

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“HOSPITALIZACIONES EVITABLES POR
CONDICIONES SENSIBLES AL CUIDADO
AMBULATORIO EN EL SERVICIO DE SALUD DE
OSORNO 2015-2019”**

NATALIA VALENTINA MORA FIGUEROA

AFE PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUIA DE TESIS: DRA. MARÍA ELENA ALVARADO BRETÓN

Santiago, JUNIO 2024

Dedicada a Alfonso.

Agradecimientos

A Siria, por la verdadera incondicionalidad.

A H. Sebastián, mi mejor serendipia.

A Pilar y Jaime, por ser refugio.

A María Elena, por su guía en este camino y por el impulso en los últimos metros.

A Jossette, por ser el motor de arranque en esta gran temática.

A mis compañeros y compañeras, amigos y amigas del magíster: han sido el mejor galardón.

Índice

Resumen.....	5
Introducción	6
Marco teórico.....	8
Objetivos	18
Metodología.....	19
Aspectos éticos	26
Resultados	27
Discusión	45
Limitaciones	54
Conclusión	55
Referencias bibliográficas	56
Anexos.....	62

Resumen

Las Hospitalizaciones por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (HCSCA) corresponden a condiciones de salud cuya hospitalización puede ser potencialmente evitada a través de las funciones ejercidas por la red asistencial. A nivel internacional han sido utilizadas como un indicador de desempeño de la red, sin embargo, a la fecha, Chile no cuenta con un listado validado de HCSCA propio, ni para el país, ni para sus regiones.

En consideración con la diversidad de realidades en el continuo salud-enfermedad a lo largo y ancho del país, tanto por las patologías que afectan a la población, como por el funcionamiento de las entidades prestadoras de salud, se consolida la idea de contar con herramientas con pertinencia local que permitan evaluar el desempeño de la red. Consecuentemente, el objetivo de este trabajo fue establecer un listado de Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio con pertinencia para la red de salud del Servicio de Salud de Osorno (SSO) y describir su comportamiento durante los años 2015-2019.

Para ello se realizó una revisión de listados internacionales de HCSCA, la cual fue presentada a expertos de la red del SSO y, a través de una metodología de consenso, se construyó un listado local que consta de 46 códigos diagnósticos agrupados en 14 condiciones de salud. Posteriormente, se analizaron las HCSCA de los egresos hospitalarios registrados entre los años 2015-2019 en la red del SSO.

Los resultados destacan que un 12,48% de los egresos hospitalarios del período corresponden a HCSCA y las causas principales se asociaron a Neumonía (27,06%), Enfermedades de las vías respiratorias inferiores (13,45%) y Diabetes Mellitus (10,46%). Los HCSCA registraron una mediana de edad 5 años mayor que los egresos no evitables, además, acumularon el 13,57% del total de días cama disponibles en el período analizado. De las HCSCA, 3,41% egresó como persona fallecida. Las mayores tasas de HCSCA se registraron en las comunas de Puerto Octay 18,75 x1.000 beneficiarios FONASA), Río Negro (16,82) y San Juan de la Costa (16,81).

Se espera que los resultados de este estudio sean una herramienta útil para la medición del desempeño de la red asistencial, de bajo costo de implementación y que brinde información valiosa para la formulación de planes de mejora continua para el uso de los recursos de la red asistencial a favor de la salud de sus comunidades usuarias.

Introducción

En Chile, el Sistema de Salud ha adoptado el Modelo de Atención Integral en Salud por medio de un modelo de gestión, articulado a través de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) basada en la Atención Primaria de Salud (APS) (1). Esta ha sido definida por la OMS y UNICEF como un *“enfoque de salud que incluye a toda la sociedad”* (2) y ha sido respaldada como una estrategia costo-efectiva y eficaz para lograr mejoría en la salud y bienestar de las personas (3). Concebida como *“la puerta de entrada”* al sistema de salud, la APS se ha organizado a lo largo y ancho del país a través de dispositivos de nivel primario, cuya dependencia administrativa es mayoritariamente municipal, rigiéndose según las directrices técnicas emanadas desde el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) a través de los 29 Servicios de Salud presentes en el País. Los sistemas de medición del desempeño de la APS resultan fundamentales para evaluar, comparar y mejorar los procesos, por tanto, resulta vital contar con ellos en el sistema de salud, a fin de gestionar planes de mejora continua de los servicios y que a su vez, esto se traduzca en una mejora del bienestar de las comunidades beneficiarias de dichos servicios. Lamentablemente, la medición del desempeño de la APS no ha sido tarea sencilla a nivel nacional ni internacional, entre otras razones, por su multiplicidad de funciones (4). Sumado a ello, las mediciones implementadas en nuestro país se realizan a través de indicadores contruidos primordialmente con una perspectiva de producción de servicios y no necesariamente de la eficacia de éstos. Como ejemplo de aquello se puede señalar que el funcionamiento de la red de salud se ha medido prioritariamente a través de indicadores de producción como son los IAAPS (Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud), MSMA (Metas Sanitarias Nacionales y de Mejoramiento de la Atención), PRAPS (Programa de Reforzamiento de APS), PMG (Programa de Mejoramiento de la Gestión), COMGES (Compromisos de Gestión), entre otros (5). El año 2022, la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) propuso que los indicadores y sus metas se orienten hacia acciones preventivas en la APS dado que, durante la última década, aun cuando en muchas comunas del país se cumplieron las metas fijadas, la condición sanitaria de la población se mantuvo o incluso empeoró (5). Resulta prioritario, entonces, instaurar sistemas de evaluación de desempeño del sistema de salud enfocados en medir los cambios que la red ejerce sobre el estado de salud de la población a su cargo, con un enfoque territorial.

A este respecto, las *“Hospitalizaciones por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio”* (HCSCA) se han utilizado internacionalmente como un indicador del desempeño de los sistemas de salud. También conocidas como *“Hospitalizaciones evitables”* o *“ASCS”* por sus siglas en

inglés: “Assessment Care Sensitive Conditions”, corresponden a condiciones de salud cuya hospitalización puede ser potencialmente evitada a través de las funciones ejercidas por la red asistencial. Este indicador es propio de cada población ya que las HCSCA dependen de su perfil epidemiológico y también, de las prestaciones de la red de salud a la cual accede.

A pesar de su potencialidad y de las recomendaciones internacionales (6,7), a la fecha, Chile no cuenta con un listado de HCSCA oficial, ni para el país, ni para sus regiones. Sabemos también, que las realidades del continuo salud-enfermedad son diversas a lo largo y ancho del territorio nacional, tanto por las patologías que afectan a la población, como por el funcionamiento de las entidades prestadoras de salud, lo que reafirma la idea de contar con herramientas pertinentes localmente para el monitoreo del desempeño de la red. Para ejemplificar esto podemos hacer referencia a la información relacionada a la prevalencia de enfermedades, que se encuentra sujeta primordialmente a los datos brindados por la Encuesta Nacional de Salud. Ésta tiene representatividad regional, sin embargo, en el caso de redes más locales estos datos son solo estimativos para la población, como es el caso del Servicio de Salud de Osorno, que se encuentra a cargo de la red asistencial de salud de la provincia homónima, desplegada en las 7 comuna que la componen.

Las particularidades de la población de la provincia, del territorio y de su red asistencial, confluyen en la necesidad de desarrollar herramientas con pertinencia local que favorezcan la obtención de información territorial para la toma de decisiones y establecer estrategias de mejora de la red, enfocadas en la salud y bienestar de la población beneficiaria. En consideración con lo descrito, este trabajo propone la construcción de un listado de HCSCA propio de la red asistencial del Servicio de Salud de Osorno, para ser implementado como una herramienta de medición del desempeño de la red.

Marco teórico

En este apartado se abordan las temáticas que sustentan el tema en estudio, contemplando la descripción del sistema de salud en Chile y su modelo de atención, la actual medición del desempeño de la red de salud, el concepto de Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio y la caracterización del Servicio de Salud de Osorno, organización donde se llevó a cabo el estudio en cuestión.

1. Sistema de salud en Chile y su organización.

Un sistema de salud corresponde a un “conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud” (8). En el Sistema de Salud Chileno, desde el 2005 y a través de la reforma de salud de dicho año, se ha implementado un Modelo de Atención centrado en la APS (1) denominado “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” (MAIS), dirigido al logro de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades. A fin de sustentar este modelo de atención, se instaló un Modelo de Gestión en Red que articula sus estrategias sobre tres ejes: fortalecimiento de la APS, transformación hospitalaria y rearticulación de la red asistencial (9).

La APS ha sido definida por la OMS y UNICEF como *“un enfoque de salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objetivo garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa, centrándose en las necesidades y preferencias de las personas como individuos, familias y comunidades, tan pronto como sea posible, a lo largo de un continuo que abarca desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”*(2). La APS está considerada como el enfoque más inclusivo, equitativo, costo-eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social (3) y es considerada el “motor programático” para lograr la cobertura universal en salud, los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la salud y la seguridad sanitaria (10).

En Chile, la APS es concebida como la “puerta de entrada” al sistema de salud, dado que tiene a cargo la población de un territorio que es cercano al desempeño de la misma APS y, de acuerdo con las necesidades de salud manifestadas por dicha población, la APS gestiona su ingreso hacia los niveles secundario y terciario de atención según mapas de derivación predefinidos de la red, todo ello con el objetivo de dar resolución a estas problemáticas de salud.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud se han definido por la OPS como *“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”* (8) y han sido propuestas como una iniciativa para combatir la fragmentación de los servicios de salud y sus consecuencias como las “dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos” (8).

Chile enfrenta sus propios desafíos en cuanto a la fragmentación del sistema de salud desde diversas aristas, iniciando por el financiamiento de tipo mixto, ya que está integrado por un seguro público: el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y un seguro privado, correspondiente a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (11), además de los seguros correspondientes a las Fuerzas Armadas.

Otro desafío lo constituyen los regímenes administrativos de los distintos niveles de salud; la mayor proporción de la APS del país depende de la administración municipal, en algunas comunas la dependencia administrativa corresponde a corporaciones (entidades privadas sin fines de lucro) y en ciertos casos coexisten dispositivos de APS que dependen directamente de los Servicios de Salud. Por otro lado, los niveles secundarios y terciarios de la red son articulados, gestionados y desarrollados desde el Servicio de Salud a cargo de la red asistencial del territorio (12). Sumado a lo anterior, se debe considerar la autogestión de los establecimientos hospitalarios de alta complejidad del País.

Esta discrepancia entre dependencia técnica y administrativa influye en la organización en red, aumentando la fragmentación del sistema, provocando disparidad en la entrega de atenciones de salud, además de complejizar la coordinación para lograr, por ejemplo, que en APS se ejecuten adecuadamente aquellos programas nacionales diseñados para llegar a toda la población de una modalidad si no “igual”, al menos similar (13), constituyendo además, un obstaculizador para la articulación de la continuidad de los cuidados a través de los distintos niveles de la red de atención de salud.

2. Medición del desempeño de sistemas de salud.

Se ha descrito que disponer de sistemas de evaluación que faciliten la monitorización y comparación de la red de servicios sanitarios de atención primaria (APS) a un costo razonable debería ser uno de los objetivos de todo sistema de salud (14). A pesar del protagonismo de la APS en los sistemas de salud de Chile y el mundo, y la abundante evidencia que respalda el impacto que su desempeño tiene en la salud de las comunidades, la medición de éste no ha sido tarea fácil. Caminal et al. mencionan dos limitaciones al momento de formular indicadores de medición para la APS; su actividad múltiple y diversificada y la inexistencia de información sistemática propia de este nivel asistencial (14).

