción con tiempo	Media	Significancia de prueba de la mediana entre pares				
		1. Muy adecuado	2. Adecuado	3. Med. Adecuado	4. Inadecuado	5. Muy inadecuado
1. Muy adecuado	4,32					
2. Adecuado	4,02	***				
3. Med. Adecuado	3,50	***	***			
4. Inadecuado	2,91	***	*	***		
5. Muy inadecuado	2,60					

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°106 indica diferencias significativas en las distribuciones de respuestas entre pares de categorías de niveles de satisfacción con el tiempo de consulta, a excepción de los encuestados que respondieron "5. Muy inadecuado". De esta manera, se puede identificar que los usuarios encuestados que están de acuerdo con el tiempo de la consulta otorgan calificaciones mayores a la atención recibida por el médico tratante.

Tabla N°107. Significancia de prueba de la mediana de distribución de respuestas sobre atención con médico tratante, entre pares de respuestas otorgadas a satisfacción con la comunicación médico-paciente.

Comunicación médico paciente	Media	Significancia de prueba de la mediana entre pares				
		1	2	3	4	5
1. Mucho mejor de lo que esperaba	4,36					
2. Mejor de lo que esperaba	3,97	***				
3. Bien	3,83	***				
4. Peor de lo que esperaba	2,72	***				
5. Mucho peor de lo que esperaba	2,42	***				

El nivel de significancia está dado por: ***: $p \leq 0,01$, **: $0,01 < p \leq 0,05$, *: $0,05 < p \leq 0,1$.

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, la Tabla N°107 indica diferencias significativas ($p \leq 0,01$) en la satisfacción con la atención del médico tratante entre los que respondieron que la comunicación utilizada por el médico fue mucho peor de lo esperado, respecto al resto de las otras respuestas. De esta forma, se observa una disminución progresiva y significativa del nivel reportado de satisfacción con el médico mientras menor es la calificación del tiempo de duración de la última consulta y mientras más deficiente es la calificación del lenguaje del médico tratante en la atención.

3.5.2.5 Propensión para regresar a atenderse en el mismo centro de salud

La distribución de las respuestas de la muestra consultada respecto a la voluntad de un paciente o usuario del sistema de salud de volver a atenderse en un mismo centro de salud está resumida en la Tabla N°108:

Tabla N°108. Distribución de respuestas a pregunta "¿Volvería a atenderse en el mismo centro de salud?":

Respuestas posibles	Observaciones	%
1. Totalmente	493	69%
2. Es probable	120	17%
3. Podría ser	60	8%
4. Probablemente no	37	5%
5. Poco probable	8	1%
6. De ninguna manera	2	0%
Total	720	100%

Fuente: Elaboración propia

Según Zhou, Wan, Liu, Feng, y Shang (2017), quienes realizaron un análisis de la literatura respecto a determinantes de fidelización del paciente por parte de los centros prestadores de salud, identificaron que entre dichos factores se encuentra la satisfacción del paciente con la atención médica recibida así como con la calidad del servicio y organización brindadas por el establecimiento de salud, siendo los factores que mostraron la relación más directa y significativa en los estudios revisados para distintas realidades. De esta forma, para el análisis del presente estudio, se propone un modelo de regresión logística cuya variable dependiente dicotómica indica si el encuestado definitivamente se atendería nuevamente en el mismo centro de salud o no (valores 1 y 0). Las variables explicativas de dicho modelo son las calificaciones otorgadas, respectivamente, al proceso de solicitud de hora de atención para consulta, a la atención brindada al médico tratante y la atención brindada por el personal de salud del establecimiento (además del médico). La distribución de la calificación otorgada al proceso de solicitud de hora y a la atención brindada por el personal de salud son resumidas en las Tablas N°109 y N°110.

Tabla N°109. Distribución de respuestas a pregunta "¿Cómo calificaría el proceso de solicitud de hora en su última consulta/atención, desde el comienzo al final?":

Respuestas posibles	Observaciones	%
1. Pésimo	32	4%
2. Malo	36	5%
3. Regular	203	28%
4. Bueno	360	50%
5. Excelente	91	13%
Total	722	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°110. Distribución de respuestas a pregunta "¿Cómo calificaría el proceso de atención del personal de salud (aparte del médico) en su última consulta/atención, desde el comienzo al final?":

Respuestas posibles	Observaciones	%
1. Pésimo	14	2%
2. Malo	18	2%
3. Regular	158	22%
4. Bueno	422	58%
5. Excelente	91	13%
Total	703	97%

Fuente: Elaboración propia

De esta forma, dichas variables explicativas forman parte del siguiente modelo de regresión logística: $\text{Logit RetornoCentroSalud} = \alpha + \beta * \text{CalifPedidoHora2} + \gamma * \text{CalifPedidoHora3} + \delta * \text{CalifPedidoHora4} + \epsilon * \text{CalifPedidoHora5} + \eta * \text{CalifAtencMed2} + \theta * \text{CalifAtencMed3} + \kappa * \text{CalifAtencMed4} + \lambda * \text{CalifAtencMed5} + \mu * \text{CalifAtencPers2} + \nu * \text{CalifAtencPers3} + \xi * \text{CalifAtencPers4} + \chi * \text{CalifAtencPers5}$, el cual busca explicar la probabilidad de retorno al establecimiento de salud. Los coeficientes, efectos marginales y niveles de significancia del modelo se indican en la Tabla N°111:

Tabla N°111. Efectos marginales de variables explicativas en probabilidad de que el usuario definitivamente regrese al centro de salud en que se atendió

Variable explicativa	Coefficiente	Error estándar	p-value	Efecto marginal
Constante	-4,5964	1,425	0,001***	
Calificación de pedido de hora (Valor de referencia: 1.Pésimo)				
2. Malo	-0,367	0,657	0,576	0,148
3. Regular	0,646	0,509	0,205	0,088
4. Bueno	1,944	0,520	0,000***	0,094
5. Excelente	2,024	0,768	0,008***	0,061
Calificación de atención de médico tratante (Valor de referencia: 1.Pésimo)				
2. Malo	0,541	1,091	0,62	0,164
3. Regular	0,697	0,893	0,435	0,139
4. Bueno	1,531	0,866	0,077*	0,181
5. Excelente	1,849	0,953	0,052*	0,098
Calificación del personal en general, además del médico (Valor de referencia: 1. Pésimo)				
2. Malo	1,697	1,333	0,203	0,091
3. Regular	2,506	1,182	0,034**	0,110
4. Bueno	2,797	1,171	0,017**	0,204
5. Excelente	3,882	1,251	0,002***	0,056
Número de observaciones	722			
Pseudo-R2	0,2513			

Fuente: Elaboración propia

El modelo indica que el calificar como "Bueno" o "Excelente" el proceso de solicitud de hora para consulta médica aumenta la probabilidad de regresar al mismo centro de salud (en 9,4% para "Bueno" y 6,1% para "Muy bueno" respecto a la calificación de "Pésimo", a un nivel de $p \leq 0,01$). Una calificación positiva de la atención del médico tratante también tiene un efecto positivo en la probabilidad de retorno al establecimiento de salud (en 18,1% para "Bueno" y 9,8% para "Excelente" respecto a la calificación de "Pésimo", a un nivel de $p \leq 0,1$). Finalmente, la probabilidad de retorno a un establecimiento de salud también es influenciada por la calificación otorgada al personal de salud puesto que, respecto a la calificación de "Pésimo", la probabilidad de retorno aumenta cuando la calificación del personal es "Regular" (en 11%, $p \leq 0,05$), "Bueno" (en 20,4%, $p \leq 0,05$) y Excelente (en 5,6%, $p \leq 0,01$).

Este análisis permite evidenciar la existencia de relaciones causa-efecto entre los distintos elementos pertenecientes a esta dimensión del modelo de acceso a la salud por lo que también existirían diferencias en la propensión a regresar definitivamente a un centro de

salud entre los grupos para los cuales se hallaron diferencias significativas en sus variables explicativas (Estado de afiliación a una Isapre, Región de residencia).

El ejercicio de determinar los factores que determinan los niveles de satisfacción de la población con distintos aspectos del sistema de salud es de especial importancia al momento de diseñar un esquema de monitoreo de dichos niveles a fin de reducir el impacto negativo que una baja satisfacción genera en la población, estando dicho impacto representado por los niveles de desutilidad generados por los distintos elementos de esta dimensión.

3.5.3 Nivel de desutilidad generada por la dimensión de Satisfacción del Usuario

Los elementos que han sido analizados a lo largo de la presente subsección corresponden a aquellos que generan una mayor desutilidad a la población, bajo el enfoque de la Teoría de Utilidad Multiatributo. La Tabla N°112 indica, en orden descendente de relevancia, qué variables de la presente dimensión son las que causan mayores desutilidades, considerando valores más cercanos a 1 como indicativo de una mayor desutilidad:

Tabla N°112. Nivel de desutilidad generado por cada una de las variables incluidas dentro de la dimensión de Satisfacción del Usuario, por región

Variable	Antofagasta	Biobío	Metropolitana	Total
Considera que valor cancelado en sistema de previsión social es justo	0,1769	0,1765	0,1899	0,1811
¿Cómo evaluaría el lenguaje utilizado en la comunicación médico-paciente? (Recordar la última consulta)	0,1461	0,2069	0,1714	0,1749
Calificación del proceso de Pedido de Hora	0,1063	0,1567	0,1353	0,1329
En su última cita, ¿Cuántas llamadas tuvo que hacer para conseguir atención?	0,1011	0,1063	0,1377	0,1151
Calificación de la Atención del personal en general (excepto el médico)	0,0891	0,1321	0,1238	0,1151
Calificación del tiempo de la última consulta con el profesional de la salud	0,0811	0,1194	0,1214	0,1074
Calificación de la Atención Médico tratante	0,0766	0,1266	0,1108	0,1048
Promedio de otros atributos de la dimensión*	0,0154	0,0199	0,0177	0,0177
Total desutilidad de la dimensión	0,0217	0,0282	0,0258	0,0252

Fuente: Elaboración propia basado en la encuesta de acceso a la salud del proyecto. *Se incluyen atributos con valores menores a 0,1 dentro de este promedio.

Se observa que la desutilidad general causada en la población por la dimensión de satisfacción del usuario del servicio de salud promedia un nivel de 0,0252; teniendo un nivel estadísticamente menor a la dimensión de Políticas de Salud ($p \leq 0,01$) y estadísticamente mayor a la de Utilización de Servicios de Salud ($p \leq 0,05$). Adicionalmente, al consultar con el panel de expertos encargados de la asignación de los pesos respectivos a cada dimensión, la satisfacción del usuario fue la dimensión que recibió una ponderación menor (12% de ponderación), tras el cálculo de la media geométrica de la opinión de los doce expertos.

Al analizar los niveles de desutilidad uni-atributo calculados para esta dimensión, se observa que la percepción de justicia en el pago del sistema de previsión social (0,1811), el lenguaje utilizado por el médico tratante (0,1749) y la calificación del proceso de solicitud de cita (0,1329) son los elementos que generan mayor desutilidad, seguidos de las calificaciones de atención del personal, duración de la consulta y de atención del médico tratante.

La identificación de factores determinantes y generadores de diferencias en los niveles de satisfacción según los distintos grupos de la sociedad, así como de los elementos

causantes de mayores niveles de desutilidad en la población en esta dimensión, permitirán proponer un grupo de indicadores de monitoreo de acceso a la salud, desde el punto de vista de la satisfacción del usuario con el sistema de salud.

3.5.4 Indicadores propuestos para la dimensión de Satisfacción del Usuario

En esta sección se ha podido analizar los factores que explican los niveles de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud y la propensión de estos a volver a atenderse en un mismo establecimiento de salud, siendo esta una expresión que traduce la satisfacción en utilización. De esta forma, dado que las mediciones e indicadores de esta dimensión representan el acceso real a los servicios de salud visto desde la percepción subjetiva del usuario (Aday y Andersen, 1974; Andersen et al., 1983), los indicadores propuestos estarán basados en información obtenida de encuestas representativas que buscarán recabar, de forma anual, los niveles de satisfacción de los usuarios con los valores cancelados en su sistema previsional, con el tiempo de duración de las consultas médicas, con la atención brindada y el lenguaje utilizado por el médico tratante, así como su propensión a volver a utilizar el establecimiento de salud que ha utilizado en el último año. Las metas de referencia para dichos indicadores, por su parte, fueron determinadas considerando un aumento razonable respecto a la cifra base determinada con la información recabada de las encuestas realizadas. De ese modo, los indicadores propuestos para la presente dimensión se detallan en la Tabla N°113:

Tabla N°113. Indicadores propuestos para la dimensión de Satisfacción del usuario del servicio de salud

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
22	Monitorear el nivel de conformidad de la población con los valores pagados por el sistema de previsión de salud	Porcentaje de usuarios que perciben como "Justo" o "Muy justo" el valor que pagan en su sistema de previsión de salud - Medido mediante encuestas representativas y desagregado por quintil de ingresos y tipo de aseguramiento de salud.	$\left[\frac{\text{Personas que califican como Muy justo o Justo el valor que cancelan en sus sistemas previsionales}}{\text{Total de personas encuestadas}} \right] * 100\%$	Por quintil de ingresos: ^a I: 59% II: 55% III: 54% IV: 39% V: 36% Por tipo de aseguramiento: ^a Público: 54% Privado: 24%	Por quintil de ingresos: I: 62% II: 57% III: 57% IV: 41% V: 38% Por tipo de aseguramiento: Público: 58% Privado: 30%	Anual	Se sugiere desagregar a la población analizada según quintil de ingresos y tipo de aseguramiento a fin de monitorear posibles diferencias entre los resultados obtenidos por los grupos dentro de cada clasificación.
23	Monitorear el nivel de la comunicación médico-paciente llevada a cabo por los profesionales del sistema de salud	Porcentaje de usuarios que califican como "Muy buena" o "Buena" la comunicación médico-paciente usualmente recibida en el último año - Medido mediante encuestas a usuarios que han recibido atención médica en el último año	$\left[\frac{\text{Usuarios que califican como Muy buena o Buena la comunicación médico – paciente usualmente recibida}}{\text{Total de personas encuestadas que recibieron atención médica en el último año}} \right] * 100\%$	93% ^a	95%	Anual	

^a Información de cifra base obtenida de la encuesta de acceso a la salud parte del proyecto Fondecyt N°1116150

Tabla N°113. Indicadores propuestos para la dimensión de Satisfacción del usuario del servicio de salud (continuación)

ID	Objetivo	Indicador	Métrica	Cifra base	Meta	Frecuencia	Observaciones
24	Vigilar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud respecto a la duración de las consultas médicas	Porcentaje de usuarios que se encuentran insatisfechos con la duración de sus consultas médicas en el último año - Medido mediante encuestas a usuarios que han recibido atención médica en el último año.	$\left[\frac{\text{Usuarios que señalan satisfacción con la duración de consultas médicas recibidas}}{\text{Total de personas encuestadas que recibieron atención médica en el último año}} * 100\% \right]$	76% ^a	80%	Anual	
25	Aumentar la satisfacción de los usuarios con el servicio brindado por los médicos tratantes	Porcentaje de usuarios que señalan recibir buena atención siempre o usualmente por parte de los médicos tratantes	$\left[\frac{\text{Usuarios que indican que reciben buen trato del personal médico siempre o usualmente}}{\text{Total de personas encuestadas que recibieron atención médica en el último año}} * 100\% \right]$	79% ^a	83%	Anual	
26	Aumentar la satisfacción de los usuarios con el servicio brindado por el establecimiento de salud al que acuden	Porcentaje de usuarios que regresarían al lugar de atención - Medido mediante encuestas a usuarios que han recibido atención médica en el último año.	$\left[\frac{\text{Usuarios que indican que regresarían al lugar donde se recibió atención médica}}{\text{Total de personas encuestadas que recibieron atención médica en el último año}} * 100\% \right]$	93% ^a	95%	Anual	

^a Información de cifra base obtenida de la encuesta de acceso a la salud parte del proyecto Fondecyt N°1116150

CONCLUSIONES

El presente trabajo de tesis tuvo como objetivo, bajo un punto de vista del Control de Gestión y la medición del desempeño, proponer un modelo de indicadores que permita monitorear la existencia de las distintas barreras de acceso a la salud, y el nivel de prevalencia de estas en la población chilena, según el modelo de acceso a la salud desarrollado por Aday y Andersen (1974). La clasificación del acceso a la salud en las cinco dimensiones del modelo (Política de salud, características del servicio de salud, características de la población, utilización de los servicios de salud y satisfacción del usuario) permite enfocar el monitoreo en un aspecto específico sobre el cual se puede tomar acción, así como asignar recursos y responsables, siguiendo un modelo lógico de entradas (política de salud), procesos (características de la población y del servicio de salud) para el logro de resultados, siendo estos reflejados en la utilización de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios con estos, siendo ambas evidencias de acceso real a la salud.