Chile no está ajeno a esta problemática, sumado a las dificultades de fragmentación y municipalización mencionadas previamente, los sistemas de evaluación actuales no reflejan a cabalidad los objetivos y funciones de la APS. Las funciones del nivel primario incluyen la atención de salud de la población objetivo, resguardando accesibilidad, continuidad y calidad de la atención, con resolutividad de acuerdo a su nivel. Está a cargo de programas de salud, incluyendo acciones de promoción y prevención individuales y colectivas, así como de la coordinación intersectorial y la promoción de la organización comunitaria en salud (15). Pese a lo anterior, en la actualidad el monitoreo de la APS se realiza mayoritariamente a través de indicadores disgregados, como el índice de la actividad de la atención primaria en salud (IAAS), metas de desempeño colectivo, resúmenes estadísticos mensuales (REM) (13), entre otros instrumentos que, en términos generales, sólo se focalizan y dan cuenta de la producción fragmentada por establecimientos y nivel de atención, e incluso invisibilizan las funciones y labores promocionales y preventivas de este nivel. Además, es importante destacar que las fuentes de información de los indicadores recién mencionados resultan heterogéneas, ya que en Chile no existe un sistema de registro clínico único para la APS, ni estándares de dichos registros como sí existen, por ejemplo, para las hospitalizaciones.

En APS existen diversos sistemas de registro electrónico, uno de los más utilizados es RAYEN, sin embargo no es de uso universal en el país. También existen dispositivos que continúan utilizando registro físico (ficha de papel) y la producción de este nivel de atención se vierte en el REM de forma agregada no individualizada, a diferencia de las estadísticas de egreso hospitalario que, independiente del sistema de ficha clínica utilizado, se recopila de acuerdo a la norma general técnica 201 que aprueba el proceso de gestión de información para los egresos hospitalarios y el correcto uso del formulario de Informe estadístico de egreso hospitalario (IEEH) (16).

A la fecha, no se han desarrollado herramientas sencillas y pertinentes territorialmente, que permitan un monitoreo permanente y continuo, que favorezcan la medición del impacto del

desempeño de la red asistencial sobre el estado de salud de la comunidad y que brinden información para la gestión, programación y toma de decisiones locales (17).

Transformar el actual foco de metas de producción, hacia una evaluación centrada en el seguimiento de las personas y la medición del impacto del sistema en el estado de salud de las mismas es una de las propuestas de mejora a las falencias recientemente expuestas (17). En esta línea, una estrategia adoptada internacionalmente ha sido evaluar el desempeño de la APS de acuerdo al impacto en la salud de la comunidad a su cargo, a través de las “Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio”.

3. Condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (ACSC).

a. Concepto y uso de ACSC.

Las Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio o “ACSC” por sus siglas en inglés (Ambulatory Care Sensitive Conditions) son condiciones de salud para las que una atención de salud ambulatoria, oportuna y eficaz, puede evitar o disminuir los riesgos de hospitalización, ya sea al prevenir la aparición de una enfermedad o condición, controlando una enfermedad o condición episódica aguda o manejando una enfermedad crónica (2,18–21).

El concepto ACSC fue instaurado a fines de la década de los ´80 por John Billings en Nueva York, Estados Unidos, y lo propuso como marcador de la disponibilidad de la atención ambulatoria clínica (22). Desde ese entonces, las ACSC han sido utilizadas por diferentes organizaciones, instituciones y países como indicador indirecto en la medición del desempeño de la atención ambulatoria, principalmente en lo referido a APS en aspectos como la calidad, eficiencia, capacidad resolutoria, coordinación entre proveedores y la accesibilidad de los servicios (10,14,23,24), en el monitoreo de la evolución y funcionamiento del sistema de salud (21), y también como indicador directo del volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible mediante cuidados oportunos y efectivos en el primer nivel asistencial (14).

Purdy, S. (22) robustece el concepto de ACSC al integrar aquellas condiciones cuya evitabilidad depende de la disponibilidad y la derivación a un servicio alternativo, y no sólo de la disponibilidad de la atención primaria o ambulatoria clínica tradicional como lo es el concepto estadounidense original. Para ejemplificar esta situación, Purdy detalla que algunas admisiones hospitalarias pueden no percibirse inicialmente como “evitables” si el curso de la enfermedad no es significativamente modificable (por ejemplo: demencia), sin embargo, la disponibilidad de

alternativas como atención de relevo o atención domiciliaria, puede dar lugar a que se evite el ingreso en la situación aguda.

Operativamente, las ACSC se identifican a través de códigos diagnósticos correspondientes a la “Clasificación Internacional de Enfermedades” (CIE) (25,26). La CIE es un sistema para la clasificación de enfermedades y problemas relacionados con la salud, publicado por la OMS y utilizado como referencia para captar y clasificar información sobre mortalidad y morbilidad a nivel mundial. Fue diseñado para permitir la comparación internacional de estadísticas de morbimortalidad, y consiste en códigos alfanuméricos de hasta 6 caracteres, agrupados en 22 capítulos diagnósticos (26). A la fecha, se utiliza la décima revisión de ésta clasificación (CIE-10) (25).

b. ACSC en el mundo y la construcción de listados.

Se han descrito diferentes conjuntos de ACSC en países como Estados Unidos, Reino Unido, España, Australia, Canadá y Portugal, con el objetivo de medir y reducir las hospitalizaciones evitables por medio de una atención ambulatoria óptima, particularmente centrado en el desempeño de la atención primaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) el año 2016, analizó la evidencia relacionada con las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria como un indicador del desempeño de la prestación de servicios de salud para la región europea indicando que *“a pesar del interés y la actividad en medir e informar sobre el desempeño de la prestación de servicios de salud a través de informes sobre hospitalizaciones de ACSC, persisten diferencias importantes en términos, definiciones y enfoques de medición que se están tomando”* (10).

La selección del listado de diagnósticos a considerar como ACSC representa uno de los componentes más importantes de la metodología del uso de este indicador, es fundamental la adaptación considerando las características y particularidades de los sistemas de salud y los contextos de estudio, como la morbimortalidad de las personas y comunidades del territorio, para garantizar la validez, fiabilidad y representatividad de las mediciones (27).

En una revisión exploratoria realizada por Ciapponi et al. (2012) (7) se analizaron 74 estudios en los cuales se hubiesen utilizado o creado listados de ACSC, detallando el método de selección o fuente para el listado. En aquellos estudios donde se crearon listados, las metodologías utilizadas corresponden a revisión de literatura, consenso de expertos entre los que destacan

paneles Delphi, y combinaciones de ambos. Un panel o grupo Delphi consiste en *“Un método para lograr un acuerdo consensuado entre los panelistas expertos, a través de iteraciones repetidas (generalmente por correo electrónico) de opiniones anónimas y de declaraciones comprometidas propuestas por el moderador del grupo”* (28).

Adicionalmente, Ciapponi et al. (2012) (7) sintetizaron la eficacia y los componentes clave de actividades específicas de APS en la prevención de Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio (HCSCA) con especial foco en América Latina y el Caribe y, basándose en la frecuencia de uso y tasa de hospitalizaciones, Ciapponi propuso 10 ACSC como posibles indicadores de calidad de APS: Neumonía bacteriana, Insuficiencia cardíaca congestiva, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Asma, Diabetes, Gastroenteritis, Hipertensión, Infecciones urinarias/renales, Angina de pecho y Celulitis.

Caminal et al. definió un listado de 35 códigos de ACSC para España (27) en el que se incluyen condiciones agudas y crónicas. Para formular este listado Caminal realizó una revisión de la literatura a partir de la que predefinió un listado de 87 códigos diagnósticos. Posteriormente, se obtuvo el listado final mediante una metodología de consenso, de tipo estudio Delphi, en el que participaron 44 expertos. Para ello aplicaron 5 criterios, basados en publicaciones de Sölberg (29) y Weissman (30). Dichos criterios permiten construir una herramienta con pertinencia territorial al considerar las coberturas y prestaciones que brinda la red asistencial, así como la morbimortalidad de las personas y comunidades beneficiarias.

En Inglaterra las ACSC son parte del “NHS Outcomes Framework” (NHS OF) (31), que corresponde a un conjunto de indicadores desarrollado por el Departamento de Salud y Atención Social para monitorear los resultados de salud de adultos y niños en Inglaterra. El NHS Outcomes Framework monitorea dos grupos de indicadores que corresponden a ACSC: ingreso hospitalario no planificado para ACSC crónicos y admisiones de emergencia por condiciones agudas que generalmente no deberían requerir ingreso hospitalario (10).

Bardsley et al. (32) en Inglaterra, analizó una década de admisiones de emergencia por ACSC, evaluó 13 listados de ACSC y redefinió un listado de 27 condiciones clínicas clasificadas en tres grupos: “agudas”, “crónicas” y “prevenibles por vacunación”. La OMS, en la “Evaluación del desempeño de la prestación de servicios de salud con hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria” (10) ha destacado el listado de Bardsley como la lista de ACSC genérica más robusta, dada su metodología.

c. ACSC en Chile.

La OMS resalta la viabilidad de utilizar las ACSC como indicadores del desempeño de los sistemas de salud en la región europea, entre otras causas, dado que los datos de egresos hospitalarios se recopilan de manera formal y estandarizada, debido a razones de financiamiento para los proveedores (10), lo que implica que la información está disponible y no se requeriría inversión adicional para recopilarla. Esta realidad también ocurre en nuestro país, dado que contamos con un marco jurídico para el sistema de registro de egresos hospitalarios, estandarizado y obligatorio a nivel nacional (16).

Las HCSCA han sido reconocidas como indicadores pertinentes para la evaluación de la gestión y eficiencia de la APS, han sido objeto de investigaciones en el país (33,34) y recomendadas para Chile por el Banco Interamericano de desarrollo (7) y recientemente por la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (5). Uno de los resultados más recientes corresponden a los presentados por el Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS), en el marco del estudio “Eficiencia en la gestión de atención primaria de la salud”(5) llevado a cabo por la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP). En éste concluyeron que en Chile, del total anual de hospitalizaciones, un 11% corresponde a hospitalizaciones evitables y que estas utilizan cerca del 20% del total de días cama, que 1 de cada 3 hospitalizaciones evitables egresa con la persona fallecida y que generan un gasto anual, a nivel hospitalario, equivalente al 10% del presupuesto APS 2022.

Respecto de la determinación del listado de HCSCA a monitorear, la evidencia respalda que éste debe adaptarse al contexto de cada estudio para garantizar la validez, confiabilidad y magnitud de las tasas de hospitalización (24), dado que particularidades de financiamiento, funcionamiento, o niveles de fragmentación del sistema, así como la disponibilidad de tratamientos o tecnologías de la red, generan diversos contextos para los que la hospitalización de una situación de salud particular podrá ser considerada como evitable o no. Sin embargo, a la fecha, no se ha establecido un listado oficial de HCSCA adaptado a la realidad del sistema de salud de Chile, ni se ha incorporado de forma rutinaria a la evaluación del desempeño de la red asistencial (35).

Aun cuando no existe un listado de HCSCA nacional oficial, sí se han realizado estudios en la materia. El año 2015 Arrieta et al. (33) analizó hospitalizaciones del sistema privado de salud en Chile, basándose en el listado desarrollado por Alfradique et al. (36) para Brasil, justificando su elección en que *“Brasil es el único país de América Latina que ha hecho un esfuerzo sistemático para adaptar las listas ACSC de EE. UU., Canadá y España a sus propias circunstancias”*.

El 2021, en un análisis de las HCSCA para el Servicio del Reloncaví, Kappes y colaboradores (34), utilizaron un listado de códigos agrupados en 20 patologías, formulado a partir de la adaptación, por consenso de expertos, del listado propuesto por la Organización Panamericana de Salud 2015, sin embargo no ahondan en detalles metodológicos para la determinación del listado.

En el caso del análisis presentado por IPSUSS (37), detallan la determinación de un listado de HCSCA en tres etapas, consistentes en la revisión de 7 listados internacionales (Brown, 2001. Falik, 2001. OCDE, 2007. Walker, 2009. Berry, 2011. Caldeira, 2011. PAHO, 2015.), rondas de opiniones de expertos y discusión para la elección del listado a través de metodología Delphi donde participaron 7 expertos, y a partir de ello definieron un listado compuesto por 532 códigos CIE-10, que representan alrededor del 3,7% del total de códigos diagnósticos.

Dado que las realidades del continuo salud-enfermedad son diversas a lo largo y ancho del país, tanto por las patologías que afectan a la población, como el funcionamiento de las entidades prestadoras de salud, se consolida la idea de contar con herramientas con pertinencia local y no bastaría homologar la utilizada por los autores mencionados previamente ni tan sólo con establecer un listado de HCSCA de monitoreo nacional, esto sólo perpetuaría el hecho de que gran cantidad de la información utilizada para la toma de decisiones tiene representatividad nacional o regional, implicando que en el caso de unidades más pequeñas como provincias o comunas, se tomen decisiones con información de menor precisión a nivel local. Esto ocurre en el Servicio de Salud de Osorno, organismo a cargo de la red asistencial de salud desplegada en las 7 comunas que componen la Provincia de Osorno. Las particularidades de la población provincial, del territorio y de la red asistencial, convergen en la necesidad de desarrollar herramientas para la medición del desempeño de la red, con pertinencia local a fin de favorecer la obtención de información territorial para la toma de decisiones y establecer estrategias de mejora de la red, enfocadas en la salud y bienestar de la población beneficiaria.

En el SSO el año 2021, en el marco de un proyecto institucional con apoyo de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Iribarne-Wiff J. intentó validar por primera vez una lista de Condiciones Sensibles a la Atención Primaria adaptada para la realidad de Chile, formulada el año 2020 (38) y cuya validación nacional integra la tesis doctoral de la autora¹. Sin embargo, la validación en el SSO no se concluyó, generando en la organización la necesidad latente de contar con una herramienta local de este tipo. Se propone entonces, la formulación de un listado de códigos de HCSCA pertinente a la realidad local de la red asistencial del SSO.

¹ Programa de Doctorado Interinstitucional de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla, Universidad de Jaén y Escuela Andaluza de Salud Pública iniciado el año 2021.

4. Servicio de Salud de Osorno.

El Servicio de Salud de Osorno (SSO) es uno de los 29 Servicios del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) de Chile y está a cargo de la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial de salud de prestadores públicos de la provincia homónima. La Provincia de Osorno es una de las 4 Provincias de la X Región de Los Lagos, limita al Norte con la Región de los Ríos, al Oeste con la línea que demarca al Mar territorial, al Sur con la Provincia de Llanquihue, y al Este con la República Argentina. La Provincia de Osorno se sitúa a 913 km de Santiago y a 260 km de San Carlos de Bariloche, Argentina. Su capital provincial es la ciudad de Osorno.

La Provincia de Osorno tiene una superficie de 9.223,7 Km² lo que corresponde al 13,8% del total de la región de Los Lagos. Está compuesta por 7 comunas; Osorno (951 Km²), San Pablo (637 Km²), Puyehue (1.598 Km²), Puerto Octay (1.796 Km²), Purranque (1.459 Km²), Río Negro (1.266 Km²) y San Juan de La Costa (1.517 Km²).

A diciembre 2019, la población provincial proyectada INE correspondía a 246.933 personas, 50,53% (124.785) del total eran mujeres y un 88,83% (219.356) se registraron como beneficiarios de FONASA.

De acuerdo al Censo 2017, en la provincia de Osorno un 22,24% de las personas habitaban en área rural, sin embargo, Osorno es la única comuna de la provincia considerada como “urbana”, mientras que las 6 comunas restantes se consideran rurales, siendo las comunas con mayor porcentaje de habitantes en zonas rurales San Juan de la Costa (84,42%) y Puerto Octay (77,19%) (39), mientras que la comuna de Osorno sólo registra un 8,44%.

Un 31,92% de los habitantes de la provincia de Osorno se consideran pertenecientes a un pueblo originario, de acuerdo con el Censo 2017 (39). Los mayores porcentajes se registraron en las comunas de San Juan de la Costa (77,94%), San Pablo (47,77%) y Río Negro (34,68%), en el extremo opuesto, Purranque registra la menor proporción de la provincia con un 27,50%.

En relación al porcentaje de personas en situación de Pobreza Multidimensional por comunas, de acuerdo a las estimaciones del Ministerio de Desarrollo Social (40) los datos provinciales oscilan entre un 22,0%, que es el caso de la comuna de Osorno, a un 53,3% en la comuna de San Juan de la Costa, ésta última ocupando la posición 336 entre las 345 comunas de Chile con mayor proporción de personas en situación de pobreza multidimensional del país.

a. La red del Servicio de Salud de Osorno.

ILUSTRACIÓN 1 MAPA GEOGRÁFICO DE LA PROVINCIA DE OSORNO Y RED DEL SERVICIO DE SALUD DE OSORNO.



Fuente: Elaborado por el hospital Base San José de Osorno. *“Kimayen Tain Mapu, Conozcamos nuestro Territorios”*, iniciativa impulsada por el Hospital Base San José Osorno, el Consejo de Pueblos Originarios de Salud de la Provincia de Osorno y el Servicio de Salud. Disponible en <http://hospitalbaseosorno.cl/wp-content/uploads/2022/01/MAPA-100X80.png>. Formato editado.

En la red hay 12 Centros de salud familiar (CESFAM), 4 de estos con Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y 3 con Servicios de Urgencia Rural (SUR), además de 29 Postas Salud Rural, todos ellos de dependencia municipal. De los 12 CESFAM indicados, 6 se ubican en la Comuna de Osorno. Puerto Octay es la única comuna de la provincia que no cuenta con este tipo de establecimiento. En el nivel secundario la red cuenta con un Centro de Referencia Diagnóstico Médico, dos Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM): Rahue y Oriente, CDR de Adultos Mayores con Demencia, una Unidad de Memoria AYEKAN, Comunidad Terapéutica Peulla Ambulatoria y Comunidad Terapéutica Peulla Residencial y un Centro de Rehabilitación, todos ellos ubicados en la comuna de Osorno.

La red del SSO cuenta con 1 Hospital de Alta complejidad: Hospital Base San José de Osorno, ubicado en la capital provincial y el único de la red que es autogestionado, los demás dependen del SSO. 1 Hospital Mediana Complejidad: Hospital Juan Hepp de Purranque, ubicado en la ciudad homónima, y 4 Hospitales de baja complejidad, ubicados en las comunas de Río Negro, Puerto Octay, San Juan de la Costa y San Pablo, estos dos últimos corresponden a hospitales interculturales. La comuna de Puyehue no cuenta con establecimiento hospitalario.

En consideración con lo descrito, este trabajo propone la construcción de un listado de HCSCA, propio de la red asistencial del Servicio de Salud de Osorno, para ser implementado como una herramienta de medición del desempeño de la red.

Objetivos

Objetivo general:

Establecer un listado de Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio con pertinencia para la red de salud del Servicio de Salud de Osorno y describir su comportamiento durante los años 2015-2019.

Objetivos específicos:

1. Determinar un listado de Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio pertinente para la Red de Salud del Servicio de Salud de Osorno.
2. Describir las Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio ocurridas en la red de salud del Servicio de Salud de Osorno durante los años 2015-2019.
3. Describir el perfil de los usuarios de la red del Servicio de Salud de Osorno que han sido Hospitalizados por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio durante los años 2015-2019.

Metodología

El presente estudio es de tipo observacional, analítico y transversal. Combina metodologías cualitativa y cuantitativa.

Para la consecución del primer objetivo se utilizó el método Delphi (28), metodología cualitativa cuyo fin es obtener acuerdos por medio del consenso de expertos. Esta metodología ha sido utilizada internacionalmente para la construcción de listados de ACSC (27,41,42) y también ha sido sugerida en la guía de la OMS (10). La metodología sugiere un panel de entre 5-20 participantes, y 2-3 rondas de consenso (41–44).

1. Inicialmente se realizó una revisión de la literatura respecto de las experiencias internacionales para el monitoreo de las ACSC, investigando metodologías propuestas por la OMS (10) y también utilizando el buscador PubMed con los términos “list of” AND “ambulatory care sensitive conditions” AND “preventable hospitalizations” AND “avoidable”.

A partir de dicha revisión se construyó un listado preliminar (anexo 1) de códigos correspondientes a condiciones sensibles a cuidados ambulatorios, fusionando listados seleccionados por conveniencia de Caminal (45), Bardsley (32), el utilizado por el NHS (“*National Health Service*” de Reino Unido) (46) y el propuesto por la OPS (6). Los listados mencionados estaban codificados de acuerdo a la CIE-10, excepto el listado propuesto por Caminal. Este último fue homologado de CIE-9 a CIE-10 utilizando la “Edición electrónica de la CIE-9” del Ministerio de Sanidad de España (47) y el volumen 1 de la CIE-10, edición 2018 (26).

2. Posteriormente se exploraron los registros de egresos hospitalarios de la red asistencial del SSO de los años 2015-2019 de modo que, para cada código CIE-10 presente en el listado preliminar (anexo 1), se añadió el número total de egresos registrados (n) en el período y la tasa de hospitalización anual por cada 10.000 beneficiarios FONASA.

Las personas beneficiarias de FONASA son los usuarios potenciales de la red de APS de la provincia y debiesen acceder a cuidados ambulatorios adecuados, disminuyendo el riesgo de hospitalización por esas causas, por ello se utilizan como denominador para la construcción de tasas en este estudio.

Finalmente, el listado preliminar (anexo 1) se conformó de la siguiente manera:

TABLA 1 LISTADO PRELIMINAR, PRESENTADO EN LA PRIMERA RONDA DE LA METODOLOGÍA DELPHI.

CIE10 Capítulo	CIE10 Grupo	CIE10 Categoría	CIE10 Subcategoría	OPS	Caminal	Bardsley	NHS	n	T (x10.000)	HE Sí/No

Este listado constaba de 170 códigos de categorías diagnósticas (3 caracteres) y 70 subcategorías diagnósticas (4 caracteres).

3. Para el consenso de expertos se convocaron a través de la Subdirección de Gestión Asistencial del SSO a 13 profesionales médicos que desempeñan funciones diversas en establecimientos de la red asistencial, tanto en Atención Primaria de Salud, en Hospital Base San José de Osorno y en los departamentos de la Subdirección de Gestión Asistencial del SSO (Departamento de Articulación de la Red y Departamento de Salud Mental). Estas personas fueron seleccionadas por conveniencia en consideración a sus áreas de desempeño. Se realizaron dos reuniones (rondas) con los expertos convocados, a fin de construir el listado de la red por medio de consenso.

4. En la primera ronda se explicitó el objetivo de las reuniones, se expuso el concepto de “Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio” y otros conceptos claves del trabajo, como la relevancia de medir dichas hospitalizaciones y de realizar esa medición utilizando un listado pertinente a la realidad local de la red asistencial. Finalmente, se explicó la metodología de trabajo para el consenso y construcción del listado, para lo cual se detallaron los criterios de Sölberg (29) y Weissman (30) utilizados por Caminal (27), de modo que el cumplimiento de estos criterios implicaría que una condición de salud determinada sea considerada como “condición sensible al cuidado ambulatorio”:
 - Existencia de estudios previos.
 - Tasa de hospitalización superior o igual a 1/10.000, o «problema de salud importante», definido como aquel que supone un riesgo vital por sí mismo, o que puede representar un riesgo de descompensación de las comorbilidades asociadas.
 - Claridad en la definición y codificación de los casos.
 - Hospitalización potencialmente evitable mediante los cuidados de atención primaria que garantizarán la cobertura asistencial por edad, sexo y tipo de atención.
 - Hospitalización necesaria cuando el problema de salud se produce.