De esta forma, el análisis inicial consistió en análisis estadísticos que permitan identificar tanto factores explicativos del acceso a la salud para cada dimensión como la presencia de inequidades evitables no atribuibles a la necesidad de salud. La teoría de utilidad multiatributo, por su parte, permitió dar a conocer qué barreras al acceso son las que generan una mayor desutilidad en la población consultada. De esta manera, se logró identificar qué barreras son los más relevantes para las comunidades, a fin de considerar su reducción como un objetivo que debe ser monitoreado.

Seguidamente, la definición de indicadores fue realizada, en primer lugar, observando las mediciones utilizadas en otros sistemas de salud en el mundo y en la academia, tomando en cuenta las particularidades de cada dimensión, con el objetivo de adaptarlos en un sistema de indicadores que monitoree el acceso en la realidad chilena. No obstante, dado que las barreras halladas para Chile y reportadas por las distintas comunidades pueden tener características únicas para dicha realidad, algunos indicadores para el monitoreo del acceso a la salud son diseñados de manera original para el presente trabajo. Tanto hayan sido adaptados de otras realidades o diseñados de forma original en este estudio, se buscó que los indicadores y las metas establecidas como referencia guarden relación con las estrategias sanitarias actuales de Chile (en específico, con los objetivos enfocados a la reducción de las inequidades de salud de la población, el desarrollo de hábitos de vida saludables, el fortalecimiento de las instituciones del sector salud y la mejora en la calidad de la atención al usuario), así como con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas al año

2030, principalmente al ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, en especial en lo referente a aseguramiento universal (3.7) y a los determinantes sociales de la salud (3.8). Los indicadores y metas propuestos para este trabajo buscan impactar positivamente la posición de Chile frente a dichos objetivos y las distintas dimensiones del marco de referencia de Aday y Andersen (1974) permiten lograr un mayor alcance hacia ello. Por ejemplo, la dimensión de Política de Salud del modelo impacta en el objetivo de fortalecimiento del sector salud, la dimensión de Características de la Población, se alinea con los ODS 3.7 y 3.8, por mencionar algunos.

El resultado de este ejercicio es un sistema de 26 indicadores, clasificados en 5 dimensiones, que buscan monitorear las principales variables que, para las comunidades consultadas, impactan en su acceso a la salud. El resumen de los indicadores y sus fórmulas de cálculo, para cada dimensión, se muestra en la Tabla N°114:

Tabla N°114. Resumen de indicadores y fórmulas de cálculo utilizados para monitoreo de equidad en acceso a la salud en Chile, clasificados por dimensión analizada

Dimensión	Indicador	Métrica
Política de Salud	Existencia de políticas públicas para mejorar el acceso a los servicios de salud para poblaciones consideradas vulnerables (prevención y tratamiento)	0 = No existen políticas para la población dada 1 = Existen políticas de prevención para la población dada 2 = Existen políticas de prevención y tratamiento para la población dada
	Proporción de la población con exposición a información del programa o política de salud X	$\left[\frac{\text{Número de personas que recuerdan haber visto u oído información del programa o política de salud X en medios de comunicación}}{\text{Total de la población encuestada}} \right] * 100\%$
	Variación del nivel de conocimiento de los distintos programas de salud gestionados por el Ministerio de Salud	$\left[1 - \frac{\text{Personas con conocimiento del programa de salud X, en periodo t}}{\text{Personas con conocimiento del programa de salud X, en periodo t - 1}} \right] * 100\%$
Características del Servicio de Salud	Variación de proporción de la población que vive dentro del área de influencia de un centro de salud (radio censal de 1 km).	$\left[\frac{\text{Número de personas viviendo en área de influencia de un centro de salud en el periodo t}}{\text{Total de la población en el periodo t}} - \frac{\text{Número de personas viviendo en área de influencia de un centro de salud en el periodo t - 1}}{\text{Total de la población en el periodo t - 1}} \right] * 100\%$
	Densidad de Consultorios Generales de Salud por cada 10.000 habitantes	$\left[\frac{\text{Número de Consultorios Generales de Salud disponibles}}{\text{Total de la Población/10.000}} \right] * 100\%$
	Mediana de días de espera en lista de espera por atención médica	Mediana de días en lista de espera para consulta de especialista, procedimiento e intervención quirúrgica. Desagregada en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud y Establecimientos privados

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°114. Resumen de indicadores y fórmulas de cálculo utilizados para monitoreo de equidad en acceso a la salud en Chile, clasificados por dimensión analizada (continuación)

Dimensión	Indicador	Métrica
Características del Servicio de Salud	Variación de tiempo promedio en minutos transcurrido desde llegada del paciente a Admisión en el establecimiento de salud hasta que entra a consulta.	$\left[1 - \frac{\text{Tiempo promedio en minutos transcurrido desde llegada del paciente hasta que entra a consulta, en el periodo } t}{\text{Tiempo promedio en minutos transcurrido desde llegada del paciente hasta que entra a consulta, en el periodo } t - 1} \right] * 100\%$
	Porcentaje de personas que pueden acceder a un servicio de emergencia en 15 minutos o menos	$\left[\frac{\text{Número de personas que pueden acceder a un servicio de emergencia en 15 minutos o menos}}{\text{Total de personas incluidas en la muestra calculada}} \right] * 100\%$
	Porcentaje de personas que pueden acceder a un centro de salud de mediana complejidad en 15 minutos o menos	$\left[\frac{\text{Número de personas que pueden acceder a un servicio de mediana complejidad en 15 minutos o menos}}{\text{Total de personas incluidas en la muestra calculada}} \right] * 100\%$
Características de la Población	Porcentaje de la población adulta sin educación media completa	$\left[\frac{\text{Número de adultos sin Educación Media Completa}}{\text{Total de población encuestada}} \right] * 100\%$
	Tasa de desocupación por zona y sexo	$\left[\frac{\text{Personas en situación de desocupación}}{\text{Total de población}} \right] * 100\%$
	Porcentaje de la población que practica deporte al menos tres veces por semana	$\left[\frac{\text{Número de adultos que practican deporte al menos tres veces por semana}}{\text{Total de población encuestada}} \right] * 100\%$
	Porcentaje de la población con sobrepeso u obesidad	$\left[\frac{\text{Número de adultos que presentan sobrepeso u obesidad}}{\text{Total de población encuestada}} \right] * 100\%$

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°114. Resumen de indicadores y fórmulas de cálculo utilizados para monitoreo de equidad en acceso a la salud en Chile, clasificados por dimensión analizada (continuación)

Dimensión	Indicador	Métrica
Características de la Población	Porcentaje de la población en situación de pobreza por ingresos	$\left[\frac{\text{Personas en situación de pobreza por ingresos}}{\text{Total de población}} \right] * 100\%$
	Porcentaje de la población que pertenece a un sistema de aseguramiento de salud	$\left[\frac{\text{Número de personas aseguradas a un sistema de aseguramiento de salud}}{\text{Total de población encuestada}} \right] * 100\%$
	Porcentaje de la población con una condición crónica de salud	$\left[\frac{\text{Personas que presentan una condición crónica de salud}}{\text{Total de población encuestada}} \right] * 100\%$
Utilización de los Servicios de Salud	Índice de concentración de uso de servicios de especialista de salud por quintil de ingreso	$C(h/y) = \left[\frac{2\text{cov}(h_i, R_i)}{\hat{h}} \right]$
	Índice de concentración de uso de servicios de consulta médica por quintil de ingreso	$C(h/y) = \left[\frac{2\text{cov}(h_i, R_i)}{\hat{h}} \right]$
	Porcentaje de personas que tuvieron problema de salud y no accedieron a atención médica por motivos ajenos	$\left[\frac{\text{Número de personas que tuvieron problema de salud y no accedieron a atención médica por motivos ajenos}}{\text{Número de personas encuestadas que tuvieron un problema de salud}} \right] * 100\%$
	Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a medicación recetada debido a altos costos	$\left[\frac{\text{Número de personas que no tuvieron acceso a medicación recetada debido a su alto costo}}{\text{Número de personas que recibieron una receta médica}} \right] * 100\%$
	Porcentaje de personas que no tuvieron acceso a medicación recetada debido a su no disponibilidad	$\left[\frac{\text{Número de personas que no tuvieron acceso a medicación recetada debido a falta de disponibilidad de esta}}{\text{Número de personas que recibieron una receta médica}} \right] * 100\%$

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°114. Resumen de indicadores y fórmulas de cálculo utilizados para monitoreo de equidad en acceso a la salud en Chile, clasificados por dimensión analizada (continuación)

Dimensión	Indicador	Métrica
Satisfacción del Usuario	Porcentaje de usuarios que perciben como "Justo" o "Muy justo" el valor que pagan en su sistema de previsión de salud	$\left[\frac{\text{Personas que califican como "Muy justo" o "Justo" el monto que cancelan en sus sistemas previsionales}}{\text{Total de personas encuestadas}} \right] * 100\%$
	Porcentaje de usuarios que califican como "Muy buena" o "Buena" la comunicación médico-paciente usualmente recibida en el último año	$\left[\frac{\text{Personas que califican como "Muy buena" o "Buena" la comunicación médico – paciente usualmente recibida}}{\text{Total de personas encuestadas que recibieron atención médica en el último año}} \right] * 100\%$
	Porcentaje de usuarios que se encuentran insatisfechos con la duración de sus consultas médicas en el último año	$\left[\frac{\text{Usuarios que señalan satisfacción con duración de consultas médicas recibidas}}{\text{Total de personas encuestadas que recibieron atención médica en el último año}} \right] * 100\%$
	Porcentaje de usuarios que señalan recibir buena atención siempre o usualmente por parte de los médicos tratantes	$\left[\frac{\text{Usuarios que indican que reciben buen trato del personal médico siempre o usualmente}}{\text{Total de personas encuestadas que recibieron atención médica en el último año}} \right] * 100\%$
	Porcentaje de usuarios que regresarían al lugar de atención	$\left[\frac{\text{Usuarios que indican que regresarían al lugar donde se recibió atención médica}}{\text{Total de personas encuestadas que recibieron atención médica en el último año}} \right] * 100\%$

Fuente: Elaboración propia

Asimismo, el sistema de indicadores abarca las siguientes barreras identificadas según cada dimensión del modelo de acceso a la salud:

- **Política de Salud:** Incluye políticas y programas que deben ser diseñados e implementados a fin de asegurar un acceso con equidad a grupos actualmente desfavorecidos. Se identificaron las siguientes barreras a ser monitoreadas.
 - Existencia de políticas de acceso
 - Alcance de las comunicaciones de promoción en salud
 - Nivel de conocimiento de la población de los programas y políticas de salud

- **Características del Servicio de Salud:** Consta de los elementos del servicio de salud involucrados en la prestación de atención médica a la población, así como la organización del sistema, siendo las siguientes las principales barreras halladas las siguientes:
 - Distancia del hogar al centro de salud más cercano
 - Disponibilidad de consultorios generales de salud
 - Tiempos de espera entre obtención de cita hasta realización de consulta
 - Tiempos de espera en el establecimiento de salud
 - Tiempos de traslado al establecimiento de salud

- **Características de la Población:** Incluye los elementos de la población que predisponen a esta a necesitar, en mayor o menor medida, servicios de atención médica.
 - Características demográficas relevantes
 - Determinantes sociales de la salud
 - Cobertura de aseguramiento de salud
 - Presencia de condiciones preexistentes y crónicas de salud

- **Utilización de Servicios de Salud:** Incluye elementos cuantitativos objetivos que reflejan el paso de un individuo por el sistema de salud. Las barreras identificadas a ser monitoreadas son:
 - Número de consultas médicas
 - Niveles de necesidades no satisfechas en salud
 - Acceso a medicamentos según asequibilidad y disponibilidad

- **Satisfacción del Usuario:** Trata de la valoración subjetiva que el individuo otorga a la calidad percibida durante su paso por el sistema de salud, siendo las siguientes las principales barreras halladas:
 - o Percepción de justicia por valores pagados por el sistema previsional de salud
 - o Comunicación médico-paciente
 - o Duración de las consultas médicas
 - o Satisfacción con servicio brindado por médico tratante
 - o Satisfacción con el servicio brindado por establecimiento de salud

Algunos de dichos indicadores son desagregados en determinados grupos poblacionales para los cuales se identifica presencia de inequidad (según lo reportado por las comunidades consultadas), la cual debe ser monitoreada buscando su reducción y posterior eliminación.

Respecto a las responsabilidades para la recopilación de información a ser ingresada en el sistema de indicadores, en aquellas métricas para las que no se cuente actualmente con una fuente definida para obtención de información, se propone a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremis) como responsables de dicha labor, en tanto tienen, entre sus funciones, el velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad, evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, así como mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico regional y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias y acciones implementadas (Ministerio de Salud, 2004). Asimismo, dado que para varios de los indicadores se propone desagregación a nivel regional, se refuerza el argumento de que cada Seremi regional sea la encargada del levantamiento de información de su región. Tras este ejercicio de recopilación de información, se propone a la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) como entidad encargada de procesar dicha información y administrar el sistema de indicadores propuesto en esta tesis, puesto que entre sus funciones se encuentra la mantención de información oficial sobre temas del sector salud y factores relacionados, así como la administración de la información proveniente de los organismos del Sector Salud (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2019). La información procesada por la DEIS, según los lineamientos presentados en esta tesis, será el insumo que utilizar por la Autoridad Sanitaria para el diseño de políticas públicas y ejecución de acciones específicas relacionadas a mejora del acceso a la salud de la población.