5. A continuación se solicitó a los asistentes que, de acuerdo a dichos criterios, seleccionaran las condiciones de salud que consideraran pertinentes para conformar el listado de condiciones sensibles al cuidado ambulatorio de la red del SSO, marcando su decisión en la última columna del listado preliminar (anexo 1) que fue entregado impreso a cada participante en la misma reunión. Además, se dio el espacio a los expertos para proponer condiciones de salud que no se encontraran en el listado y que, según su experticia, fuera relevante para monitorear en la red.

6. Una vez finalizada la primera ronda se sistematizaron la información y las votaciones obtenidas.

Se construyó un segundo listado (anexo 2) compuesto por aquellas condiciones de salud que los expertos, durante la primera ronda, sugirieron incorporar al listado final. Para la construcción de este segundo listado, se determinó por conveniencia, utilizar los listados de los cinco autores utilizados por Frick et al (48): Purdy (49), Freund (50), Sundmacher (20), Nauman (51) y Albrecht (52). Al igual que en el listado preliminar, para este segundo listado se revisaron los egresos hospitalarios de la red del SSO en el período 2015-2019, añadiendo la información de frecuencia (n) y tasa de hospitalización.

TABLA 2 LISTADO ADICIONAL, PRESENTADO EN LA SEGUNDA RONDA DE LA METODOLOGÍA DELPHI.

CIE10 Capítulo	CIE10 Grupo	CIE10 Categoría	CIE10 Subcategoría	Purdy	Freund	Sundmacher	Naumann	Albrecht	n	T (x10.000)	Incluir en listado SI/NO

Del listado preliminar (anexo 1), sólo se mantuvieron los códigos que recibieron al menos un voto, esta información se añadió en una columna adicional detallando la cantidad de votos obtenidos por cada código, sin identificar a los votantes. El listado resultante de la primera ronda (anexo 3) contaba con los siguientes campos:

TABLA 3 LISTADO RESULTANTE DE LA PRIMERA RONDA DE VOTOS, PRESENTADO EN LA SEGUNDA RONDA DE LA METODOLOGÍA DELPHI.

CIE10 Capítulo	CIE10 Grupo	CIE10 Categoría	CIE10 Subcategoría	n	T (x10.000)	Votos 1° ronda	HE SI/NO

Para realizar la segunda ronda se volvieron a convocar a los mismos 13 profesionales, adjuntando un resumen del trabajo realizado durante la primera ronda, el listado resultante de la primera ronda (anexo 3) y el listado adicional (anexo 2).

7. En la segunda ronda se realizó una breve recapitulación de los conceptos claves del trabajo, el objetivo y la metodología, dado que participaron expertos que no habían asistido a la primera ronda. Y se solicitó repetir el ejercicio: someter a votación los listados (anexos 2 y 3) según los criterios de Sölberg (29) y Weissman (30).
8. Una vez finalizada la segunda ronda, se clasificaron los códigos según cantidad de votos obtenidos (anexo 4). El listado final de códigos de HCSCA del SSO se construyó con los códigos que obtuvieron un consenso mayor a 70% en la segunda ronda. Se consideró este nivel de consenso dado que se asemeja al 75% considerado por Caminal (45) y Sarmento (18).

Para dar respuesta al segundo y tercer objetivo de este trabajo: describir las Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio y describir el perfil de los usuarios de la red del Servicio de Salud de Osorno que han sido Hospitalizados por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio, se desarrolló un estudio transversal con análisis de datos secundarios:

- Población de estudio: Totalidad de los egresos hospitalarios de la red de salud del SSO, correspondientes a personas residentes en la provincia de Osorno, beneficiarias FONASA, durante los años 2015-2019.
- Las variables utilizadas en este estudio se operacionalizan en la siguiente tabla.

Nombre variable	Definición	Tipo	Escala de medición	Medida
Hospitalizaciones evitables	Egresos hospitalarios cuya causa de hospitalización corresponde a una condición sensible al cuidado ambulatorio.	Cualitativa dicotómica	Nominal	0= Hospitalización no evitable 1= Hospitalización evitable
Sexo	Características biológicas que definen a los humanos como femeninos o masculinos.	Cualitativa dicotómica	Nominal	1= Hombre 2= Mujer
Edad	Edad de la persona expresada en años.	Cuantitativa discreta	De razón	Años cumplidos
Comuna	Corresponde a la comuna de residencia de la persona.	Cualitativa	Nominal	10301= Osorno 10302= Puerto Octay 10303= Purranque

10304= Puyehue
 10305= Río Negro
 10306= San Juan de la
 Costa
 10307= San Pablo

Causa de hospitalización	Corresponde a la afección diagnosticada al final del proceso de atención de salud, causante primaria de la necesidad de Tratamiento o Investigación que tuvo el usuario. Para su identificación se utiliza la CIE 10.	Cualitativa	Nominal	Código CIE-10
Tramo FONASA	Caracterización de la población beneficiaria, según sus ingresos brutos mensuales.	Cualitativa	Ordinal	A= Personas carentes de recursos. Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020). B = Personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a \$460.000.- C= Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$460.000.- y menor o igual a \$671.600.- Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo B. D= Personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$671.600.- Nota: Con 3 o más cargas familiares pasará a Tramo C.
Días de estada	Corresponde al tiempo transcurrido entre el ingreso y el egreso hospitalario, medido en días.	Cuantitativa	De razón	Días.
Año de egreso	Corresponde al año en que ocurre el egreso desde el establecimiento hospitalario.	Cuantitativa	De razón	2015 2016 2017 2018 2019

- Base de datos: de tipo secundaria, corresponde a los registros oficiales de egresos hospitalarios de la red del SSO que fueron solicitados al Departamento de Estadísticas e Información del SSO y cuyo esquema de registro se rige por la Norma General Técnica N°201 (16) que establece el proceso de gestión de información para los Egresos Hospitalarios (25,26).

Se solicitó a FONASA, por transparencia, la base de datos de los beneficiarios FONASA del SSO del período 2015-2019. Sin embargo, FONASA indicó que no cuenta con dicha información para el año 2015, por lo tanto, para ese año en particular se utilizó la información publicada por el propio SSO (Anexo 5).

- Consideraciones metodológicas:
 - Para la construcción de tasas de egresos se consideró como denominador a las personas beneficiarias de FONASA. En el caso de las “Enfermedades del embarazo, parto y puerperio” se consideró como denominador a las mujeres beneficiarias de FONASA de entre 10-49 años.
 - Los registros de egresos hospitalarios se almacenan en bases anuales. Por tanto, se revisaron los esquemas de registro para cada año del período analizado en este estudio (2015-2019), analizando si la información a utilizar habían sido objeto de modificaciones de codificación. Se concluyó que dichas modificaciones no afectaban la información que se utilizó en este estudio, permitiendo que las bases se unificaran. En específico, existían diferencias de codificación en los campos sexo y previsión, sin embargo, en la red del SSO durante el período estudiado sólo se registraron egresos de hombres y mujeres, que se mantuvieron codificados respectivamente como 1 y 2, en todo el quinquenio. En cuanto a la previsión, este estudio sólo contempla aquellos egresos de previsión FONASA, cuya codificación correspondía a “1” en todo el período 2015-2019.
 - En el registro de egresos hospitalarios existen dos campos que contienen información de la edad: el “tipo” correspondiente a años, meses, días y horas y “cantidad” de esos años, días u horas. En este estudio se creó una variable que sólo expresa la edad en años, por tanto aquellos egresos cuyo “tipo” correspondía a meses, días u horas, fueron homologados a edad = 0 años.
 - La variable “hospitalizaciones evitables” fue creada a partir del listado del SSO. Si el diagnóstico de egreso codificado en CIE-10 figuraba en el listado de ACSC, entonces se codificó como “1”, mientras que el “0” correspondió a todos los egresos cuyo diagnóstico no figuraba en el listado de ACSC.

- Criterios de inclusión:
 - Ser habitante de alguna de las 7 comunas de la provincia de Osorno.
 - Ser una persona beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Ambas condiciones necesarias para ser una persona usuaria de la APS de la red asistencial del SSO.

Para efectos de este estudio, de la base de datos de egresos hospitalarios de los establecimientos del SSO para los años 2015-2019, se excluyeron 7.740 egresos correspondientes a personas no residentes de la provincia de Osorno y no beneficiarios FONASA, que representan un 8,36% del total de egresos del quinquenio analizado. Por tanto, cada vez que se mencione “total de egresos” se hará referencia a 84.881 egresos registrados en el período 2015-2019 de personas residentes de la provincia de Osorno y beneficiarias de FONASA.

- Análisis:

- Se realizó un análisis descriptivo de las Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio (HCSCA) ocurridas en el SSO durante los años 2015-2019, describiendo el número de egresos evitables, no evitables y totales por cada año analizado, así como la proporción de egresos evitables respecto del total.
- Se describió la frecuencia y la distribución porcentual de las condiciones de salud para el periodo 2015-2019, totales y según sexo.
- Se detallan como medidas de tendencia central el promedio y la mediana de la edad según HCSCA para el periodo 2015-2019 y como medida de dispersión se presenta el rango intercuartílico.
- Se describió la frecuencia y proporción de los egresos según tramo FONASA y condición de evitabilidad.
- Se detallaron los egresos hospitalarios según comuna de residencia en cuanto a condición de evitabilidad y sexo.
- Se determinó la Tasa de HCSCA de los beneficiarios FONASA de cada comuna.
- Se describieron los HCSCA por días de estada y promedio de días de estada, según tipo de egreso y condición de salud.
- Se comparó la proporción de egresos cuyo estado de egreso es “persona fallecida” de acuerdo a la evitabilidad del egreso y según comuna de residencia.

Aspectos éticos

El proyecto de este estudio fue sometido a evaluación y aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile (Anexo 6).

A fin de resguardar la confidencialidad y los datos sensibles, se solicitó la base de egresos hospitalarios anonimizada.

La realización de este proyecto entraña beneficios para el Servicio de Salud, su red de atención y la comunidad beneficiaria, ya que propone una herramienta para la evaluación del desempeño de la red de atención de salud, que permitirá a su vez establecer planes de mejora y programas más precisos y atingentes a la realidad local de acuerdo a los resultados de salud recientes.

Este trabajo no entraña riesgos de salud ni eventos adversos, ya que supone el uso de información preexistente. Respecto de los costos, estos corresponden al tiempo invertido por la investigadora en la realización del proyecto y los tiempos de participación del panel de expertos correspondientes a 2 reuniones con una duración de 2 a 3 horas cada una.

Resultados

Listado de Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio pertinente a la Red de Salud del Servicio de Salud de Osorno.

Para el cumplimiento del primer objetivo se conformó un panel de expertos correspondientes a profesionales médicos que se desempeñan en diversos establecimientos de la red del SSO, tal como se describió en la sección de métodos. Si bien se convocaron a un total de 13 expertos, la concurrencia fue de 6 expertos, quienes emitieron voto en la primera ronda.

El primer listado (anexo 1) presentado a los expertos y sometido a votación en la primera ronda constaba de 170 códigos de categorías diagnósticas (3 caracteres) y 70 subcategorías diagnósticas (4 caracteres). El listado se organizó de modo que cada fila correspondía a un código. En las columnas del listado se detalló, acorde a la CIE-10, el capítulo diagnóstico, grupo, categoría y cuando correspondía, también la subcategoría de cada código del listado. En las siguientes columnas se especificó en qué listado se encuentra el código en cuestión: OPS, Caminal, Bardsley, y/o NHS. En las columnas contiguas se detalla la frecuencia de egresos de dicho código registrados en la red del SSO en el período 2015-2019, y finalmente, la tasa de egreso según beneficiarios FONASA. La última columna constaba de celdas en blanco para la votación de los expertos (HE si/no).

Se construyó un segundo listado a partir de las sugerencias de los expertos (anexo 2) con aquellos códigos que no habían sido incorporados en primera instancia. Este listado contaba de 48 categorías diagnósticas y 6 subcategorías diagnósticas.

Del listado inicial (anexo 1) se mantuvieron sólo aquellos códigos que recibieron al menos un voto en la primera ronda resultando un nuevo listado (anexo 3) de 139 categorías diagnósticas y 45 subcategorías diagnósticas.

Ambos listados (anexo 2 y 3) fueron sometidos a votación en la segunda ronda. Para esta se convocó a los mismos 13 expertos, sin embargo concurrieron 7. Los votos emitidos en la segunda ronda se sistematizaron y los códigos fueron clasificados según cantidad de votos obtenidos (anexo 4). Finalmente, el "Listado de códigos de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio del Servicio de Salud de Osorno" (tabla 4) se construyó con los 46 códigos que obtuvieron un consenso mayor a 70% en la segunda ronda.

Los 46 códigos diagnósticos se agruparon en 14 condiciones de salud, en un símil a la clasificación utilizada en el Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (6), dado que de los 4 listados utilizados inicialmente, el de la OPS es el más cercano a la realidad sudamericana y por tanto chilena. Las condiciones 13 y 14 fueron excepcionalmente nombradas de acuerdo al grupo y categoría diagnósticas de la CIE-10, respectivamente, ya que estos códigos no estaban presentes en el listado de la OPS.

De las 14 condiciones del listado, 6 están compuestas por un solo código diagnóstico.

TABLA 4 LISTADO DE CONDICIONES SENSIBLES AL CUIDADO AMBULATORIO PERTINENTE A LA RED DE SALUD DEL SERVICIO DE SALUD DE OSORNO.

	Condiciones de salud	Códigos
1	Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	A08, A09
2	Infecciones de oídos, nariz y garganta	J00, J03
3	Neumonía	J10, J15, J18
4	Asma	J46
5	Enfermedades de las vías respiratorias inferiores	J20, J21
6	Hipertensión	I110, I12
7	Enfermedades isquémicas del corazón	I25
8	Diabetes mellitus	E10, E11
9	Epilepsia	G40
10	Infección renal y de vías urinarias	N39
11	Infección de la piel y el tejido subcutáneo	L03
12	Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	O23
13	Trastornos mentales y del comportamiento	F10, F32
14	Lesiones autoinflingidas	X60-X84

1. La primera condición **“Gastroenteritis infecciosa y complicaciones”** incluye los códigos **“A08: Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados”** y **“A09: Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado”**.
2. La condición 2 **“Infecciones de oídos, nariz y garganta”** comprende **“J00: Rinofaringitis aguda [resfriado común]”** y **“J03: Amigdalitis aguda”**
3. **“Neumonía”** incluye los códigos **“J10: Influenza debida a virus de la influenza estacional identificado”, “J15 Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte”** y **“J18 Neumonía, organismo no especificado”**.
4. La cuarta condición **“Asma”** incluye sólo un código: **“J46 Estado asmático”**.
5. **“Enfermedades de las vías respiratorias inferiores”** comprende **“J20: Bronquitis aguda”** y **“J21: Bronquiolitis aguda”**.
6. **“Hipertensión”** incluye los códigos **“I110: Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva)”** e **“I12: Enfermedad renal hipertensiva”**.
7. La séptima condición **“Enfermedades isquémicas del corazón”** contiene el código **“I25 Enfermedad isquémica crónica del corazón”**.
8. **“Diabetes mellitus”** monitorea dos códigos **“E10: Diabetes mellitus insulino dependiente”** y **“E11: Diabetes mellitus no insulino dependiente”**.
9. La novena condición **“Epilepsia”** se conforma por un código **“G40: Epilepsia”**.
10. **“Infección renal y de vías urinarias”** incluye **“N39: Otros trastornos del sistema urinario”**.
11. **“Infección de la piel y el tejido subcutáneo”** monitorea **“L03: Celulitis”**.
12. La doceava condición **“Enfermedades del embarazo, parto y puerperio”** incluye un código **“O23: Infecciones del tracto genitourinario en el embarazo”**.
13. Los **“Trastornos mentales y del comportamiento”** incluyen **“F10: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol”** y **“F32: Episodio depresivo”**.
14. Las **“Lesiones autoinflingidas”** están compuestas por todo un grupo diagnóstico denominado **“Lesiones autoinflingidas intencionalmente”** que incluye códigos desde el **“X60”** al **“X84”**.

Caracterización de las Hospitalizaciones Evitables por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio (HCSCA) en la red del SSO.

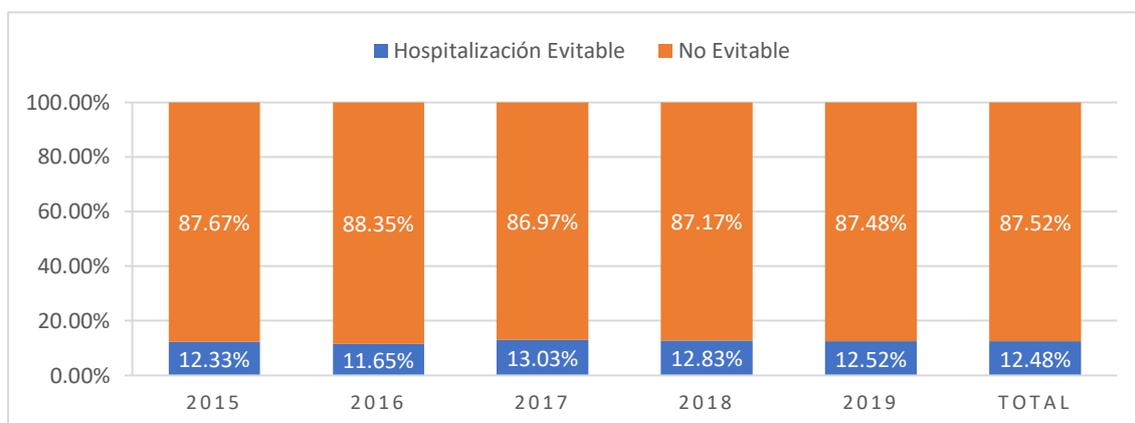
En el Servicio de Salud de Osorno entre los años 2015-2019 se registraron 10.590 HCSCA (tabla 5). De acuerdo con el Listado de CSCA pertinente a la red de salud del SSO (tabla 4), éstos representan el 12,48% de total de egresos hospitalarios del período (gráfico 1).

En promedio, anualmente se registraron 16.976 egresos totales, 2.118 egresos evitables y 14.858 egresos no considerados evitables. En el año 2016 se registró la menor cantidad de egresos evitables (1.927) y la menor proporción de éstos (11,65%) respecto del total de egresos del año, mientras que el año 2017 se registró la mayor proporción de HCSCA (13,03%).

TABLA 5 EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN CONDICIÓN DE EVITABILIDAD, 2015-2019.

Egresos	2015	2016	2017	2018	2019	Total
HCSCA	2.098	1.927	2.156	2.216	2.193	10.590
No Evitable	14.916	14.607	14.387	15.058	15.323	74.291
Total	17.014	16.534	16.543	17.274	17.516	84.881

GRÁFICO 1 PROPORCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN CONDICIÓN DE EVITABILIDAD, 2015-2019.



En la tabla 6 se presentan las HCSCA del período 2015-2019 según condición de salud. Las condiciones que agruparon mayor cantidad de HCSCA, fueron Neumonía (27,06%), Enfermedades de las vías respiratorias inferiores (13,45%) y Diabetes mellitus (10,46%), es decir, el 50,97% de las HCSCA fueron causadas por estas tres condiciones.

Gastroenteritis infecciosa y complicaciones, Infecciones renales y de las vías urinarias e Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo agruparon, cada una, sobre un 8% de las HCSCA.

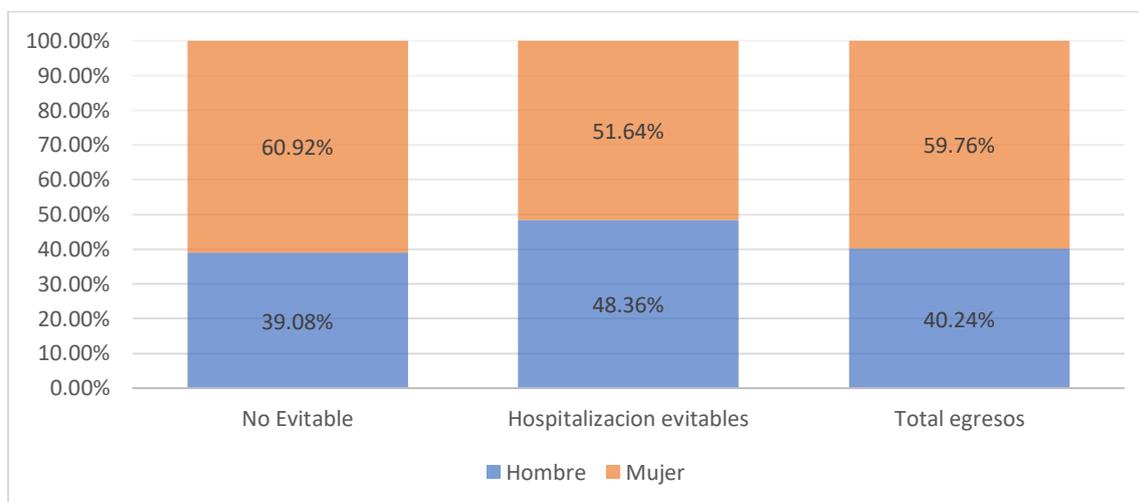
TABLA 6 HCSCA SEGÚN CONDICIÓN DE SALUD, 2015-2019.

Condición de salud	n	%
Neumonía	2.866	27,06
Enfermedades de las vías respiratorias inferiores	1.424	13,45
Diabetes mellitus	1.108	10,46
Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	938	8,86
Infección renal y de vías urinarias	930	8,78
Infección de la piel y del tejido subcutáneo	869	8,21
Asma	453	4,28
Trastornos mentales y del comportamiento	442	4,17
Infecciones de oídos, nariz y garganta	347	3,28
Epilepsia	345	3,26
Enfermedades isquémicas del corazón	259	2,45
Lesiones autoinflingidas	244	2,30
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	216	2,04
Hipertensión	149	1,41
Total	10.590	100,00

HCSCA según sexo.

Un 40,24% de los egresos hospitalarios totales corresponde a hombres. Este porcentaje aumenta a 48,36% en las hospitalizaciones evitables.