Entre las principales limitantes del presente estudio está el número limitado de regiones analizadas. Para análisis futuros, se podría partir de lo propuesto en el presente trabajo y ampliar el ámbito de investigación al resto de regiones, cuyas comunidades pueden reportar niveles de desutilidad distintos para las barreras de acceso incluidas en la encuesta. Asimismo, las metas propuestas en esta tesis han sido fijadas con base en comparaciones con otras realidades, en proyecciones realizadas con base información pública disponible y en la misma información recabada en las encuestas realizadas. La redefinición de metas con base en fuentes de información interna institucional relativa a estadísticas históricas, recursos disponibles actuales y capacidad de implementación brindará mayor sustento a las metas, lo que tendrá consecuencias favorables en el desempeño de cada objetivo trazado.

El impacto que tiene el presente estudio en el diseño de políticas públicas de mejora de acceso a la salud en Chile consta de dos partes: En primer lugar, identifica cuáles son los elementos que, aparte de la necesidad de atención médica, permiten predecir una mayor o menor utilización de servicios de salud así como una mayor o menor percepción en la calidad de estos, evidenciando inequidad horizontal entre distintos grupos de la sociedad en el acceso multidimensional a la salud y permitiendo sentar las bases para poder tomar acción al respecto. En segundo lugar, la búsqueda, recopilación y análisis de indicadores de relevancia para cada dimensión ha permitido, para varios de los indicadores, establecer puntos o metas de referencia internacionales e identificar cuál es la posición actual de Chile en esos puntos. Esto es particularmente importante pues, además de representar un norte hacia el cual apuntar, permite indagar cuáles son las buenas prácticas realizadas en otros sistemas de salud y que estas puedan ser adaptadas a la realidad local a fin de, en un mediano o largo plazo, poder cerrar la brecha entre el valor actual y el de referencia, logrando elevar el nivel de vida de la población chilena, en las distintas dimensiones de acceso a la salud, a estándares internacionales.

Es así que se espera que el presente trabajo de investigación pueda ser utilizado por las autoridades sanitarias del país a todo nivel, desde diseñadores de políticas públicas, gestores de recursos y establecimientos de salud, organismos reguladores, entre otros, según el nivel de responsabilidad que tengan, a fin de elevar el nivel de acceso a la salud de la población residente en Chile y, con ello, mejorar su calidad de vida y aumentar sus posibilidades de, como mencionan Culyer y Wagstaff (1993), desarrollarse como seres humanos.

Bibliografía

- Abellán, J. M., Martínez, J. E., Méndez, I., y Sánchez, F. (2010). *Función de utilidad multiatributo para el instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud SF-6D*. Grupo de Investigación en Economía de la Salud y Evaluación Económica - Universidad de Murcia. Recuperado de https://sms.carm.es/somosmas/documents/63024/0/informe_SF-6D_multiatributo.pdf/2636b8cf-c6d6-4db5-b95f-f2908df8f52d
- Acheson, R. M. (1978). The definition and identification of need for health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(1), 10-15.
- Aday, L. A., y Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Aday, L. A., y Andersen, R. M. (1981). Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview. *Medical Care*, 19(12), 4-27.
- Ahmad, B., Khairatul, K., y Farnaza, A. (2017). An assessment of patient waiting and consultation time in a primary healthcare clinic. *Malaysian Family Physician : the Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 12(1), 14-21.
- Alarcón, G., Navarro, C., Muñoz, S., Cordero, A., Tobar, L., Perez Ordenes, P., ... Martorell Guerra, B. (2018). Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile en Modelo de Atención RISS. *Ministerio de Salud - Subsecretaría de Redes Asistenciales*. Recuperado de <http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3578>
- Allin, S., Grignon, M., y Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications? *Social Science & Medicine*, 70(3), 465-472. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.027>
- Allin, S., Masseria, C., Sorenson, C., Papanicolas, I., y Mossialos, E. (2007). Measuring inequalities in access to health care: a review of the indices? [Monograph]. Recuperado 27 de agosto de 2018, de <http://ec.europa.eu/social/home.jsp>
- Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday, L. A., Chiu, G. Y., y Bell, R. (1983). Exploring dimensions of access to medical care. *Health Services Research*, 18(1), 49-74.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2016). *Australia's health 2016*.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2018a). *Australia's health 2018*.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2018b). National Health Performance Framework. Recuperado 22 de agosto de 2018, de <http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/392569>
- Babitsch, B., Gohl, D., y von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9. <https://doi.org/10.3205/psm000089>
- Baker, R. (1996). Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *British Journal of General Practice*, 5.

- Banco Central de Chile. (2018). Boletín Mensual - Banco Central de Chile. Recuperado 21 de mayo de 2018, de <https://si3.bcentral.cl/Boletin/secure/boletin.aspx?idCanasta=SJNTE3151>
- Banco Mundial. (2018a). GDP growth (annual %) | Data. Recuperado 23 de abril de 2018, de <https://data.worldbank.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=CL>
- Banco Mundial. (2018b). Inmunización contra el sarampión (% de niños entre 12 y 23 meses de edad) | Data. Recuperado 1 de octubre de 2018, de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.IMM.MEAS>
- Banco Mundial. (2018c, abril 16). Chile: Panorama general [Text/HTML]. Recuperado 21 de mayo de 2018, de <http://www.bancomundial.org/es/country/chile/overview>
- Becerril-Montekio, V., y Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53, 12.
- Belayneh, M., Woldie, M., Berhanu, N., y Tamiru, M. (2017). The determinants of patient waiting time in the general outpatient department of Debre Markos and Felege Hiwot hospitals in Amhara regional state, North West, Ethiopia. *Global Journal of Medicine and Public Health*, 6(5), 1-17.
- Bello, A., Carrasco, C., Andrade, C., y Farga, V. (2016). Tuberculosis, los errores que cometemos: Experiencia del Hospital San Juan de Dios. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 32(3), 190-195. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482016000300008>
- Bertakis, K. D., y Azari, R. (2006). The influence of obesity, alcohol abuse, and smoking on utilization of health care services. *Family Medicine*, 38(6), 427-434.
- Black, M., y Mooney, G. (2002). Equity in Health Care from a Communitarian Standpoint. *Health Care Analysis*, 10, 193-208.
- Blackwell, D. L., Martinez, M. E., Gentleman, J. F., Sanmartin, C., y Berthelot, J.-M. (2009). Socioeconomic Status and Utilization of Health Care Services in Canada and the United States: Findings From a Binational Health Survey. *Medical Care*, 47(11), 1136-1146.
- Boslaugh, S. E. (2013). *Health Care Systems Around the World: A Comparative Guide*. SAGE Publications.
- Braveman, P., y Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254-258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Burrows, J. (2008). Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? *Journal of Medical Ethics*, 34(9), e13. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.022715>
- Cabieses, B., Bernales, M., Obach, A., y Pedrero, V. (2016). *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile* (1.ª ed.). Chile: Universidad del Desarrollo. Recuperado de <http://medicina.udd.cl/files/2016/03/Libro-Completo-2016.pdf>
- CENABAST. (2018). Quiénes Somos. Recuperado 21 de mayo de 2018, de <http://www.cenabast.cl/institucion/quienes-somos/>

- Centro Nacional de Farmacoeconomía. (2013). *Medicamentos en Chile: Revisión de la evidencia del mercado nacional de fármacos*. Santiago, Chile: Instituto de Salud Pública.
- CEPAL. (2018). *Medición de los ingresos y la pobreza en Chile, Encuesta CASEN 2017*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Medicion_de_la_pobreza_en_Chile_2017_17082018.pdf
- Chan, L., Hart, L. G., y Goodman, D. C. (2006). Geographic Access to Health Care for Rural Medicare Beneficiaries. *The Journal of Rural Health*, 22(2), 140-146. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2006.00022.x>
- Cid, C. (2011). Problemas y desafíos del seguro de. *Temas de la agenda pública - Centro de Políticas Públicas UC*, 49, 22.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014, octubre 27). Objetivos de desarrollo del milenio: la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe [Text]. Recuperado 20 de septiembre de 2018, de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/2887-objetivos-desarrollo-milenio-la-progresion-derecho-la-salud-america-latina-caribe>
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf;jsessionid=BC7C89BBC1E07A23DCD2C78E42B192C8?sequence=1
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_en.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*.
- Const. de la República de Chile. Constitución Política de la República de Chile (1980).
- Culyer, A.J, y Wagstaff, A. (1992). *Need, Equity and Equality in Health and Health Care*. Centre for Health Economics - University of York.
- Culyer, A.J, y Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12(4), 431-457. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(93\)90004-X](https://doi.org/10.1016/0167-6296(93)90004-X)
- Culyer, Anthony J. (2015). *Efficiency, Equity and Equality in Health and Health Care*. Centre for Health Economics - University of York. Recuperado de https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP120_Efficiency_Equity_Equality_Health_Care.pdf
- DeGroff, A., Schooley, M., Chapel, T., y Poister, T. H. (2010). Challenges and strategies in applying performance measurement to federal public health programs. *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 365-372. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.02.003>

- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2016). *Indicadores Básicos de Salud Chile 2016*. Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2018/12/IBS-2016.pdf>
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2018). Listado De Establecimientos. Recuperado 21 de agosto de 2018, de <https://reportesdeis.minsal.cl/ListaEstablecimientoWebSite/>
- Departamento de Presupuestos Familiares. (2018). *Informe de principales resultados: VIII Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF)*. Instituto Nacional de Estadísticas. Recuperado de <http://www.ine.cl/docs/default-source/ingresos-y-gastos/epf/viii-epf/principales-resultados/informe-de-principales-resultados-viii-epf.pdf?sfvrsn=8>
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2019). Nuestra Misión - DEIS. Recuperado 26 de febrero de 2019, de <http://www.deis.cl/tema-conozcanos/>
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay. (2018). Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Recuperado 1 de octubre de 2018, de <http://www.dgeec.gov.py/odm/indicadores6.php?id=1&ide=63>
- Donabedian, A. (1972). Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(4), 103-154. <https://doi.org/10.2307/3349436>
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: specifying requirements for health care*. Harvard University Press.
- Dunlop, S., Coyte, P. C., y McIsaac, W. (2000). Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science & Medicine* (1982), 51(1), 123-133. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00424-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00424-4)
- Džakula, A., Sagan, A., Pavić, N., Lončarek, K., y Sekelj-Kauzlarić, K. (2014). Croatia: health system review. *Health Systems in Transition*, 16(3), xvii-xviii, 1-162.
- Elinson, J. (1974). Toward Sociomedical Health Indicators. *Social Indicators Research*, 1(1), 59-71.
- Ensor, T. (2004). Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 19(2), 69-79. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh009>
- Etzioni, A. (2014). Communitarianism. En *The Encyclopedia of Political Thought* (pp. 620-625). American Cancer Society. <https://doi.org/10.1002/9781118474396.wbept0184>
- European Commission. (2018). Self-reported unmet need for medical care by sex - Eurostat. Recuperado 20 de septiembre de 2018, de <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tespm110>
- Figueroa Pedraza, D., y Cavalcanti Costa, G. M. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*, 13(1). <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.1.170901>
- FONASA. (2018). Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud. Recuperado 28 de mayo de 2018, de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/auge>

- Frenz, P., Delgado, I., Villanueva, L., Muñoz Porras, F., Navarrete Couble, M. S., y Kaufman, J. S. (2013). *Análisis de la equidad en el acceso a la salud con datos de las Encuestas CASEN* (Guía Práctica). Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- García-Subirats, I., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., da Silva, M. R. F., Unger, J. P., y Vázquez, M. L. (2014). Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Social Science & Medicine*, 106, 204-213. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.054>
- Gideon, J. (2007). Excluded from Health? Informal Workers' Access to Health Care in Chile. *Bulletin of Latin American Research*, 26(2), 238-255.
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- Guillou, M., Carabantes C, J., y Bustos F, V. (2011). Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Revista médica de Chile*, 139(5), 559-570. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500001>
- Ha, J. F. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review, 10(1), 6.
- Institut für Höhere Studien. (2007). *Health System Watch - IV 2007* (No. IV-2007).
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2016). Compendio Estadístico 2016.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Compendio Estadístico 2017.
- International Society for Equity in Health. (2018). International Society for Equity in Health. Recuperado 22 de mayo de 2018, de <http://www.iseqh.org/>
- ISP. (2018). Instituto de Salud Pública de Chile. Recuperado 21 de mayo de 2018, de http://www.ispch.cl/quienes_somos/acerca_isp
- Jacobs, B., Ir, P., Bigdeli, M., Annear, P. L., y Van Damme, W. (2012). Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy and Planning*, 27(4), 288-300. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr038>
- Jadue, L., Marín, F., Vega, J., y Iniciativa Chilena de Equidad en Salud. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad*. Chile: ICES, Iniciativa Chilena de Equidad en Salud.
- Jaramillo-Mejía, M. C., y Chernichovsky, D. (2015). Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. *Estudios Gerenciales*, 31(134), 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2014.09.004>
- Jordan, H., Roderick, P., Martin, D., y Barnett, S. (2004). Distance, rurality and the need for care: access to health services in South West England. *International Journal of Health Geographics*, 3(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-21>
- Khan, A. A., y Bhardwaj, S. M. (1994). Access to health care. A conceptual framework and its relevance to health care planning. *Evaluation & the Health Professions*, 17(1), 60-76. <https://doi.org/10.1177/016327879401700104>

- Kreps, G. L., y Sparks, L. (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Education and Counseling*, 71(3), 328-332. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.001>
- Kuchinke, B. A., Sauerland, D., y Wübker, A. (2009). The influence of insurance status on waiting times in German acute care hospitals: an empirical analysis of new data. *International Journal for Equity in Health*, 8(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-44>
- Lago, F. P., Elorza, M. E., Nebel-Moscoso, S., y Vanina-Ripari, N. (2013). Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25), 40-54.
- Lee, R. I., y Jones, B. (1933). *The fundamentals of good medical care: an outline of the fundamentals of good medical care and an estimate of the service required to supply the medical needs of the United States*. Archon.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., y Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Li, Y., Pan, A., Wang, D. D., Liu, X., Dhana, K., Franco, O. H., ... Hu, F. B. (2018). Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. *Circulation*, 138(4), 345-355. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032047>
- Liang, C.-Y., Wang, K.-Y., Hwang, S.-J., Lin, K.-C., y Pan, H.-H. (2013). Factors affecting the physician–patient relationship of older veterans with inadequate health literacy: an observational study | British Journal of General Practice. *British Journal of General Practice*. Recuperado de <https://bjgp.org/content/63/610/e354>
- Liu, X., Li, N., Liu, C., Ren, X., Liu, D., Gao, B., y Liu, Y. (2016). Urban–rural disparity in utilization of preventive care services in China: *Medicine*, 95(37), e4783. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004783>
- Lorence, D. P., Park, H., y Fox, S. (2006). Racial disparities in health information access: resilience of the Digital Divide. *Journal of Medical Systems*, 30(4), 241-249.
- Luque Ramos, A., Hoffmann, F., y Spreckelsen, O. (2018). Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3000-6>
- Margozzini, P., y Passi, Á. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 43(1), 30-34. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v43i1.1354>
- Mesa-Lago, C. (2008). Protección social en Chile: Reformas para mejorar la equidad. *Revista Internacional Del Trabajo*, 127(4), 421-446. <https://doi.org/10.1111/j.1564-9148.2008.00041.x>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2016). *Situación de la Pobreza en Chile - Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional* (Presentación). Recuperado de

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Situacion_Pobreza.pdf

- Ministerio de Desarrollo Social. (2018a). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional - 2017*. Recuperado de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2018b). Glosario de términos. Recuperado 26 de noviembre de 2018, de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/glosario.php>
- Ministerio de Salud. LEY-19937 24-FEB-2004 MINISTERIO DE SALUD, Pub. L. No. 19937 (2004). Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629>
- Ministerio de Salud. (2015). *Distribución de farmacias por región: Situación a Diciembre 2014*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud. (2017a). *Informe Cobertura Poblacional del SNIS Según Portador*. Uruguay. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Informe%20Cobertura%20Poblacional.pdf
- Ministerio de Salud. (2017b). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (2018). Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas – PESPI. Recuperado 22 de octubre de 2018, de <http://ssms.cl/como-me-cuido/programas-de-salud/programa-especial-de-salud-y-pueblos-indigenas-pespi/>
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Inequidades en salud y sus determinantes sociales en Uruguay*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *La equidad en salud para Colombia: Brechas internacionales y territoriales*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>
- Missoni, E., y Solimano, G. (2010). *Towards Universal Health Coverage: the Chilean experience* (Health-Systems Financing). World Health Organization.
- Mooney, G. (1998). "Communitarian claims" as an ethical basis for allocating health care resources. *Social Science & Medicine*, 47(9), 1171-1180. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00189-0)
- Mooney, G. (2001). Communitarianism and Health Economics. *The Social Economics of Health Care*. Recuperado de http://www.HERTS.ebib.com/EBLWeb/patron?target=patron&extendedid=P_166473_0&
- Mooney, G. H. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1(4), 179-185.