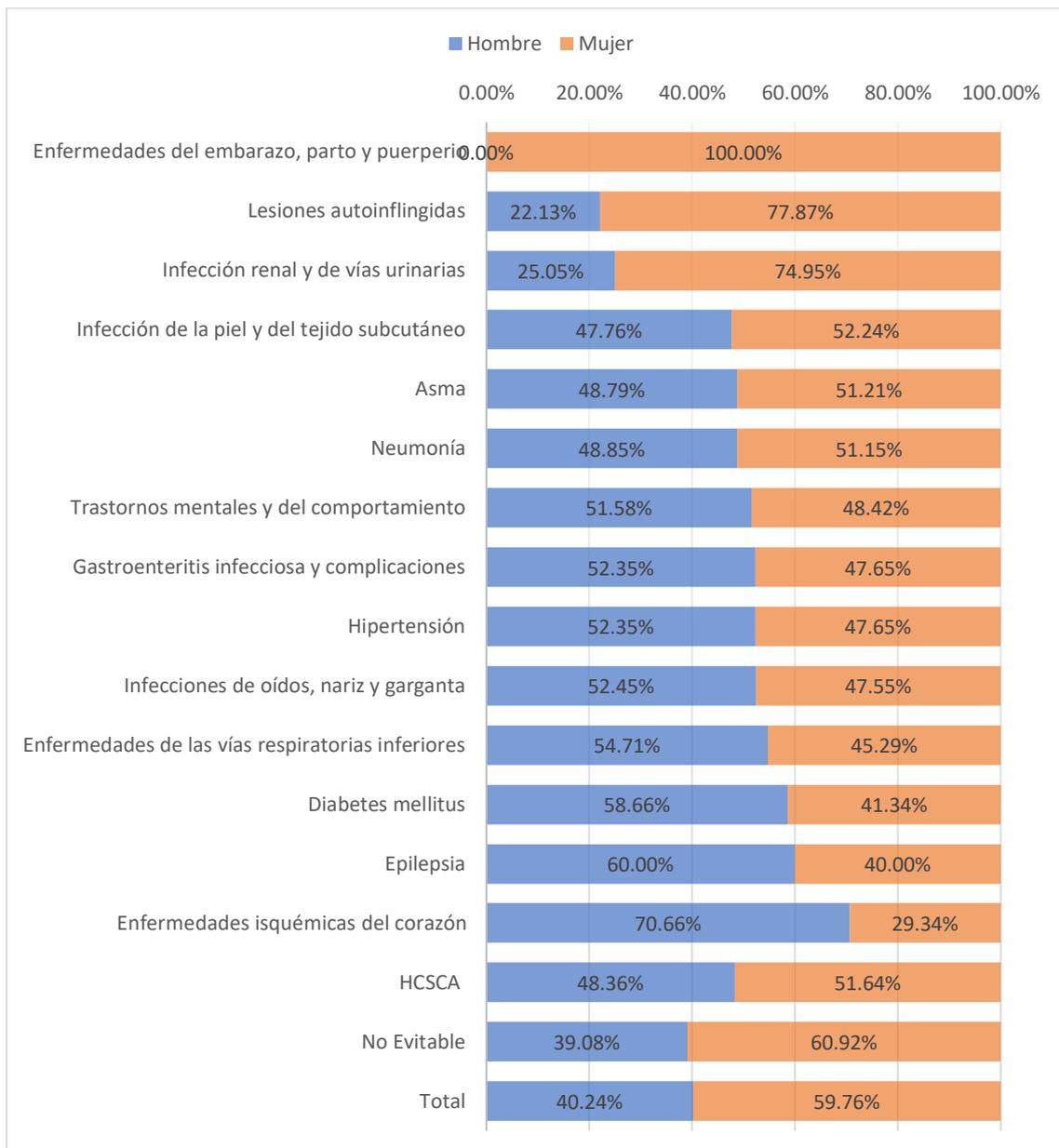
GRÁFICO 2 PROPORCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN CONDICIÓN DE EVITABILIDAD Y SEXO, TOTAL 2015-2019.



Al analizar los HCSCA según sexo (gráfico 3), destacan con mayor proporción de mujeres, además de las Enfermedades del embarazo, parto y puerperio (100%), las Lesiones autoinflingidas (77,87%) y las Infecciones renales y de vías urinarias (74,95%). En el caso de los hombres, registran mayor proporción en Enfermedades isquémicas del corazón (70,66%), Epilepsia (60,00%) y Diabetes mellitus (58,66%).

Asma, Neumonía y Trastornos mentales y del comportamiento registran diferencias menores entre sexos.

GRÁFICO 3 PROPORCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN CONDICIÓN DE EVITABILIDAD Y SEXO, TOTAL 2015-2019.



Respecto de la frecuencia de HCSCA, en mujeres la mayor cantidad se concentró en Neumonía (n=1.466), Infección renal y de vías urinarias (n=697) y Enfermedades de las vías respiratorias inferiores (n=645). En hombres, la mayor cantidad de HCSCA correspondió a Neumonía (n=1.400), Enfermedades de las vías respiratorias inferiores (n=779) y Diabetes mellitus (n=650).

TABLA 7 EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN CONDICIÓN DE EVITABILIDAD Y SEXO, TOTAL 2015-2019.

	Hombre	Mujer	Total
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	0	216	216
Lesiones autoinflingidas	54	190	244
Infección renal y de vías urinarias	233	697	930
Infección de la piel y del tejido subcutáneo	415	454	869
Asma	221	232	453
Neumonía	1.400	1.466	2.866
Trastornos mentales y del comportamiento	228	214	442
Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	491	447	938
Hipertensión	78	71	149
Infecciones de oídos, nariz y garganta	182	165	347
Enfermedades de las vías respiratorias inferiores	779	645	1.424
Diabetes mellitus	650	458	1.108
Epilepsia	207	138	345
Enfermedades isquémicas del corazón	183	76	259
HCSCA	5.121	5.469	10.590
No Evitable	29.035	45.256	74.291
Total	34.156	50.725	84.881

HCSCA según edad.

En la tabla 8 se describen los promedios de edad según tipo de egreso. Para el período analizado el promedio de edad del total de egresos fue de 44,91 años. En el caso de los egresos no evitables este promedio fue de 45,22 años, mientras que en el caso de las HCSCA se registró un promedio de 42,76 años de edad.

TABLA 8 PROMEDIO DE EDAD DE LAS PERSONAS HOSPITALIZADAS EN LA RED ASISTENCIAL SEGÚN EVITABILIDAD Y AÑO DE EGRESO, 2015-2019.

Egresos	2015	2016	2017	2018	2019	Total
HCSCA	39,66	42,31	40,27	45,07	46,21	42,76
No Evitable	43,83	45,10	44,97	46,20	45,95	45,22
Total	43,32	44,78	44,36	46,06	45,98	44,91

En la tabla 9 se describen las medidas de posición: media, primer cuartil, mediana, tercer cuartil y rango intercuartílico de la edad de las personas egresadas de establecimientos hospitalarios de la red del SSO, según tipo de evitabilidad del egreso. El comportamiento de la mediana difiere de lo observado en la media (tablas 8 y 9) dado que la mediana de edad de los HCSCA es 5 años mayor que los egresos no evitables y que los egresos totales. Además, el rango intercuartílico es mucho mayor en las HCSCA.

TABLA 9 MEDIDAS DE POSICIÓN DE LA EDAD DE LAS PERSONAS HOSPITALIZADAS EN LA RED ASISTENCIAL SEGÚN CONDICIÓN DE EVITABILIDAD, 2015-2019.

	Media	1° Q	Mediana	3° Q	RIQ
HCSCA	42,76	4	51	73	69
No Evitable	45,22	25	46	66	41
Total	44,91	24	46	67	43

Al realizar el análisis de edad según condición de salud (tabla 10) la realidad es variada. Por un lado, las HCSCA por hipertensión registran un promedio de 71,14 años de edad y el 50% de las personas hospitalizadas por esta causa tenían entre 64 y 80 años. En el extremo opuesto, las infecciones de oídos, nariz y garganta, que agrupan rinofaringitis y amigdalitis agudas, registran un promedio de 6,41 años de edad y el 50% de las personas hospitalizadas por esta causa tenían entre 0 y 6 años.

El mayor rango intercuartílico se registra en Infección renal y de vías urinarias, donde el 50% de las personas egresadas por esta causa tenían entre 34 y 79 años. Por el contrario, el menor rango intercuartílico se registra en las Enfermedades de las vías respiratorias inferiores, ya que, si bien tienen un promedio de 13,14 años de edad, su mediana es 0 años, y el 50% de las personas egresadas por esta causa tenían entre 0 y 2 años.

TABLA 10 MEDIDAS DE POSICIÓN DE LA EDAD DE LAS PERSONAS HOSPITALIZADAS EN LA RED ASISTENCIAL POR ACSC, 2015-2019.

Condición de salud	Media	1° Q	Mediana	3° Q	RIQ
Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	15,86	1	2	13	12
Infecciones de oídos, nariz y garganta	6,41	0	1	6	6
Neumonía	62,00	53	74	84	31
Asma	19,70	2	6	23	21
Enfermedades de las vías respiratorias inferiores	13,14	0	0	2	2
Hipertensión	71,14	64	73	80	16
Enfermedades isquémicas del corazón	67,56	60	67	76	16
Diabetes mellitus	59,77	53	62	70	17
Epilepsia	24,13	4	12	40	36
Infección renal y de vías urinarias	53,44	34	62	79	45
Infección de la piel y del tejido subcutáneo	56,14	45	61	72	27
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	25,24	19	24	30	11
Trastornos mentales y del comportamiento	40,26	21	43	54	33
Lesiones autoinflingidas	24,59	14	18	30	16
Total HCSCA	42,76	4	51	73	69

Nota: RIQ=Rango intercuartílico.

HCSCA según tramo FONASA.

Al analizar los egresos según tramo FONASA se perciben ciertas diferencias en las proporciones, ya que FONASA A y B agrupan un 84,21% de las HCSCA (tabla 11), y un 79,14% en el caso de los egresos catalogados como no evitables. Cabe destacar que el tramo A agrupa un 30% en todos los tipos de egresos.

TABLA 11 EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN EVITABILIDAD Y TRAMO FONASA, 2015-2019.

	A		B		C		D		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HCSCA	3.183	30,06	5.734	54,15	800	7,55	873	8,24	10.590	100
H. No Evitable	22.303	30,02	36.491	49,12	7.481	10,07	8.016	10,79	74.291	100
Total	25.486	30,03	42.225	49,75	8.281	9,76	8.889	10,47	84.881	100

HCSCA según comuna de residencia.

Para el total del período analizado las comunas que concentran mayor cantidad de los egresos totales (tabla 12) son Osorno (63,97%) y Purranque (11,35%). Estas proporciones varían al observar los HCSCA del quinquenio, que se concentran en las comunas de Osorno (54,83%), Purranque (13,05%) y Río Negro (10,39%).

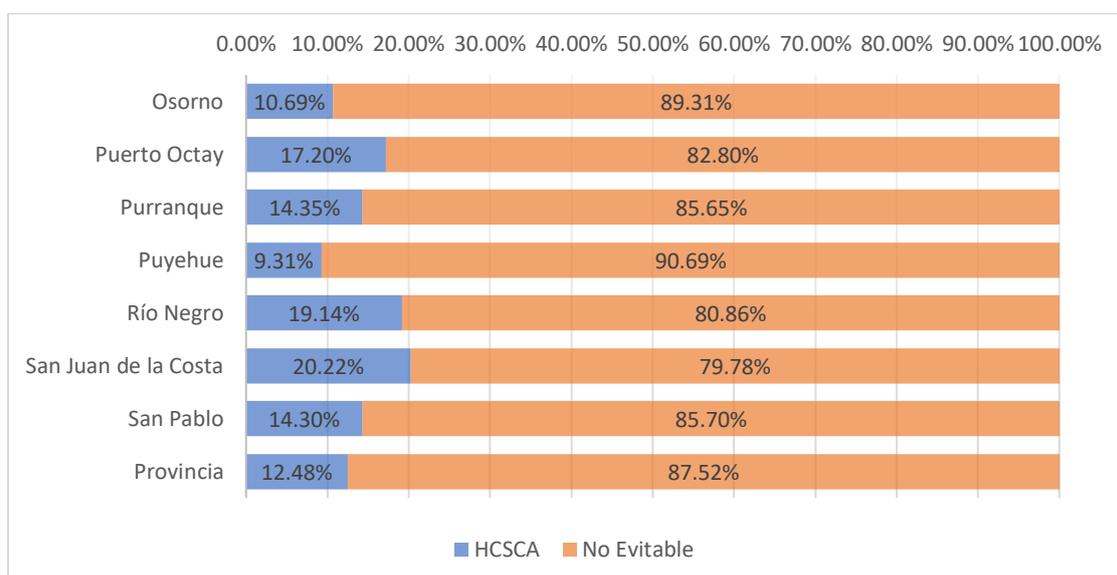
TABLA 12 EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN EVITABILIDAD Y COMUNA DE RESIDENCIA, 2015-2019.

Comuna	HCSCA		No Evitable		Total	
	n	%	n	%	n	%
Osorno	5.806	54,83	48.490	65,27	54.296	63,97
Puerto Octay	737	6,96	3.547	4,77	4.284	5,05
Purranque	1.382	13,05	8.252	11,11	9.634	11,35
Puyehue	363	3,43	3.536	4,76	3.899	4,59
Río Negro	1.100	10,39	4.647	6,26	5.747	6,77
San Juan de la Costa	676	6,38	2.667	3,59	3.343	3,94
San Pablo	526	4,97	3.152	4,24	3.678	4,33
Provincia	10.590	100,00	74.291	100,00	84.881	100,00

Al comparar la proporción de HCSCA y Egresos no evitables para cada comuna en el período 2015-2019 (gráfico 4), San Juan de la Costa registra la mayor proporción de HCSCA, con un 20,22%, seguido por Río Negro (19,14%) y Puerto Octay (17,20%).

En el extremo opuesto, sólo Puyehue (9,31%) y Osorno (10,69%) registran menores proporciones de HCSCA que el total de la provincia.

GRÁFICO 4 PROPORCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN EVITABILIDAD Y COMUNA DE RESIDENCIA, 2015-2019.



El gráfico 5 ilustra la distribución de los HCSCA registrados entre el 2015-2019 en el SSO, según comuna y sexo. Las comunas de San Pablo, Río Negro y San Juan de la Costa registran mayor proporción de HCSCA de hombres con 51,52%, 49,64% y 49,41% respectivamente. En el extremo opuesto, la comunas que registran menor proporción de HCSCA de hombres son Puyehue (44,90%), Purranque (47,83%) y Puerto Octay (48,03%).

GRÁFICO 5 EGRESOS POR CONDICIONES SENSIBLES AL CUIDADO AMBULATORIO SEGÚN COMUNA DE RESIDENCIA Y SEXO, 2015-2019.

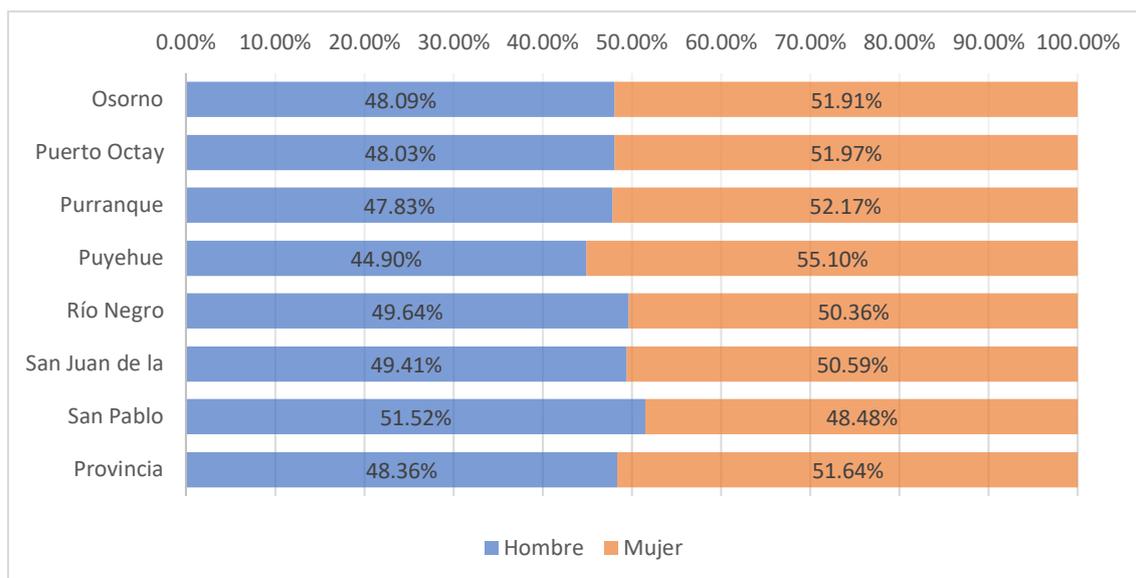


TABLA 13 HCSCA SEGÚN COMUNA DE RESIDENCIA Y SEXO, PERÍODO 2015-2019.

Comuna	Hombre		Mujer		Total
	n	%	n	%	
Osorno	2.792	48,09	3.014	51,91	5.806
Puerto Octay	354	48,03	383	51,97	737
Purranque	661	47,83	721	52,17	1.382
Puyehue	163	44,90	200	55,10	363
Río Negro	546	49,64	554	50,36	1.100
San Juan de la Costa	334	49,41	342	50,59	676
San Pablo	271	51,52	255	48,48	526
Provincia	5.121	48,36	5.469	51,64	10.590

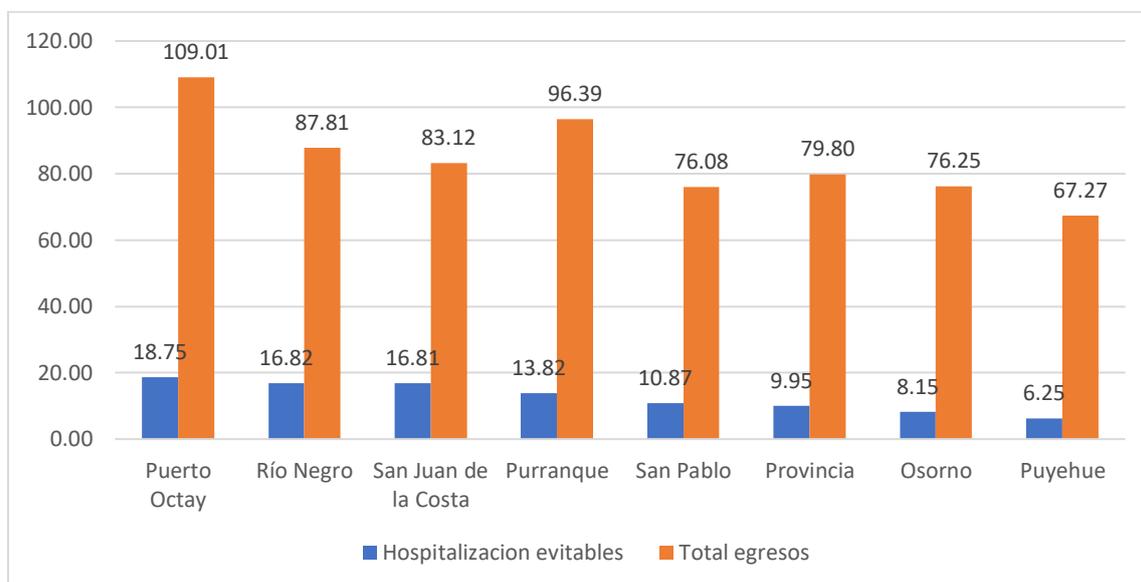
El siguiente gráfico (gráfico 6) compara las tasas de egresos hospitalarios totales y las de HCSCA. Las tasas fueron calculadas de acuerdo a los beneficiarios FONASA de cada unidad político administrativa: comunas y provincia, con un factor de expansión de 1.000.

En la provincia de Osorno se registraron 79,80 egresos hospitalarios anuales por cada 1.000 beneficiarios FONASA, como promedio para el período 2015-2019. Las mayores tasas de egresos se registraron en las comunas de Puerto Octay (109,01), Purranque (96,39) y Río Negro (87,81). Al extremo contrario, las menores tasas de egresos totales las registró Puyehue (67,27), seguida por San Pablo (76,08) y Osorno (76,25).

En cuando a los HCSCA, en la provincia se registró una tasa de 9,95 egresos evitables al año por cada 1.000 beneficiarios FONASA, como promedio para el período 2015-2019.

Las mayores tasas fueron registradas en la comuna de Puerto Octay (18,75), Río Negro (16,82) y San Juan de la Costa (16,81). Mientras que las menores tasas de HCSCA se registraron en la comuna de Puyehue (6,25) y Osorno (8,15), siendo a la vez, las únicas dos comunas de la provincia con tasas menores a 10.

GRÁFICO 6 TASA DE HOSPITALIZACIÓN DE EGRESOS EVITABLES Y EGRESOS TOTALES SEGÚN COMUNA DE RESIDENCIA, 2015-2019.



Nota: Tasa de hospitalización x1.000 personas beneficiarias FONASA de la Provincia de Osorno, corresponde al promedio de las tasas anuales registradas entre el 2015-2019.

En la provincia de Osorno y en cada una de las 7 comunas que la componen, las mayores tasas de HCSCA (tabla 14) corresponden a Neumonía (2,69 por cada 1.000 beneficiarios FONASA residentes de la provincia de Osorno). A nivel provincial, las Enfermedades de las vías respiratorias inferiores se ubican en el segundo lugar (1,34) y en tercera posición la Diabetes mellitus (1,04).

En la comuna de Osorno los tres grupos con mayores tasas por HCSCA son Neumonía (1,55), Enfermedades de las vías respiratorias inferiores (1,18) y Gastroenteritis infecciosa y complicaciones (0,93).

En Puerto Octay, luego de la Neumonía (5,96), la condición de salud de mayor tasa por HCSCA corresponde a las Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (2,19) y el tercero son Trastornos mentales y del comportamiento (1,88), esta última tasa es cuatro veces mayor que la tasa provincial (0,42).

En Purranque luego de la Neumonía (5,55), siguen las Enfermedades de las vías respiratorias inferiores (1,96) y en tercer lugar Infección renal y de vías urinarias (1,11). Además, Purranque registra la mayor tasa de egresos por Asma de la provincia (0,78).

Puyehue registra la menor tasa de HCSCA entre las comunas de la provincia (6,25). Las condiciones de salud que registran mayores tasas para esta comuna son: Neumonía (1,42), Diabetes mellitus (0,83) y en tercer lugar Infección de la piel y del tejido subcutáneo (0,66)

En Río Negro la mayor tasa por HCSCA se registró por Neumonía (7,41) y Enfermedades de las vías respiratorias inferiores (2,61). Cabe destacar que en ambas causas coinciden ser las mayores tasas de la provincia.

En San Juan de la Costa las condiciones de salud que registran mayor tasa por HCSCA corresponden a Neumonía (6,31), Diabetes mellitus (3,32) y Enfermedades de las vías respiratorias inferiores (2,46). La tasa de HCSCA por Diabetes mellitus en esta comuna es tres veces mayor que la registrada en la provincia.

Para San Pablo, los tres grupos que registraron mayor tasa por HCSCA son Neumonía (3,07), Diabetes mellitus (2,26) e Infección de la piel y del tejido subcutáneo (1,10).

TABLA 14 TASAS DE HCSCA SEGÚN CONDICIÓN DE SALUD Y COMUNA, PROVINCIA DE OSORNO, 2015-2019.