- National Institute for Public Health and the Environment. (2010). Dutch Health Care Performance Report 2010, 276.
- NHS Institute for Innovation and Improvement. (2017). *The Good Indicators Guide: Understanding How to Use and Choose Indicators* (Guide). National Health Service. Recuperado de <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/the-good-indicators-guide-understanding-how-to-use-and-choose-indicators/>
- Núñez, A. (2011). *Assessing Equity in Health System Finance and Health Care Utilization: The case of Chile, and a Model to Measure Health Care Access* (Tesis Doctoral para optar por el grado de Doctor en Filosofía). Oregon State University.
- Núñez, A. (2018). Proyecto FONDECYT N°11160150 «A Model to Measure Health Care Access». Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT).
- Observatorio Chileno de Salud Pública. (2014). *Panorama y tendencias de la salud en Chile. Revisión 2013*. Santiago de Chile.
- OCDE (Ed.). (2011). *Mejores políticas para el desarrollo: perspectivas OCDE sobre Chile*. Paris: OCDE.
- OCDE. (2015). Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 - Chile en comparación. Recuperado de <https://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf>
- OCDE. (2017a). Citizen satisfaction with the health care system, 2007 and 2016. https://doi.org/10.1787/gov_glance-2017-graph166-en
- OCDE. (2017b). *Health at a glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD.
- OCDE. (2018). *Education at a Glance 2018: OECD Indicators*. OECD Publishing; Éditions OCDE.
- Oche, M., y Adamu, H. (2013). Determinants of Patient Waiting Time in the General Outpatient Department of a Tertiary Health Institution in North Western Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 3(4), 588-592. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.122123>
- O'Donnell, O., O'Neill, S., Van Ourti, T., y Walsh, B. (2016). conindex: Estimation of concentration indices. *The Stata journal*, 16(1), 112-138.
- OECD. (2016). Unmet health care needs, 154-155. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-51-en
- OECD. (2018). Inequality - Poverty rate - OECD Data. Recuperado 2 de enero de 2019, de <http://data.oecd.org/inequality/poverty-rate.htm>
- Olsen, E. O., y Rogers, D. L. (1991). The welfare economics of equal access. *Journal of Public Economics*, 45(1), 91-105. [https://doi.org/10.1016/0047-2727\(91\)90049-8](https://doi.org/10.1016/0047-2727(91)90049-8)
- O'Malley, M. S., Fletcher, S. W., Fletcher, R. H., y Earp, J. A. (1983). Measuring patient waiting time in a practice setting: a comparison of methods. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 6(3), 20.
- OMS. (2018a). OMS | Determinantes sociales de la salud. Recuperado 22 de mayo de 2018, de http://www.who.int/social_determinants/es/

- OMS. (2018b). OMS | Sistemas de salud. Recuperado 2 de abril de 2018, de http://www.who.int/topics/health_systems/es/
- OMS. (2018c). PAHO/WHO Data - PAHO/WHO Data. Recuperado 2 de abril de 2018, de http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=0
- OMS. (2018d). WHO | Equity. Recuperado 2 de abril de 2018, de <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>
- OMS. (2018e). WHO | Health systems. Recuperado 2 de abril de 2018, de http://www.who.int/topics/health_systems/en/
- Organización Mundial de la Salud (Ed.). (2009a). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2009b, mayo 22). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud - 62º Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). WHO | Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs), 2018. Recuperado 22 de agosto de 2018, de <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Boletín informativo sobre inmunizaciones*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Glosario de Indicadores. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/glosario-spa-2014.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, O. M. de la S. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (Sesión de Comité Regional de la OMS para las Américas No. CD53/5, Rev. 2). Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
- Paasche-Orlow, M. K., y Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31 Suppl 1, S19-26. <https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19>
- Penchansky, R., y Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Peranovich, A. C. (2017). Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 13(1), 73-90. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.991>
- Petek Šter, M., Švab, I., y Živčec Kalan, G. (2008). Factors related to consultation time: Experience in Slovenia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(1), 29-34. <https://doi.org/10.1080/02813430701760789>
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., y Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. *Annals of the*

New York Academy of Sciences, 1136(1), 161-171.
<https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>

- Pietri, D. D., Dietrich, P., Mayo, P., y Carcagno, A. (2013). Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Rev Panam Salud Publica*, 9.
- Pinzón, C. E., Chapman, E., Panisset, U., Arredondo, A., Fitzgerald, J., y Reveiz, L. (2016). Disponibilidad de indicadores para el seguimiento del alcance de la "Salud Universal" en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 330-340.
- Ramírez, J., Rivera, P., Becerra, C., Peña, S., & Arteaga, Ó. (2016). Evaluación de la experiencia de participantes en estrategia de dotación de médicos generales en zonas rurales. *Revista médica de Chile*, 144(4), 426-433.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000400002>
- Rawls, J. (1985). Justice as Fairness: Political Not Metaphysical. *Philosophy and Public Affairs*, 14(3), 223–251.
- Reschovsky, J. D., y Staiti, A. B. (2005). Access And Quality: Does Rural America Lag Behind? *Health Affairs*, 24(4), 1128-1139. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.4.1128>
- Rodríguez, M., y Stoyanova, A. (2004). The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Economics*, 13(7), 689-703. <https://doi.org/10.1002/hec.832>
- Rowlands, G., Shaw, A., Jaswal, S., Smith, S., y Harpham, T. (2017). Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health Promotion International*, 32(1), 130-138. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav093>
- Salkever, D. S. (1976). Accessibility and the demand for preventive care. *Social Science & Medicine* (1967), 10(9), 469-475. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(76\)90114-1](https://doi.org/10.1016/0037-7856(76)90114-1)
- Schumann, A. (2016). Using Outcome Indicators to Improve Policies.
<https://doi.org/10.1787/5jm5cgr8j532-en>
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11(8), 659-666.
<https://doi.org/10.1002/hec.762>
- Siciliani, L., y Hurst, J. (2003). *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries* (OECD Health Working Papers No. 7). OECD.
<https://doi.org/10.1787/406746186162>
- SIMEPS. (2018). SIMEPS - Sistema de Medición de la Política Social. Recuperado 20 de septiembre de 2018, de <http://sistemas.coneval.org.mx/SIMEPS/DetalleIndicadorFin.aspx?pldIndicador=15007404&pNivel=1&pIdMatriz=15001292&pCiclo=2015&pRamo=12&pSiglas=SALUD>
- Staff, I. of M., y Millman, M. L. (1993). *Access to Health Care in America*. Washington: National Academies Press. Recuperado de <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3376298>
- Starfield, B. (2001). Improving Equity in Health: A Research Agenda. *International Journal of Health Services*, 31(3), 545-566. <https://doi.org/10.2190/DGJ8-4MQW-UP9J-LQC1>

- Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. (2008). Glosario de Términos de Salud Municipal. Recuperado de http://www.sinim.gov.cl/archivos/centro_descargas/Glosario%20Terminos%20Salud%20Municipal.pdf
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2018). *Plan Nacional de Tiempos de Espera No GES en Chile en Modelo de Atención en RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) 2014-2018*. Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-nacional-de-tiempos-de-espera-No-GES.pdf>
- Sun, X., Shi, Y., Zeng, Q., Wang, Y., Du, W., Wei, N., ... Chang, C. (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health*, 13, 261. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-261>
- Superintendencia de Salud. (2018). Isapres - Isapres. Recuperado 21 de mayo de 2018, de <http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-article-2528.html>
- Superintendencia de Servicios Sanitarios. (2017). *Informe de Coberturas Sanitarias 2016* (p. 19). Superintendencia de Servicios Sanitarios. Recuperado de http://www.siss.gob.cl/586/articles-16607_recurso_1.pdf
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295-303.
- Tegabu, Z. D. (2008). *Assessment of waiting and service times in public and private health care facilities in Gondar district, North western Ethiopia* (Thesis). University of the Western Cape. Recuperado de <http://etd.uwc.ac.za/xmlui/handle/11394/2717>
- The Economist Intelligence Unit. (2017). Global Access to Healthcare. Recuperado 25 de septiembre de 2018, de <http://accesstohealthcare.eiu.com/whitepaper/>
- Titelman, D. (1999). Reforms to health system financing in Chile. *Cepal Reviews*, 69, 185-199.
- Torrance, G. W., Boyle, M. H., y Horwood, S. P. (1982). Application of multi-attribute utility theory to measure social preferences for health states. *Operations Research*, 30(6), 1043-1069.
- Torres-Quevedo, R. (2016). Déficit de médicos especialistas en las regiones y en el sistema público. *Revista chilena de cirugía*, 68(4), 279-280. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.05.001>
- U. S. Government Accountability Office. (2004). Results-Oriented Government: GPRA Has Established a Solid Foundation for Achieving Greater Results, (GAO-04-594T). Recuperado de <https://www.gao.gov/products/GAO-04-594T>
- Udonwa, N. E., y Ogbonna, U. K. (2012). Patient-Related Factors Influencing Satisfaction in the Patient-Doctor Encounters at the General Outpatient Clinic of the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria [Research article]. <https://doi.org/10.1155/2012/517027>
- UK Government Communication Service. (2018, junio). Evaluation Framework 2.0. Recuperado de https://gcs.civilservice.gov.uk/wp-content/uploads/2018/06/6.4565_CO_Evaluation-Framework-2.0-v11-WEB.pdf

- Universidad de Concepción. (2018). *Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud: Beneficiarios del Fonasa y de Isapres abiertas*. Chile: Superintendencia de Salud. Recuperado de http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20180306/asocfile/20180306165707/estudio_de_opini__n_sitema_de_salud.pdf
- Van Doorslaer, E., Clarke, P., Savage, E., y Hall, J. (2008). Horizontal inequities in Australia's mixed public/private health care system. *Health Policy*, 86(1), 97-108. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.09.018>
- van Doorslaer, E., y Masseria, C. (2004). *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries* (OECD Health Working Papers No. 14). <https://doi.org/10.1787/687501760705>
- Van Rossem, R., y Meekers, D. (2007). The reach and impact of social marketing and reproductive health communication campaigns in Zambia. *BMC Public Health*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-352>
- Vega, J. (2011). Steps towards the health equity agenda in Chile. Presentado en World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro. Recuperado de http://www.who.int/sdhconference/resources/sdhconferenceresourcesdraft_background_paper25_chile.pdf
- Viberg, N., Forsberg, B. C., Borowitz, M., & Molin, R. (2013). International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects. *Health Policy*, 112(1-2), 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.013>
- Villalobos Dintrans, P. (2015). El mercado de las farmacias en Chile: ¿competencia por localización? *Economía y Política*, 2(1), 33-73.
- Vladescu, C., Scintee, S. G., Olsavszky, V., Hernandez-Quevedo, C., y Sagan, A. (2016). Romania: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 18(4), 1-170.
- Voti, L., Richardson, L. C., Reis, I. M., Fleming, L. E., MacKinnon, J., y Coebergh, J. W. W. (2006). Treatment of local breast carcinoma in Florida: The role of the distance to radiation therapy facilities. *Cancer*, 106(1), 201-207. <https://doi.org/10.1002/cncr.21557>
- Wakefield, M. A., Loken, B., y Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376(9748), 1261-1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60809-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60809-4)
- Wallace, L. S. (2013). A View of Health Care Around the World. *Annals of Family Medicine*, 11(1), 84. <https://doi.org/10.1370/afm.1484>
- Ward, P. R., Rokkas, P., Cenko, C., Pulvirenti, M., Dean, N., Carney, A. S., y Meyer, S. (2017). 'Waiting for' and 'waiting in' public and private hospitals: a qualitative study of patient trust in South Australia. *BMC Health Services Research*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2281-5>
- Waters, H. R. (2000). Measuring equity in access to health care. *Social Science & Medicine* (1982), 51(4), 599-612.
- Watt, I. S., Franks, A. J., y Sheldon, T. A. (1994). Health and health care of rural populations in the UK: is it better or worse? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 48(1), 16-21. <https://doi.org/10.1136/jech.48.1.16>

- Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- Williams, A., y Cookson, R. (2000). Equity in health. En *Handbook of Health Economics* (Vol. 1, pp. 1863-1910). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80048-7)
- Williams, J. M., Ehrlich, P. F., y Prescott, J. E. (2001). Emergency medical care in rural America. *Annals of Emergency Medicine*, 38(3), 323-327. <https://doi.org/10.1067/mem.2001.115217>
- Williams, S. J., y Calnan, M. (1991). Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Family Practice*, 8(3), 237-242.
- World Health Organization (Ed.). (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Setting Targets for Health 2020* (No. EUR/RC61/Inf.Doc./7). Baku, Azerbaijan. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/149282/RC61_InfDoc7.pdf
- World Health Organization. (2018a). Cobertura vacunal. Recuperado 1 de octubre de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
- World Health Organization. (2018b). WHO | The determinants of health. Recuperado 5 de noviembre de 2018, de <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- Wyszewianski, L., y Donabedian, A. (1981). Equity in the Distribution of Quality of Care. *Medical Care*, 19(12), 28-56.
- Xu, K., Saksena, P., y Evans, D. B. (2010). *Health financing and access to effective interventions* (Background paper No. 8). World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/8Accesstocare.pdf>
- Zhou, W.-J., Wan, Q.-Q., Liu, C.-Y., Feng, X.-L., y Shang, S.-M. (2017). Determinants of patient loyalty to healthcare providers: An integrative review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(4), 442-449. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx058>

Anexos

- A. Fichas de indicadores de acceso a los servicios de salud revisados, clasificados por dimensión según el modelo de Aday y Andersen (1974).

Dimensión de Política de Salud

Nombre del Indicador	Población de 15 a 24 años que tienen conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA por sexo
Objetivo/Propósito	Monitorear el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA en la población de 15 a 24 años para identificar el impacto de los programas de prevención que tienen como fin reducir la propagación de la enfermedad en dicho grupo etario
Métrica	[Número de personas de 15 a 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA / Total población de 15 a 24 años] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Conocimientos amplios sobre VIH/SIDA implica respuesta a las siguientes preguntas: ¿Sabe dónde puede acudir si desea someterse a la prueba del VIH? ¿Ha recibido preservativos en los últimos 12 meses? (por ejemplo: a través de un servicio de divulgación, un centro de consulta o una clínica de salud sexual)
Fuente	(Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay, 2018)

Nombre del Indicador	Exposición a programas de comunicación sobre planificación familiar y VIH/SIDA en los últimos 6 meses
Objetivo/Propósito	Evaluar la exposición de la población a la comunicación de los distintos programas de salud
Métrica	[Número de personas que recuerdan haber visto u oído respecto a planificación familiar y VIH/SIDA en programas de radio o TV en los últimos 6 meses / Total de la población consultada] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Niveles actuales / Estándar	Sin Información
Frecuencia	Sin información
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Van Rossem y Meekers, 2007)

Nombre del Indicador	Alcance total estimado de campaña de comunicación
Objetivo/Propósito	Monitorear el nivel de alcance de las campañas de comunicación del gobierno
Métrica	[Personas alcanzadas por campaña de comunicación / Total de población objetivo] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Tras cada campaña de comunicación
Conceptos Relacionados	Población objetivo: Grupo de personas definido en función de edad, sector laboral, locación geográfica, etc.
Fuente	(UK Government Communication Service, 2018)

Nombre del Indicador	Existencia de una estrategia nacional actualizada y relacionada con las necesidades y prioridades nacionales
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Existencia de una estrategia nacional de salud relacionada con las necesidades y prioridades nacionales y actualizada en los últimos cinco años
Unidad de Medida	Indicador Sí/No
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Cada cuatro años
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(World Health Organization, 2010)

Nombre del Indicador	Existencia y año de última actualización de política nacional de medicinas
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Existencia de una política oficial de Medicinas y actualizada en los últimos cinco años
Unidad de Medida	Indicador Sí/No
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Cada cuatro años
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(World Health Organization, 2010)

Nombre del Indicador	Existencia y año de última actualización de lista nacional de medicinas esenciales
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Existencia de una lista nacional de medicinas esenciales y actualizada en los últimos cinco años
Unidad de Medida	Indicador Sí/No
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Cada cuatro años
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(World Health Organization, 2010)

Nombre del Indicador	Existencia de mecanismos (como encuestas) para obtener información sobre un apropiado, oportuno y efectivo acceso a servicios de salud.
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Existencia de mecanismos para obtener información de acceso a servicios de salud.
Unidad de Medida	Indicador Sí/No
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Cada cuatro años
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(World Health Organization, 2010)

Nombre del Indicador	Existencia de políticas para mejorar el acceso a los servicios de salud para los niños
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Existencia de políticas para mejorar el acceso a los servicios de salud para los niños
Unidad de Medida	0 = No hay políticas específicas para garantizar el acceso a servicios de salud para niños. 1 = Existen políticas específicas que garanticen el acceso a servicios de salud para niños. Solo prevención. 2 = Existen políticas específicas que garanticen el acceso a servicios de salud para niños. Prevención y tratamiento.
Nivel de referencia	2 (Referencia: Chile 2016)
Frecuencia	Cada cuatro años
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(The Economist Intelligence Unit, 2017)

Nombre del Indicador	Existencia de políticas para mejorar el acceso a los servicios de salud para los desempleados
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Existencia de políticas para mejorar el acceso a los servicios de salud para los desempleados
Unidad de Medida	0 = No hay políticas específicas para garantizar el acceso a servicios de salud para desempleados. 1 = Existen políticas específicas que garanticen el acceso a servicios de salud para desempleados. Solo prevención. 2 = Existen políticas específicas que garanticen el acceso a servicios de salud para desempleados. Prevención y tratamiento.
Nivel de referencia	2 (Referencia: Chile 2016)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(The Economist Intelligence Unit, 2017)

Nombre del Indicador	Voluntad política para aumentar el acceso a los servicios de salud
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Calificación compuesta de los subdominios: - Puntaje normalizado basado en la reducción del gasto de bolsillo de la salud, ajustado por la calificación de la volatilidad en la serie temporal (0-10) - Puntaje normalizado basado en el crecimiento del gasto público en salud, ajustado por la calificación de la volatilidad en la serie temporal (0-10)
Unidad de Medida	Calificación del 1 al 10
Nivel de referencia	5,8 (Referencia: Chile 2016)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(The Economist Intelligence Unit, 2017)

Dimensión de Características del Servicio de Salud

Nombre del Indicador	Tiempo promedio de traslado al hospital la última vez que se tuvo una emergencia
Objetivo/Propósito	Mejorar accesibilidad a los servicios de salud
Métrica	Promedio de tiempo de traslado a un establecimiento de salud (en minutos) la última vez que se tuvo una emergencia
Unidad de Medida	Minutos
Nivel de referencia	No afiliado: 55,51 IMSS: 35,71 ISSSTE: 37,34 Pemex: 35,04 Otro: 32,7 Seguro Popular: 58,89 (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014; Peranovich, 2017)

Nombre del Indicador	Tiempo promedio estimado de traslado al hospital en caso de presentarse una emergencia
Objetivo/Propósito	Mejorar accesibilidad a los servicios de salud
Métrica	Promedio de tiempo estimado de traslado a un establecimiento de salud (en minutos) en caso de emergencia (Desagregado por tipo de seguro)
Unidad de Medida	Minutos
Nivel de referencia	No afiliado: 46,83 IMSS: 38,29 ISSSTE: 33,16 Pemex: 31,98 Otro: 27,46 Seguro Popular: 57,97 (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014; Peranovich, 2017)

Nombre del Indicador	Establecimientos de salud por cada mil afiliados al Seguro Popular
Objetivo/Propósito	Monitorear la cantidad de recursos de salud, en este caso establecimientos de salud, que se encuentran disponibles para los afiliados al sistema de seguridad social
Métrica	[Establecimientos de salud disponibles para afiliados al Seguro Popular / (Total de Afiliados al Seguro Popular / 1000)]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	Unidades de consulta externa: 0,629 Unidades de hospitalización: 0,032 Referencia: México (2010)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	<p>Seguro Popular: Sistema de protección social en salud de México que brinda cobertura en salud a las personas que no tienen acceso a un seguro social de salud, otorgando servicios de salud, médicos, hospitalarios, farmacéuticos y quirúrgicos.</p> <p>Establecimientos de salud: Incluye unidades de consulta externa (consultorios rurales, consultorios urbanos, centros avanzados de atención primaria a la salud, centros de salud con servicio ampliado, consultorio delegacional, unidad de ministerio público, casa de salud, brigada móvil, unidad móvil, clínica de especialidades, centro de salud con hospitalización (unidad híbrida) y unidades de especialidades médicas.</p>
Fuente	(Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2014)

Nombre del Indicador	Camas censables disponibles por cada mil afiliados al Seguro Popular
Objetivo/Propósito	Monitorear la cantidad de recursos de salud, en este caso camas censables, que se encuentran disponibles para los afiliados al sistema de seguridad social
Métrica	[Camas censables disponibles para afiliados al Seguro Popular / (Total de Afiliados al Seguro Popular / 1000)]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	1,082 (Referencia: México 2010)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	Camas censables: Camas del servicio de hospitalización para el uso regular de pacientes internos. Seguro Popular: Sistema de protección social en salud de México que brinda cobertura en salud a las personas que no tienen acceso a un seguro social de salud, otorgando servicios de salud, médicos, hospitalarios, farmacéuticos y quirúrgicos.
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Camas no censables disponibles por cada mil afiliados al Seguro Popular
Objetivo/Propósito	Monitorear la cantidad de recursos de salud, en este caso camas no censables, que se encuentran disponibles para los afiliados al sistema de seguridad social
Métrica	[Camas no censables disponibles para afiliados al Seguro Popular / (Total de Afiliados al Seguro Popular / 1000)]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	0,789 (Referencia México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	Camas no censables: Destinadas a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. Seguro Popular: Sistema de protección social en salud de México que brinda cobertura en salud a las personas que no tienen acceso a un seguro social de salud, otorgando servicios de salud, médicos, hospitalarios, farmacéuticos y quirúrgicos.
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Equipo médico disponible por cada mil afiliados al Seguro Popular (Desagregado por tipo de equipo)
Objetivo/Propósito	Monitorear la cantidad de recursos de salud, en este caso equipo médico, que se encuentran disponibles para los afiliados al sistema de seguridad social
Métrica	[Equipo médico disponible para afiliados al Seguro Popular / (Total de Afiliados al Seguro Popular / 1000)]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	Incubadoras: 0,063 Quirófanos: 0,050 Salas de expulsión: 0,126 Bancos de sangre: 0,004 Laboratorios de análisis clínico: 0,028 Equipos de mamografía: 0,005 Unidades de hemodiálisis: 0,001 Equipo de ultrasonido: 0,025 (Referencia: México 2010)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	Tipo de equipo para desagregación: incubadoras, quirófanos, sala de expulsión, banco de sangre, laboratorio de análisis clínicos, equipo de ultrasonido, gabinete de radiología, equipo de electrocardiografía, electroencefalógrafo, tomógrafo, unidad de radioterapia, unidad de resonancia magnética, litotriptores, unidad de hemodiálisis, equipos de mamografía y equipo de resonancia magnética. Seguro Popular: Sistema de protección social en salud de México que brinda cobertura en salud a las personas que no tienen acceso a un seguro social de salud, otorgando servicios de salud, médicos, hospitalarios, farmacéuticos y quirúrgicos.
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Médicos en contacto con pacientes por cada mil afiliados al Seguro Popular
Objetivo/Propósito	Monitorear la cantidad de recursos de salud, en este caso equipo médico, que se encuentran disponibles para los afiliados al sistema de seguridad social
Métrica	[Médicos en contacto con pacientes / (Total de Afiliados al Seguro Popular / 1000)]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	2,5 (Referencia: México 2010)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Enfermeras en contacto con paciente por cada mil afiliados al Seguro Popular
Objetivo/Propósito	Monitorear la cantidad de recursos de salud, en este caso equipo médico, que se encuentran disponibles para los afiliados al sistema de seguridad social
Métrica	[Enfermeras en contacto con pacientes / (Total de Afiliados al Seguro Popular / 1000)]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	3,127 (Referencia: México 2010)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Cobertura geográfica de Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS)
Objetivo/Propósito	Monitorear la accesibilidad geográfica de la población a los centros de salud
Métrica	[Población dentro de zona de influencia del CAPS de 1km / Total de la población analizada]*100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Niveles actuales / Estándar	Sin Información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Zona de influencia: Máxima distancia que debe recorrer una persona caminando para acceder a un CAPS
Fuente	(Pietri et al., 2013)

Nombre del Indicador	Cobertura geográfica de Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS)
Objetivo/Propósito	Monitorear la accesibilidad geográfica de la población a los centros de salud
Métrica	[Población dentro del área de servicio de 15 minutos para llegar a un CAPS de 1km / Total de la población analizada]*100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Niveles actuales / Estándar	Sin Información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Área de servicio: Todas las calles por las que se puede llegar a un CAPS en un plazo no mayor a 15 minutos.
Fuente	(Pietri et al., 2013)

Nombre del Indicador	Tiempo necesario para llegar a la unidad de salud
Objetivo/Propósito	Monitorear la accesibilidad de la población a los centros de salud
Métrica	[Sumatoria de tiempo (en minutos) necesario para llegar a la unidad de salud / Total de personas consultadas]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Figueroa Pedraza y Cavalcanti Costa, 2014)

Nombre del Indicador	Medio utilizado para llegar a la unidad de salud
Objetivo/Propósito	Monitorear la accesibilidad de la población a los centros de salud
Métrica	Porcentaje de distribución de medios de locomoción utilizados para acceder a la unidad de salud
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Figueroa Pedraza y Cavalcanti Costa, 2014)

Nombre del Indicador	Tiempo de espera para cirugía electiva (dividido entre indígenas australianos y otros australianos)
Objetivo/Propósito	Mejorar la prevención y el tratamiento de las enfermedades
Métrica	Mediana de número de días de espera para cirugía electiva
Unidad de Medida	Días
Nivel de referencia	Mediana general: 38 días Indígenas australianos: 45 días Otros australianos: 38 días (Referencia: Australia 2017)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	<ul style="list-style-type: none"> - Cirugía electiva: Cirugía planificada que puede ser agendada con anticipación como resultado de la evaluación de un especialista y que conlleva la inclusión en una lista de espera por cirugía electiva. - Tiempo de espera: Calculado por jurisdicciones al restar la fecha de inclusión de la atención a partir de la fecha de retiro, menos los días que el paciente esperaba con una categoría de urgencia clínica menos urgente que su categoría de urgencia clínica al momento de la extracción, y excluyendo los días en que el paciente no estaba listo para recibir atención. - Indígenas australianos: Australianos de ascendencia aborigen o del estrecho de Torres.
Fuente	(Australian Institute of Health and Welfare, 2018b)

Nombre del Indicador	Tiempo de espera para la atención del departamento de emergencia (dividido entre indígenas australianos y otros australianos)
Objetivo/Propósito	Mejorar la prevención y el tratamiento de las enfermedades
Métrica	[Pacientes tratados dentro de los estándares nacionales de tiempos de espera para cada categoría del triage en los departamentos de emergencia de los hospitales públicos / Total de pacientes tratados en departamentos de emergencia de hospitales públicos] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Porcentaje general: 74% Indígenas australianos: 75% Otros australianos: 74% (Referencia: Australia 2017)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Tiempo máximo de permanencia de emergencia: 4 horas Indígenas australianos: australianos de ascendencia aborigen o del estrecho de Torres.
Fuente	(Australian Institute of Health and Welfare, 2018b)

Nombre del Indicador	Días de espera para ser atendido por un médico general u odontólogo (Por quintil de ingreso)
Objetivo/Propósito	Proteger financieramente a las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad, con prestaciones de salud de calidad
Métrica	Sumatoria de días de espera entre solicitud de cita y la consulta con el médico general y odontólogo reportados por personas que tuvieron un problema de salud en los últimos 30 días y que recibieron atención / Total de personas mayores de 18 años que acudieron a un médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud ante un problema de salud en los últimos 30 días
Unidad de Medida	Días
Nivel de referencia	Resultado por quintiles I: 3,537 II: 4,548 III: 5,3717 IV: 4,218 V: 4,075 Media general: 4,3297 (Referencia: Colombia 2013)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Nombre del Indicador	Días de espera para ser atendido por un especialista
Objetivo/Propósito	Proteger financieramente a las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad, con prestaciones de salud de calidad
Métrica	Sumatoria de días de espera entre solicitud de cita y la consulta con el médico especialista reportados por personas que tuvieron un problema de salud en los últimos 30 días y que recibieron atención / Total de personas mayores de 18 años que acudieron a un médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud ante un problema de salud en los últimos 30 días
Unidad de Medida	Días
Nivel de referencia	Resultado por quintiles I: 16,58 II: 15,95 III: 13,90 IV: 13,27 V: 13,61 Media general: 14,33 (Referencia: Colombia 2013)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Nombre del Indicador	Cantidad de médicos de especialidades básicas por cada 10.000 usuarios
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Número de médicos de especialidades básicas / (Total de Usuarios / 10.000)]
Unidad de Medida	Cantidad de médicos de especialidades básicas por cada 10.000 usuarios
Nivel de referencia	46,5 (Referencia: Uruguay 2012)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Especialidades básicas: Medicina general, pediatría y ginecología
Fuente	(Ministerio de Salud Pública, 2015)

Nombre del Indicador	Cantidad de licenciadas y auxiliares de enfermería por cada 10.000 usuarios
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Número de licenciadas y auxiliares / (Total de Usuarios / 10.000)]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	14,4 (2012)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Salud Pública, 2015)

Nombre del Indicador	Cobertura de servicios esenciales de salud
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Cobertura promedio de servicios esenciales de salud (Salud reproductiva, maternal, neonatal y pediátrica; Enfermedades infecciosas; Enfermedades no comunicables)
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	No aplica
Frecuencia	Cada 3/5 años
Conceptos Relacionados	Salud reproductiva, maternal, neonatal y pediátrica: Métodos de planificación familiar, cobertura ANC4, tres dosis de DTP, cuidado de niños con síntomas de neumonía. Enfermedades infecciosas: Detección y tratamiento de Tuberculosis, Cobertura de terapia de antirretrovirales, cobertura de redes insecticidas antimosquitos, instalaciones mejoradas de saneamiento. Enfermedades no comunicables: Presión arterial no elevada, glucosa plasmática en ayunas, no fumar tabaco, y detección de cáncer de cuello uterino.
Fuente	(Organización Mundial de la Salud, 2018)

Nombre del Indicador	Densidad y distribución de establecimientos de salud (desagregado por localidad, tipo de establecimiento)
Objetivo/Propósito	Mejorar disponibilidad de recursos para la salud
Métrica	[Número de establecimientos públicos y privados / (Total de Población / 10.000)]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Localidad: Distrito, Provincia, Nivel nacional
Fuente	(Organización Mundial de la Salud, 2018)

Nombre del Indicador	Densidad de camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes (Desagregado por localidad, si es público o privado, tipo de cama)
Objetivo/Propósito	Mejorar disponibilidad de recursos para la salud
Métrica	[Número de camas hospitalarias / (Total de Población / 10.000)]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual o bianual
Conceptos Relacionados	Localidad: Distrito, Provincia, Nivel nacional Camas hospitalarias: Total de camas hospitalarias a excepción de las camas de parto
Fuente	(Organización Mundial de la Salud, 2018)

Nombre del Indicador	Acceso a un conjunto básico de medicamentos esenciales relevantes
Objetivo/Propósito	Mejorar disponibilidad de recursos para la salud
Métrica	[Número de establecimientos de salud que tienen un conjunto de medicinas esenciales relevantes disponibles de forma sostenible / Total de establecimientos encuestados en el país] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual o bianual
Conceptos Relacionados	Medicamentos esenciales relevantes: inhalador broncodilatador, inhalador de esteroides, glibenclamida, metformina, insulina, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), bloqueador de los canales de calcio, estatinas, aspirina, diurético tiazídico, betabloqueante, tableta de omeprazol, inyección de diazepam, tableta de fluoxetina, tableta de carbamazepina, haloperidol tableta, tableta / cápsula de amoxicilina, suspensión de amoxicilina, inyección de ampicilina, inyección de ceftriaxona, inyección de gentamicina, sales de rehidratación oral, sulfato de zinc
Fuente	(Organización Mundial de la Salud, 2018)

Nombre del Indicador	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada
Objetivo/Propósito	El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud
Métrica	[Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de citas médicas]
Unidad de Medida	Días
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Semestral
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Jaramillo-Mejía y Chernichovsky, 2015)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas que deben conducir en automóvil más de 20 minutos hasta un fisioterapeuta, una farmacia, partera de atención primaria, o médico general (desagregado por ámbito urbano/rural y por grupos etarios)
Objetivo/Propósito	Mejorar acceso geográfico
Métrica	[Personas que deben conducir en automóvil más de 20 minutos hasta un fisioterapeuta, farmacia, partera de atención primaria o médico general /Población total] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	<1% (Referencia: Países Bajos 2009)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(National Institute for Public Health and the Environment, 2010)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas que deben conducir en automóvil más de 30 minutos hasta el hospital más cercano (desagregado por región)
Objetivo/Propósito	Mejorar acceso geográfico
Métrica	[Personas que deben conducir en automóvil más de 30 minutos al hospital más cercano / Población total] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	<0,5% (Referencia: Países Bajos 2009)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(National Institute for Public Health and the Environment, 2010)

Nombre del Indicador	Disponibilidad promedio de 14 medicinas esenciales en establecimientos públicos y privados (medido mediante encuesta)
Objetivo/Propósito	Proveer acceso a medicinas asequibles en países en desarrollo
Métrica	Porcentaje promedio de puntos de venta de medicamentos, donde se encuentra una selección de medicamentos esenciales el día de la encuesta.
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	De tres a cinco años
Conceptos Relacionados	Medicinas esenciales: Salbutamol (Asma), Glibenclamida (Diabetes), Atenolol, Captopril, Simvastatin (Enfermedades cardiovasculares), Amitriptilina (Depresión), Ciprofloxacina, Cotrimoxazola, Amoxicilina, Ceftriaxona (Enfermedades infecciosas), Diazepam (Enfermedades del sistema nervioso central), Diclofenaco y Paracetamol (Dolor e inflamación) y Omeprazol (Úlceras).
Fuente	WHO MBHSS 2010

Nombre del Indicador	Tiempo medio de conducción en automóvil por cada habitante de los Países Bajos hasta el servicio de atención específico más cercano
Objetivo/Propósito	Mejorar acceso geográfico
Métrica	Sumatoria de tiempos de conducción al servicio médico específico más cercano / Total de habitantes de los países bajos
Unidad de Medida	Minutos
Nivel de referencia	Médico general: 1,3 Fisioterapeutas: 1,4 Farmacias: 1,2 Partera: 4 Hospitales: 7,7 Casa de retiro: 1,8 (Referencia: Países Bajos 2009)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(National Institute for Public Health and the Environment, 2010)

Nombre del Indicador	Porcentaje de trayectos de emergencia en ambulancia que exceden la norma de 15 minutos
Objetivo/Propósito	Mejorar oportunidad de prestación de cuidados agudos
Métrica	[Número de trayectos de emergencia en ambulancia que exceden la norma de 15 minutos / Total de trayectos de emergencia en ambulancia] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	0,05 (Referencia: Países Bajos 2009)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(National Institute for Public Health and the Environment, 2010)

Nombre del Indicador	Número de personas que pueden acceder al médico general más cercano en automóvil en el lapso de 30 minutos
Objetivo/Propósito	Mejorar acceso geográfico
Métrica	[Número de personas que pueden acceder al médico general más cercano en automóvil en el lapso de 30 minutos / Total de personas] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	0,2% (Referencia: Países Bajos 2009)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Acceso telefónico a medicina general para llamadas de emergencia
Objetivo/Propósito	Mejorar oportunidad de prestación de cuidados agudos
Métrica	[Número de llamadas de emergencia contestadas en un lapso superior a la norma de 30 segundos / Total de llamadas de emergencia] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	37% (Referencia: Países Bajos 2008)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Acceso telefónico a prácticas de medicina general (desagregado por ámbito urbano/rural)
Objetivo/Propósito	Mejorar oportunidad de prestación de cuidados regulares
Métrica	[Número de llamadas a médico general contestadas en un lapso superior a la norma de 2 minutos / Total de llamadas a médico general] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	48% (Referencia: Países Bajos 2008)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas que pueden ser alcanzadas por un equipo médico móvil en el lapso de 30 minutos
Objetivo/Propósito	Mejorar oportunidad de prestación de cuidados agudos
Métrica	[Número de personas que pueden ser alcanzadas por un equipo médico móvil en el lapso de 30 minutos / Total de personas] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	98% (Referencia: Países Bajos 2009)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Número de personas que pueden alcanzar el servicio de emergencia más cercano en automóvil en el lapso de 30 minutos
Objetivo/Propósito	Mejorar acceso geográfico
Métrica	[Número de personas que pueden alcanzar el servicio de emergencia más cercano en automóvil en el lapso de 30 minutos / Total de personas] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	99,3% (Referencia: Países Bajos 2008)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Hospitales con tiempos de espera que exceden la norma Treek (desagregado por tipo de intervención y especialidad)
Objetivo/Propósito	Mejorar oportunidad de prestación de cuidados regulares
Métrica	[Número de hospitales con tiempos de espera que exceden la norma Treek / Total de hospitales] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	27,5% (Referencia: Países Bajos 2009)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Norma Treek: Tiempos máximos para atención de pacientes definidas para hospitales, especialistas y máximos tiempos de espera aceptables. Primera visita ambulatoria al hospital: 4 semanas Diagnóstico y evaluación médica: 4 semanas Tratamiento ambulatorio: 6 semanas Tratamiento para pacientes internados: 7 semanas
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Número de casos problemáticos en espera de atención médica de largo plazo
Objetivo/Propósito	Mejorar oportunidad de prestación de cuidados regulares
Métrica	Número de casos problemáticos en espera de atención médica de largo plazo
Unidad de Medida	Cantidad de casos
Nivel de referencia	4.475 (Referencia: Países Bajos 2009)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Acceso telefónico a atención médica regular durante el horario de oficina
Objetivo/Propósito	Mejorar oportunidad de prestación de cuidados regulares
Métrica	[Número de pacientes que declaran haber tenido problemas con el acceso a atención médica regular vía telefónica / Total de pacientes consultados que solicitaron atención médica vía telefónica] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	30% (Referencia: Países Bajos 2009)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Número de médicos y enfermeras por cada 1000 habitantes
Objetivo/Propósito	Mejorar disponibilidad de personal médico
Métrica	[Número de médicos y enfermeras / (Total de Población / 10.000)]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	Médicos: 3,9 Enfermeras: 8,3 (Referencia: Países Bajos 2009)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Tiempo de espera en oficina o establecimiento de salud - Logaritmo
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Logaritmo Natural [Sumatoria de minutos de espera en oficina o establecimiento de salud / Número de personas consultadas]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Sin información
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Andersen et al., 1983)

Nombre del Indicador	Tiempo transcurrido en consulta médica - Logaritmo
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Logaritmo Natural [Sumatoria de minutos transcurridos en consulta médica / Número de personas consultadas]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Sin información
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Andersen et al., 1983)

Nombre del Indicador	Disponibilidad promedio de 14 medicinas esenciales en establecimientos públicos y privados (medido mediante encuesta)
Objetivo/Propósito	Proveer acceso a medicinas asequibles en países en desarrollo
Métrica	Porcentaje promedio de puntos de venta de medicamentos, donde se encuentra una selección de medicamentos esenciales el día de la encuesta.
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	De tres a cinco años
Conceptos Relacionados	Medicinas esenciales: Salbutamol (Asma), Glibenclamida (Diabetes), Atenolol, Captopril, Simvastatin (Enfermedades cardiovasculares), Amiltryptilina (Depresión), Ciprofloxacina, Co-trimoxazola, Amoxicilina, Ceftriaxona (Enfermedades infecciosas), Diazepam (Enfermedades del sistema nervioso central), Diclofenaco y Paracetamol (Dolor e inflamación) y Omeprazol (Úlceras).
Fuente	(World Health Organization, 2010)

Nombre del Indicador	Mediana del precio al consumidor de 14 medicinas esenciales en establecimientos públicos y privados
Objetivo/Propósito	Proveer acceso a medicinas asequibles en países en desarrollo
Métrica	[Mediana de precio unitario por unidad de medicamento según encuesta / Mediana de precios internacionales de referencia de dicho medicamento]
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Cada cinco años
Conceptos Relacionados	Medicinas esenciales: Salbutamol (Asma), Glibenclamida (Diabetes), Atenolol, Captopril, Simvastatin (Enfermedades cardiovasculares), Amiltryptilina (Depresión), Ciprofloxacina, Co-trimoxazola, Amoxicilina, Ceftriaxona (Enfermedades infecciosas), Diazepam (Enfermedades del sistema nervioso central), Diclofenaco y Paracetamol (Dolor e inflamación) y Omeprazol (Úlceras). Precios de referencia del medicamento: Según la Management Sciences for Health (MSH)
Fuente	World Health Organization, 2010)

Dimensión de Características de la población

Nombre del Indicador	Población afiliada al Seguro Popular
Objetivo/Propósito	Mejorar cobertura de acceso al Seguro Popular
Métrica	Proporción de personas afiliadas al Seguro Popular respecto al total de la población
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	40,80%
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de la población afiliada a algún sistema de aseguramiento de salud
Objetivo/Propósito	Monitorear la cobertura del aseguramiento en salud
Métrica	$[\text{Población afiliada a algún sistema de aseguramiento de salud} / \text{Total de la Población}] * 100\%$
Unidad de Medida	Porcentaje
Niveles actuales / Estándar	95%
Frecuencia	Bienal
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Desarrollo Social, 2018a)

Nombre del Indicador	Afiliación al SGSSS
Objetivo/Propósito	Proteger financieramente a las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad, con prestaciones de salud de calidad
Métrica	[Población mayor de 18 años afiliada, cotizante o beneficiaria de alguna entidad de seguridad social en salud / Total población mayor de 18 años] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Resultado por quintiles I: 88% II: 87,7% III: 82,13% IV: 100% V: 95,7% Media general: 90,73% (Referencia Colombia 2013)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Nombre del Indicador	Cobertura poblacional del ASSE y Seguros Privados (Por sexo, grupo etario, quintil de ingreso)
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Número de afiliados al ASSE e Instituciones Privadas / Total de la población] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	91%
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado
Fuente	(Ministerio de Salud, 2017a)

Nombre del Indicador	Habitantes sin Cobertura de Salud por CAPS
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Número total de habitantes sin cobertura médico-sanitaria en una localidad / Número de centros de atención primaria de salud de dicha localidad] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	CAPS: Centro de Atención Primario de Salud
Fuente	(Lago, Elorza, Nebel-Moscoso, y Vanina-Ripari, 2013)

Nombre del Indicador	Proporción de la población cubierta por seguro de salud (tanto los sistemas de seguros públicos y privados)
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Población cubierta por seguro de salud (público o privado) / Población total] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Pinzón et al., 2016)

Nombre del Indicador	Proporción de población de área rural cubierta por seguro de salud
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Población rural cubierta por seguro de salud (público o privado) / Población rural total] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Pinzón et al., 2016)

Nombre del Indicador	Cobertura de población de área urbana por seguro de salud
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Población urbana cubierta por seguro de salud (público o privado) / Población urbana total] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Pinzón et al., 2016)

Nombre del Indicador	Cobertura de población en el 1 y 2 quintil más pobre de la población
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Población de los quintiles 1 y 2 más pobres cubierta por seguro de salud (público o privado) / Total de la población de los quintiles 1 y 2 más pobres] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Pinzón et al., 2016)

Nombre del Indicador	Porcentaje de la población total que enfrentan gastos catastróficos en salud, debido a los pagos directos de bolsillo
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Población que enfrenta gastos catastróficos en salud debido a pagos directos de bolsillo / Total de la población] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	2% (Referencia: Chile 2008)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	<p>Pagos directos de bolsillo: abarcan los desembolsos directos de los hogares en rubros relacionados con la salud, tales como hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y medicamentos de carácter neto, es decir, deducidos de los reembolsos que se reciban del sistema de salud o del seguro al que se esté afiliado.</p> <p>Gastos catastróficos en salud: Cuando la magnitud de la carga de gastos de bolsillo supera un límite determinado de la capacidad de gasto de las familias (establecido en 40% de la capacidad de gasto de las familias).</p>
Fuente	(Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de hogares empobrecidos tras afrontar gasto de bolsillo en salud
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Número de hogares que cayeron en situación de pobreza tras afrontar gasto en salud / Total de hogares] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	0,9% (Referencia Chile 2008)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2014)

Nombre del Indicador	Hogares con gasto en salud superior al 10% del gasto total del hogar
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Número de hogares con gasto en salud superior al 10% del gasto total del hogar / Total de hogares] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2014)

Nombre del Indicador	Hogares con gasto en salud superior al 40% de los gastos no alimentarios del hogar
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Número de hogares con gasto en salud superior al 40% de los gastos no alimentarios del hogar / Total de hogares] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	2,1% (Referencia Chile 2008)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Gastos no alimentarios: Gasto total familiar que se incurre aparte de los gastos de alimentación del hogar
Fuente	(Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2014)

Nombre del Indicador	Distribución de la población de 18 años o más por nivel educativo según tramo etario
Objetivo/Propósito	Monitorear el nivel educativo de la población adulta en el país
Métrica	Porcentaje de población adulta según máximo nivel educativo alcanzado
Unidad de Medida	Porcentaje
Niveles actuales / Estándar	Sin Educación: 2% Básica incompleta: 12% Básica completa: 10% Media incompleta: 12% Media completa: 31% Superior incompleta: 12% Superior completa: 20%
Frecuencia	Bienal
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Desarrollo Social, 2018a)

Nombre del Indicador	Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud
Objetivo/Propósito	Contribuir a avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud mediante el financiamiento de los servicios de salud de la población sin seguridad social
Métrica	[Número de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud / total de hogares del primer quintil de ingreso con gasto en salud] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	4.6% (Referencia: México 2018)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Gastos catastróficos en salud: Cuando la magnitud de la carga de gastos de bolsillo supera un límite determinado de la capacidad de gasto de las familias (establecido en 40% de la capacidad de gasto de las familias).
Fuente	(SIMEPS, 2018)

Nombre del Indicador	Necesidad total de auto-reporte por necesidades no satisfechas de atención médica para las siguientes tres razones: barreras financieras + tiempos de espera demasiado distancias geográficas excesivas para acceso.
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Población mayor de 16 años que necesitó atención médica pero no la obtuvo debido a barreras financieras, tiempos de espera altos o distancias geográficas excesivas para traslado / Población mayor de 16 años que necesitó atención médica] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	2,5%
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(European Commission, 2018)

Nombre del Indicador	Tasa de desocupación por zona y sexo
Objetivo/Propósito	Monitorear las tasas de desocupación entre la población urbana y rural, según sexo
Métrica	[Población adulta en situación de desocupación, desagregado por zona urbano-rural y sexo / Total de la Población] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Niveles actuales / Estándar	Zona urbana: Hombre: 7,4% Mujer: 8,8% Zona rural: Hombre: 5,0% Mujer: 8,8%
Frecuencia	Bienal
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Desarrollo Social, 2018a)

Nombre del Indicador	Proporción de la población que realiza suficiente actividad física
Objetivo/Propósito	Medir los niveles de actividad física de la población
Métrica	$[Población\ adulta\ que\ realiza\ suficiente\ actividad\ física / Total\ de\ la\ Población\ adulta] * 100\%$
Unidad de Medida	Porcentaje
Niveles actuales / Estándar	48%
Frecuencia	Bienal
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Australian Institute of Health and Welfare, 2018a)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas que no tienen seguro médico (Desagregado por origen étnico)
Objetivo/Propósito	Mejorar acceso financiero a los sistemas de salud
Métrica	$[Personas\ que\ no\ tienen\ seguro\ médico / Total\ de\ la\ población] * 100\%$
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	1% (Referencia: Países Bajos 2010)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas que no pudieron pagar la prima de su seguro médico en, al menos, los últimos seis meses
Objetivo/Propósito	Mejorar acceso financiero a los sistemas de salud
Métrica	[Personas que no pudieron pagar la prima de su seguro médico / Total de la población] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	1,3% (Referencia: Países Bajos 2010)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Porcentaje de enfermos crónicos que posponen la atención médica debido a los costos
Objetivo/Propósito	Mejorar acceso financiero a los sistemas de salud
Métrica	[Personas con una condición de salud crónica que pospusieron una atención médica debido a los costos en los últimos dos años / Total de personas con condición de salud crónica] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	3% (Referencia: Países Bajos 2010)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Personas crónicamente enfermas: Personas que en los dos últimos años han tenido una enfermedad crónica, han tenido cirugía o han sido hospitalizadas.
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Gastos adicionales en salud de enfermos crónicos o con discapacidad
Objetivo/Propósito	Mejorar acceso financiero a los sistemas de salud
Métrica	Sumatoria de gastos adicionales en salud de enfermos crónicos o con discapacidad / Total de personas con una condición de salud crónica o con discapacidad
Unidad de Medida	Euros
Nivel de referencia	74 euros (Referencia: Países Bajos 2010)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Gastos en salud adicionales: Todos los gastos en salud que no están cubiertos por algún tipo de seguro o por el empleador.
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Gasto de bolsillo en salud promedio
Objetivo/Propósito	Mejorar acceso financiero a los sistemas de salud
Métrica	Sumatoria de gastos de bolsillo en salud / Total de hogares
Unidad de Medida	Euros
Nivel de referencia	712 euros (Referencia: Países Bajos 2010)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Distribución de los gastos de bolsillo a través de los grupos de ingreso (desagregado por grupos de ingreso)
Objetivo/Propósito	Mejorar acceso financiero a los sistemas de salud
Métrica	[Sumatoria de gastos de bolsillo en salud / Sumatoria de ingresos totales de los hogares] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Grupos de ingreso: Diez grupos de ingreso de 10% de la población total cada uno, ordenados por nivel de ingreso del hogar.
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas del Quintil I y II que tuvieron que pagar por la última consulta general y de especialidad
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Número de personas del Quintil I y II que tuvieron que pagar por la última consulta general y de especialidad / Total de personas de Quintil I y II] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Frenz et al., 2013)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas de FONASA A que tuvieron que pagar por la última consulta general y de especialidad
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Número de personas de FONASA A que tuvieron que pagar por la última consulta general y de especialidad / Total de personas de Quintil I y II] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	FONASA A: Grupo de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud de Chile constituido por las personas indigentes o carentes de recursos y causantes de subsidio familiar, para quienes corresponde gratuidad en el Sistema Público de Salud.
Fuente	(Frenz et al., 2013)

Nombre del Indicador	Gasto de bolsillo de la visita más reciente al médico - Logaritmo
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Logaritmo del Gasto de bolsillo de la visita más reciente al médico
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Frenz et al., 2013)

Nombre del Indicador	Proporción de la población de 15 años a más con incidencia medida de sobrepeso u obesidad
Objetivo/Propósito	Medir y comparar los niveles de obesidad y sobrepeso entre países
Métrica	$[Población\ de\ 15\ años\ a\ más\ con\ incidencia\ medida\ de\ sobrepeso\ u\ obesidad / Total\ de\ la\ Población] * 100\%$
Unidad de Medida	Porcentaje
Niveles actuales / Estándar	Promedio OCDE: 54%
Frecuencia	Bienal
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(OCDE, 2017b)

Nombre del Indicador	Porcentaje de la población en situación de pobreza por ingresos
Objetivo/Propósito	Vigilar la distribución de la población según nivel de pobreza por ingresos
Métrica	$[Población\ en\ situación\ de\ pobreza\ por\ ingresos / Total\ de\ la\ Población] * 100\%$
Unidad de Medida	Porcentaje
Niveles actuales / Estándar	16%
Frecuencia	Bienal
Conceptos Relacionados	Pobreza por ingresos: Población parte de hogares con ingreso per cápita por debajo de la línea de la pobreza
Fuente	(Ministerio de Desarrollo Social, 2018a)

Dimensión de Utilización de servicios de salud

Nombre del Indicador	Cobertura inmunizaciones DPT3
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Proporción de niños de un año que recibieron tres dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos convulsiva.
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	90% (Referencia Américas 2016)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Peranovich, 2017; World Health Organization, 2018a)

Nombre del Indicador	Cobertura inmunizaciones BCG
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Proporción de niños de un año vacunados contra la tuberculosis
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	93% (Referencia América Latina 2013)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Organización Panamericana de la Salud, 2013)

Nombre del Indicador	Cobertura inmunizaciones Sarampión
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Proporción de niños de un año vacunados contra el sarampión
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	93% (Referencia Chile 2017)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Banco Mundial, 2018b; Peranovich, 2017)

Nombre del Indicador	Tasa de atención profesional del parto
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Número de partos atendidos por personal capacitado durante un año específico, independientemente de su lugar de ocurrencia, expresado como porcentaje del número total de nacimientos en ese mismo año.
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	99,83% (Referencia Chile 2017)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Peranovich (2017)

Nombre del Indicador	Uso de anticonceptivos en mujeres
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Número de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que usan un método anticonceptivo de cualquier tipo, en un punto de tiempo específico, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año.
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Peranovich (2017)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que se atienden cuando padecen problemas de salud en (distintos tipos de establecimientos)
Objetivo/Propósito	Monitorear utilización de los Servicios de Salud
Métrica	[Porcentaje de personas que se atienden en un establecimiento de salud / Total de personas que han tenido problemas de salud] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Secretaría de Salud: 80,59 Hospitales del IMSS: 5,87 IMSS-Oportunidades: 3,68 Hospitales o clínicas privadas: 11,9 Consultorios de farmacias: 12,71 (Referencia México 2012)
Frecuencia	Bi anual
Conceptos Relacionados	Establecimientos de salud: centros de salud, hospitales o institutos de la Secretaría de Salud; hospitales del IMSS; IMSS-Oportunidades; hospitales o clínicas privadas Problemas de salud: Existencia de una enfermedad o padecimiento de algún dolor, malestar o accidente que le haya impedido al individuo realizar sus actividades cotidianas
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que reportan haber recibido atención a sus problemas de salud en los últimos doce meses
Objetivo/Propósito	Monitorear utilización de los Servicios de Salud
Métrica	[Afiliados al Seguro Popular que recibieron atención médica en los últimos doce meses / Afiliados al Seguro Popular que reportaron existencia de un problema de salud en los últimos doce meses] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	87,25% (Referencia: México 2010)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	Problemas de salud: Existencia de una enfermedad o padecimiento de algún dolor, malestar o accidente que le haya impedido al individuo realizar sus actividades cotidianas
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que reportan haber recibido atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas.
Objetivo/Propósito	Monitorear utilización de los Servicios de Salud
Métrica	[Afiliados al Seguro Popular que recibieron atención médica en las últimas dos semanas / Afiliados al Seguro Popular que reportaron existencia de un problema de salud en las últimas dos semanas] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	58,24% (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	Problemas de salud: Existencia de una enfermedad o padecimiento de algún dolor, malestar o accidente que le haya impedido al individuo realizar sus actividades cotidianas
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	De las personas que recibieron atención por sus problemas de salud, porcentaje de afiliados al Seguro Popular que sí fueron atendidos por personal de salud
Objetivo/Propósito	Monitorear utilización de los Servicios de Salud
Métrica	[Personas atendidas por personal de salud / Personas que recibieron atención a sus problemas de salud] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	61,18% (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	Problemas de salud: Existencia de una enfermedad o padecimiento de algún dolor, malestar o accidente que le haya impedido al individuo realizar sus actividades cotidianas
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular hospitalizadas o internadas en el último año
Objetivo/Propósito	Monitorear utilización de los Servicios de Salud
Métrica	[Personas hospitalizadas en el último año / Total de afiliados al Seguro Popular] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	39,6% (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular cuya hospitalización fue en instalaciones de la Secretaría de Salud
Objetivo/Propósito	Monitorear utilización de los Servicios de Salud
Métrica	[Personas hospitalizadas en instalaciones de la Secretaría de Salud en el último año / Total de afiliados al Seguro Popular] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	77,26% (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que no se atendieron al presentar un problema de salud
Objetivo/Propósito	Monitorear utilización de los Servicios de Salud
Métrica	[Afiliados al Seguro Popular sin atención / Afiliados al Seguro Popular que reportaron existencia de un problema de salud] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	12,74% (Referencia: México 2010)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	Problemas de salud: Existencia de una enfermedad o padecimiento de algún dolor, malestar o accidente que le haya impedido al individuo realizar sus actividades cotidianas
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Índice de concentración
Objetivo/Propósito	Medir la inequidad de una variable a través de la distribución de otra variable de orden
Métrica	$C(h/y) = \left[\frac{2cov(h_i, R_i)}{\hat{\sigma}} \right]$
Unidad de Medida	Número entre -1 y 1
Niveles actuales / Estándar	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	Variable de interés: Variable para la cual se quiere calcular los niveles de inequidad. (Por ejemplo, salud o número de consultas médicas recibidas) Variable de orden: Variable a través de la cual se busca distribuir la variable de interés (Por ejemplo: nivel de ingresos o edad)
Fuente	(O'Donnell et al., 2016)

Nombre del Indicador	Acceso a tratamiento prenatal adecuado (Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben adecuado tratamiento prenatal)
Objetivo/Propósito	Promover resultados de parto satisfactorios
Métrica	[Número de mujeres embarazadas que recibieron adecuado tratamiento prenatal / Total de mujeres embarazadas] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Staff y Millman (1993)

Nombre del Indicador	Tasas de inmunización (Porcentaje de niños en edad preescolar vacunados)
Objetivo/Propósito	Reducir la incidencia de enfermedades prevenibles en los niños
Métrica	[Número de niños en edad preescolar vacunados / Número de niños en edad preescolar] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Staff y Millman (1993)

Nombre del Indicador	Cribado de cáncer de mama y cuello uterino (Porcentaje de mujeres que se realizan alguno de los procedimientos de detección [Examen clínico de mamas, mamografía, Papanicolau])
Objetivo/Propósito	Lograr detección temprana y diagnóstico de enfermedades tratables
Métrica	[Número de mujeres que realizan alguno de los procedimientos de detección de cáncer de examen clínico de mamas, mamografía, papanicolau / Total de mujeres mayores de 18 años] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Staff y Millman (1993)

Nombre del Indicador	Proporción de población que declara haber tenido alguna necesidad de atención en salud en los últimos tres meses a la cual no pudo acceder por motivos ajenos
Objetivo/Propósito	Medir el acceso equitativo a la salud
Métrica	[Población que declara haber tenido alguna necesidad de atención en salud en los últimos tres meses a la cual no pudo acceder por motivos ajenos / Total de la población] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Niveles actuales / Estándar	0,8% (Chile, 2017)
Frecuencia	Bienal
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Desarrollo Social, 2018a)

Nombre del Indicador	Tasas de despistaje de cáncer (dividido entre hombres y mujeres)
Objetivo/Propósito	Lograr detección temprana y diagnóstico de enfermedades tratables
Métrica	[Personas de la población objetivo que participó en cada uno de los tres programas nacionales de despistaje de cáncer / Total población objetivo] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Colorrectal: 36% De mamas: 54% Cervical: 58% (Referencia: Australia 2016)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Australian Institute of Health and Welfare, 2016)

Nombre del Indicador	Porcentaje de mujeres que dieron a luz que tuvieron una visita prenatal en las primeras 13 semanas de gestación.
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Mujeres que dieron a luz que tuvieron una visita prenatal en las primeras 13 semanas de gestación / Mujeres que dieron a luz] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	62% (Referencia: Australia 2016)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Australian Institute of Health and Welfare, 2016)

Nombre del Indicador	Uso de servicios médicos preventivos --> Sin estar enfermo o por prevención, ¿Consulta por lo menos una vez al año al médico?
Objetivo/Propósito	Proteger financieramente a las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad, con prestaciones de salud de calidad
Métrica	[Población mayor de 18 años que consulta de forma preventiva a un médico por lo menos una vez al año / Total población mayor de 18 años] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Resultado por quintiles I: 48,23% II: 54,35% III: 58,97% IV: 68,03% V: 61,74% Media general: 58,26% (Referencia: Colombia 2013)
Frecuencia	Cada tres años
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Nombre del Indicador	Uso de servicios odontológicos preventivos --> Sin estar enfermo o por prevención, ¿Consulta por lo menos una vez al año al odontólogo?
Objetivo/Propósito	Proteger financieramente a las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad, con prestaciones de salud de calidad
Métrica	[Población mayor de 18 años que consulta de forma preventiva a un odontólogo por lo menos una vez al año / Total población mayor de 18 años] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Resultado por quintiles I: 25,4% II: 33,7% III: 41,6% IV: 49,15% V: 46,57% Media general: 39,3% (Referencia: Colombia 2013)
Frecuencia	Cada tres años
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Nombre del Indicador	Uso de servicios ambulatorios por problema de salud manifiesto
Objetivo/Propósito	Proteger financieramente a las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad, con prestaciones de salud de calidad
Métrica	[Número de personas que tuvieron un problema de salud en los últimos 30 días que recibieron atención de médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud / Total de personas mayores de 18 años que presentaron un problema de salud en los últimos 30 días] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Resultado por quintiles I: 60,19% II: 55,8% III: 99,06% IV: 99,7% V: 89,05% Media general: 75,22% (Referencia Colombia 2013)
Frecuencia	Cada tres años
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Nombre del Indicador	Uso de servicios de médico especialista por problema de salud manifiesto
Objetivo/Propósito	Proteger financieramente a las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad, con prestaciones de salud de calidad
Métrica	[Número de personas que tuvieron un problema de salud en los últimos 30 días que recurrieron o fueron remitidos al médico especialista / Total de personas mayores de 18 años que acudieron a un médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud ante un problema de salud en los últimos 30 días] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Resultado por quintiles I: 31,5% II: 27,6% III: 38,65% IV: 36,99% V: 31,78% Media general: 33,11% (Referencia: Colombia 2013)
Frecuencia	Cada tres años
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Nombre del Indicador	Uso de servicios hospitalarios
Objetivo/Propósito	Proteger financieramente a las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad, con prestaciones de salud de calidad
Métrica	[Número de personas hospitalizadas en los últimos 12 meses / Total población mayores de 18 años] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Resultado por quintiles I: 9,78% II: 9,55% III: 7,77% IV: 8,13% V: 8,57% Media general: 8,76% (Referencia: Colombia 2013)
Frecuencia	Cada tres años
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Ministerio de Salud y Protección Social (2015)

Nombre del Indicador	Suministro total de medicamentos
Objetivo/Propósito	Proteger financieramente a las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad, con prestaciones de salud de calidad
Métrica	[Número de personas hospitalizadas en los últimos 30 días que recibieron medicación a cuenta de la institución a la que están afiliados / Total de personas mayores de 18 años hospitalizadas en los últimos 30 días] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Resultado por quintiles I: 66,82% II: 65,35% III: 67,55% IV: 72,13% V: 62,67% Media general: 66,97% (Referencia: Colombia 2013)
Frecuencia	Cada tres años
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Ministerio de Salud y Protección Social (2010)

Nombre del Indicador	Despistaje de cáncer cervical --> Número de mujeres 30-49 años que reportan haber tenido despistaje de cáncer cervical. (Desagregado por edad y otras variables demográficas)
Objetivo/Propósito	Monitoreo de cobertura de servicio de salud
Métrica	[Número de mujeres entre 30 y 49 años que reportan haber tenido despistaje de cáncer cervical / Total de mujeres entre 30 y 49 años consultadas] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Quinquenal
Conceptos Relacionados	Despistaje de cáncer cervical realizado bajo los siguientes métodos: Inspección visual con ácido acético, papanicolau, test de virus papiloma humano.
Fuente	(Organización Mundial de la Salud, 2018)

Nombre del Indicador	Porcentaje de personas con una necesidad por cuidados agudos que no obtuvieron el cuidado que necesitaban o deseaban
Objetivo/Propósito	Mejorar oportunidad de prestación de cuidados agudos
Métrica	[Número de personas con una necesidad por cuidados agudos que no obtuvieron el cuidado que necesitaban o en el momento necesario / Total de personas con necesidad por cuidados agudos] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	18% (Referencia: Países Bajos 2010)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(National Institute for Public Health and the Environment, 2010)

Nombre del Indicador	Disparidades en la utilización de servicios de salud (Medicina General, Fisioterapia, Dentista, Hospital, Especialista, Prescripción de medicinas, Medicinas vendidas sin prescripción, Vacunación ante Influenza, Detección de cáncer de mama, Detección de cáncer cervical) entre personas con un nivel educativo alto y bajo
Objetivo/Propósito	Mejorar niveles de acceso acorde a las necesidades del usuario
Métrica	Utilización de servicios de salud por nivel educacional
Unidad de Medida	Índice Relativo de Inequidad
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Diferencias en las tasas de readmisión hospitalaria entre varios grupos étnicos
Objetivo/Propósito	Mejorar niveles de acceso acorde a las necesidades del usuario
Métrica	Diferencias en las tasas de readmisión hospitalaria entre varios grupos étnicos
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	10% (Referencia: Países Bajos 2009)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Acceso a la atención médica para personas sin hogar
Objetivo/Propósito	Mejorar niveles de acceso acorde a las necesidades del usuario
Métrica	[Utilización de servicios de salud por personas sin hogar / Población total estimada de personas sin hogar] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Proporción de población que reportó uso de diferentes tipos de servicios en los últimos 3 meses - comparación por quintil de ingreso
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Personas que reportaron uso de diferentes tipos de servicios médicos en los últimos tres meses / Total de la población analizada] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Frenz et al., 2013)

Nombre del Indicador	Proporción de población con un problema de salud en los últimos 30 días que no consultó - comparación por quintil de ingreso
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Personas que reportaron problemas de salud en los últimos 30 días que no consultó / Total de la población analizada] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Frenz et al. (2013)

Nombre del Indicador	Número total de visitas al médico (excluyendo llamadas telefónicas) - Logaritmo
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Número total de visitas al médico (excluyendo llamadas telefónicas) - Logaritmo
Unidad de Medida	Número
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Andersen et al., 1983)

Nombre del Indicador	Proporción de personas que quisieron buscar atención médica dental pero no lo hicieron
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Personas que quisieron buscar atención médica dental pero no lo hicieron / Total de personas] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Andersen et al., 1983)

Nombre del Indicador	Ratio rural/urbano de partos atendidos por personal de salud calificado
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	[Proporción de partos atendidos en zonas rurales por personal de salud calificado / Proporción de partos atendidos en zonas urbanas por personal de salud calificado]
Unidad de Medida	Número entre 0-1
Nivel de referencia	1 (Referencia: Chile 2016)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(The Economist Intelligence Unit, 2017)

Dimensión de Satisfacción con el servicio de salud

Nombre del Indicador	Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideran "muy buena" la calidad del servicio durante su hospitalización
Objetivo/Propósito	Mejorar la calidad del servicio prestado por el Seguro Popular
Métrica	[Afiliados al Seguro Popular que consideran "muy buena" la calidad del servicio durante su hospitalización / Afiliados al Seguro Popular hospitalizados en el último año] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	19% (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideran "buena" la calidad del servicio durante su hospitalización
Objetivo/Propósito	Mejorar la calidad del servicio prestado por el Seguro Popular
Métrica	[Afiliados al Seguro Popular que consideran "buena" la calidad del servicio durante su hospitalización / Afiliados al Seguro Popular hospitalizados en el último año] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	61% (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideran "regular" la calidad del servicio durante su hospitalización
Objetivo/Propósito	Mejorar la calidad del servicio prestado por el Seguro Popular
Métrica	[Afiliados al Seguro Popular que consideran "regular" la calidad del servicio durante su hospitalización / Afiliados al Seguro Popular hospitalizados en el último año] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	14% (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideran "mala" la calidad del servicio durante su hospitalización
Objetivo/Propósito	Mejorar la calidad del servicio prestado por el Seguro Popular
Métrica	[Afiliados al Seguro Popular que consideran "mala" la calidad del servicio durante su hospitalización / Afiliados al Seguro Popular hospitalizados en el último año] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	3% (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideran "muy mala" la calidad del servicio durante su hospitalización
Objetivo/Propósito	Mejorar la calidad del servicio prestado por el Seguro Popular
Métrica	[Afiliados al Seguro Popular que consideran "muy mala" la calidad del servicio durante su hospitalización / Afiliados al Seguro Popular hospitalizados en el último año] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	2,94% (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Porcentaje de afiliados al Seguro Popular que no regresarían al lugar de hospitalización
Objetivo/Propósito	Mejorar la calidad del servicio prestado por el Seguro Popular
Métrica	[Afiliados al Seguro Popular que no regresarían al lugar de hospitalización / Afiliados al Seguro Popular hospitalizados en el último año] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	13% (Referencia: México 2012)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014)

Nombre del Indicador	Percepción de calidad de servicios ambulatorios
Objetivo/Propósito	Proteger financieramente a las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad, con prestaciones de salud de calidad
Métrica	[Número de personas que tuvieron un problema de salud en los últimos 30 días que recibieron atención médica por médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud y consideran dicha atención como "no buena" / Total de personas mayores de 18 años que acudieron a un médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud ante un problema de salud en los últimos 30 días] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Resultado por quintiles I: 11,82% II: 15,81% III: 15,72% IV: 15,18% V: 16,52% Media general: 15% (Referencia: Colombia 2013)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Ministerio de Salud y Protección Social (2015)

Nombre del Indicador	Percepción de la calidad de servicios hospitalarios
Objetivo/Propósito	Proteger financieramente a las familias frente al gasto catastrófico generado por la enfermedad, con prestaciones de salud de calidad
Métrica	[Número de personas hospitalizadas en los últimos 12 meses que consideran dicha atención como "no buena" / Total de personas mayores de 18 años hospitalizadas en los últimos 12 meses] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	Resultado por quintiles I: 8,52% II: 10,15% III: 12,09% IV: 12,24% V: 10,66% Media general: 10,6% (Referencia: Colombia 2013)
Frecuencia	Bianual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	Ministerio de Salud y Protección Social (2015)

Nombre del Indicador	Porcentaje de usuarios que opinan que los tiempos de espera por atención son largos o cortos
Objetivo/Propósito	Mejorar oportunidad de tratamiento regular
Métrica	[Número de usuarios que consideran los tiempos de espera por atención como un problema / Total de usuarios] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	22,3% (Referencia: Países Bajos 2010)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Adaptación de la atención, evaluación y tratamiento a las necesidades
Objetivo/Propósito	Mejorar niveles de acceso acorde a las necesidades del usuario
Métrica	[Número de personas que indican que reciben la atención médica que necesitan siempre o usualmente / Total de personas consultadas] * 100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	90% (Referencia: Países Bajos, 2010)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Comportamiento interpersonal de los profesionales de la atención
Objetivo/Propósito	Mejorar niveles de acceso acorde a las necesidades del usuario
Métrica	[Número de personas que indican que reciben buen trato del personal médico siempre o usualmente / Total de personas consultadas] *100%
Unidad de Medida	Porcentaje
Nivel de referencia	95% (Referencia: Países Bajos, 2010)
Frecuencia	Anual
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	National Institute for Public Health and the Environment (2010)

Nombre del Indicador	Evaluación de satisfacción con tiempos de traslado
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Evaluación de satisfacción con tiempos de traslado
Unidad de Medida	Distribución de respuestas según calificación
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Porcentaje
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Andersen et al., 1983)

Nombre del Indicador	Evaluación de satisfacción con costo de traslado
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Evaluación de satisfacción con costo de traslado
Unidad de Medida	Distribución de respuestas según calificación
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Porcentaje
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Andersen et al., 1983)

Nombre del Indicador	Evaluación de satisfacción con tiempo de espera
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Evaluación de satisfacción con tiempo de espera
Unidad de Medida	Distribución de respuestas según calificación
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Porcentaje
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Andersen et al., 1983)

Nombre del Indicador	Evaluación de satisfacción con comportamiento del proveedor
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Evaluación de satisfacción con comportamiento del proveedor
Unidad de Medida	Distribución de respuestas según calificación
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Porcentaje
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Andersen et al., 1983)

Nombre del Indicador	Evaluación de satisfacción con calidad de atención del proveedor
Objetivo/Propósito	Sin información
Métrica	Evaluación de satisfacción con calidad de atención del proveedor
Unidad de Medida	Distribución de respuestas según calificación
Nivel de referencia	Sin información
Frecuencia	Porcentaje
Conceptos Relacionados	No aplica
Fuente	(Andersen et al., 1983)