Condición de salud			Osorno	Puerto Octay	Purranque	Puyehue	Río Negro	San Juan de la Costa	San Pablo	Provincia
Gastroenteritis infecciosa y complicaciones			0,93	1,46	1,00	0,43	0,49	0,69	0,71	0,88
Infecciones de oídos, nariz y garganta			0,35	0,46	0,31	0,30	0,12	0,38	0,23	0,33
Neumonía			1,55	5,96	5,55	1,42	7,41	6,31	3,07	2,69
Asma			0,43	0,56	0,78	0,24	0,01	0,18	0,43	0,42
Enfermedades de las vías respiratorias inferiores			1,18	1,50	1,96	0,55	2,61	2,46	0,65	1,34
Hipertensión			0,15	0,23	0,03	0,22	0,06	0,07	0,24	0,14
Enfermedades isquémicas del corazón			0,23	0,33	0,17	0,25	0,24	0,27	0,39	0,24
Diabetes mellitus			0,88	1,45	0,65	0,83	1,00	3,32	2,26	1,04
Epilepsia			0,31	0,76	0,22	0,36	0,41	0,28	0,29	0,32
Infección renal y de vías urinarias			0,80	1,53	1,11	0,63	1,18	0,97	0,83	0,88
Infección de la piel y del tejido subcutáneo			0,58	2,19	1,00	0,66	1,96	1,21	1,10	0,82
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio			0,80	0,65	0,39	0,57	0,23	0,48	0,84	0,70
Trastornos mentales y del comportamiento			0,28	1,88	0,67	0,10	1,07	0,39	0,27	0,42
Lesiones autoinflingidas			0,25	0,25	0,27	0,09	0,20	0,15	0,17	0,23
Evitable			8,15	18,75	13,82	6,25	16,82	16,81	10,87	9,95
No Evitable			68,10	90,26	82,57	61,02	70,99	66,31	65,21	69,85
Total			76,25	109,01	96,39	67,27	87,81	83,12	76,08	79,80

Nota: Tasa de hospitalización x1.000 personas beneficiarias FONASA de la Provincia de Osorno, corresponde al promedio de las tasas anuales registradas entre el 2015-2019.

HCSCA según días de estada.

Los días de estada corresponden al tiempo transcurrido entre el ingreso y el egreso hospitalario, medido en días. La tabla 15 detalla la suma de días de estada de los egresos hospitalarios según evitabilidad, para cada año y el total del período analizado. En el quinquenio 2015-2019, un 13,57% de los días cama fueron utilizados por HCSCA.

TABLA 15 SUMA DE LOS DÍAS DE ESTADA DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN EVITABILIDAD, 2015-2019.

		2015	2016	2017	2018	2019	Total
HCSCA	n	15.661	14.062	16.369	17.569	17.350	81.011
	%	13,33	11,90	13,69	14,43	14,45	13,57
No Evitable	n	101.795	104.101	103.234	104.177	102.741	516.048
	%	86,67	88,10	86,31	85,57	85,55	86,43
Total de egresos	n	117.456	118.163	119.603	121.746	120.091	597.059

En el quinquenio analizado, los HCSCA registraron un promedio de 7,65 días de estada por egreso (tabla 16), 0,62 días mayor que el total de egresos y 0,70 días mayor que los egresos no evitables.

En cuanto a la mediana, los HCSCA registraron 5 días de estada por egreso, esto es, 2 días más que los egresos no evitables y que el total de egresos. Además, el rango intercuartílico (RIQ) de los HCSCA fue de 6 días, mientras que los egresos no evitables y del total de egresos registraron un RIQ de 5 días.

Las condiciones de salud que registraron mayor promedio de días de estada fueron los Trastornos mentales y del comportamiento, que con 15,90 días duplican el promedio registrado por el conjunto de HCSCA.

En segundo y tercer lugar se ubican respectivamente la Diabetes mellitus (13,63 días) y las Enfermedades isquémicas del corazón (11,37 días).

En el extremo opuesto, las condiciones de salud consideradas HCSCA con menor promedio de días de estada corresponden a las Infecciones de oídos, nariz y garganta (2,37 días), Enfermedades del embarazo, parto y puerperio (3,28 días) y Gastroenteritis infecciosa y complicaciones (3,55 días).

La condición que registra mayor mediana de días de estada fue la Diabetes mellitus (8 días), en segundo lugar hipertensión (7 días) y en tercer lugar están Neumonía, Infección de la piel y tejido subcutáneo y Trastornos mentales y del comportamiento, todos con 6 días de estada. Por el contrario, las menores medianas las registraron Gastroenteritis infecciosa y complicaciones y Infecciones de oídos, nariz y garganta, ambas con una mediana de 2 días.

El mayor rango intercuartílico de días de estada se registró en Trastornos mentales y del comportamiento (19 días), Diabetes Mellitus (12 días) y en tercer lugar las Enfermedades isquémicas del corazón (9 días). Las condiciones de salud que registraron menor rango intercuartílico de días de estada correspondieron a Gastroenteritis infecciosa y complicaciones, Infecciones de oídos, nariz y garganta y Enfermedades del embarazo, parto y puerperio, todas con un RIQ igual a 2.

TABLA 16 DÍAS DE ESTADA DE EGRESOS SEGÚN EVITABILIDAD Y CONDICIÓN DE SALUD EVITABLE, SSO 2015-2019.

Condición de salud	Promedio	Mediana	RIQ
Gastroenteritis infecciosa y complicaciones	3,55	2	2
Infecciones de oídos, nariz y garganta	2,37	2	2
Neumonía	8,33	6	5
Asma	4,27	3	3
Enfermedades de las vías respiratorias inferiores	4,93	4	3
Hipertensión	9,54	7	7
Enfermedades isquémicas del corazón	11,37	5	9
Diabetes mellitus	13,63	8	12
Epilepsia	6,36	3	4
Infección renal y de vías urinarias	7,15	4	6
Infección de la piel y del tejido subcutáneo	6,86	6	4
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	3,28	3	2
Trastornos mentales y del comportamiento	15,90	6	19
Lesiones autoinflingidas	8,36	4,5	8
HCSCA	7,65	5	6
No Evitables	6,95	3	5
Total	7,03	3	5

Nota: RIQ=Rango intercuartílico.

HCSCA según condición de egreso.

La “condición de egreso” especifica si la persona egresó del recinto hospitalario viva o fallecida. De acuerdo a la tabla 17, en el período analizado las HCSCA registraron 3,41% de fallecidos, lo que corresponde a 0,86 puntos porcentuales más que el total de egresos y 0,98 puntos porcentuales más que los egresos no evitables.

TABLA 17 CONDICIÓN DE EGRESO SEGÚN EVITABILIDAD, SSO 2015-2019.

	Vivo		Fallecido		Total
	n	%	n	%	n
HCSCA	10.229	96,59	361	3,41	10.590
No Evitable	72.486	97,57	1.805	2,43	74.291
Total	82.715	97,45	2.166	2,55	84.881

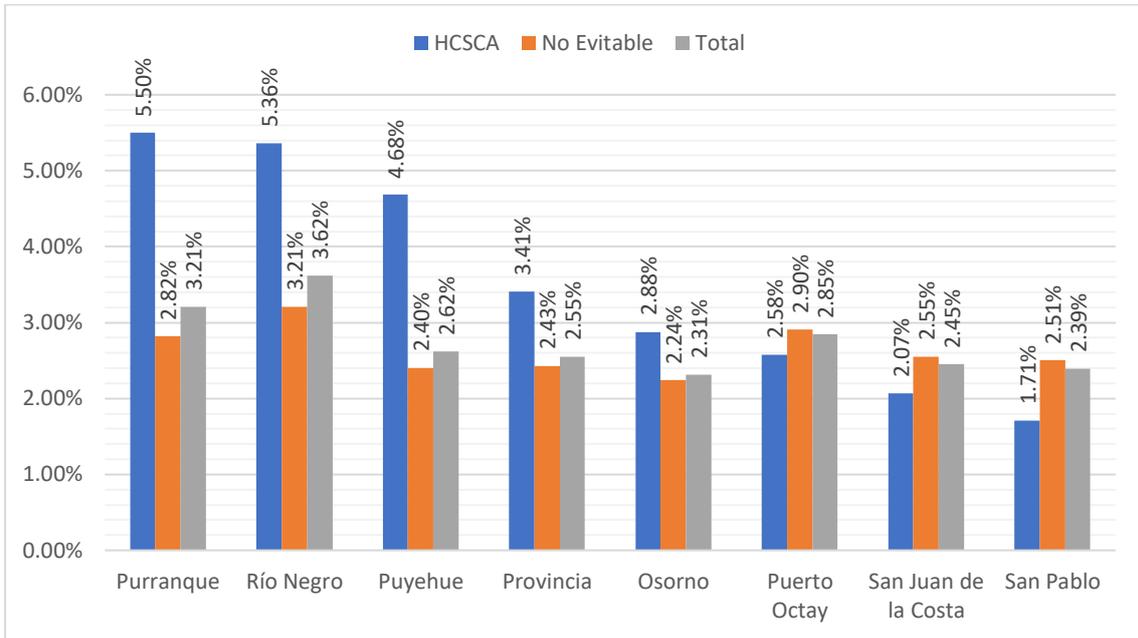
Al analizar la condición de egreso según comuna (tabla 18 y gráfico 7), las HCSCA registran mayor proporción de fallecidos que el total de egresos y que los egresos no evitables en Purranque, Río Negro, Puyehue, Osorno y en el total de la provincia. Cabe destacar que en Purranque se registró un 5,50% de fallecidos en los HCSCA, el mayor de la provincia.

Las comunas de Puerto Octay, San Juan de la Costa y San Pablo registraron mayor proporción de personas fallecidas de aquellos egresos catalogados como no evitables.

TABLA 18 CONDICIÓN DE EGRESO SEGÚN EVITABILIDAD Y COMUNA, SSO 2015-2019.

Comuna	Egresos fallecidos (n)			Egresos Totales (n)		
	HCSCA	No Evitable	Total	HCSCA	No Evitable	Total
Osorno	167	1.088	1.255	5.806	48.490	54.296
Puerto Octay	19	103	122	737	3.547	4.284
Purranque	76	233	309	1.382	8.252	9.634
Puyehue	17	85	102	363	3.536	3.899
Río Negro	59	149	208	1.100	4.647	5.747
San Juan de la Costa	14	68	82	676	2.667	3.343
San Pablo	9	79	88	526	3.152	3.678
Provincia	361	1.805	2.166	10.590	74.291	84.881

GRÁFICO 7 PROPORCIÓN DE EGRESOS FALLECIDOS, SEGÚN CONDICIÓN DE EVITABILIDAD Y COMUNA DE RESIDENCIA, SSO 2015-2019.



Discusión

En este estudio se ha determinado un listado de Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio para la red asistencial de Salud del SSO, el cual consta de 46 códigos diagnósticos agrupados en 14 condiciones de salud. El listado ha sido formulado particularmente para esta red asistencial, con la finalidad de ser propuesto como una herramienta para la medición de su desempeño y considerando el comportamiento de las hospitalizaciones causadas por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio como un resultado del quehacer de la red de atención de salud desplegada en la provincia de Osorno.

La validez del listado se sustenta en la metodología utilizada en este estudio, la cual es afín a la sugerida por la OMS (10) para la implementación de la medición de ACSC a nivel de países y también similar a la seguida por Caminal (27) para la determinación del listado de ACSC para España, en cuanto a la revisión de la literatura para la construcción de un listado preliminar, que fue sometido a consenso de expertos, aplicando criterios predefinidos y basados en la literatura, permitiendo así determinar qué condiciones de salud considerar como sensibles al cuidado ambulatorio de la red e integrar el listado de CSCA.

El listado preliminar se compuso en conformidad con lo hallado en la literatura y complementado con los datos de egresos hospitalarios de la red de salud del SSO, registrados entre los años 2015-2019, para su análisis por los expertos de la misma red asistencial. Tanto el análisis de datos propios, como la participación de expertos de la red, permitieron brindar pertinencia local al listado construido.

La metodología de consenso utilizada en este estudio se denomina panel Delphi, ha sido propuesta por la OMS (10) y utilizada por diversos autores con este fin (18,27,41). El consenso de expertos resultó ser fundamental para definir si una condición de salud es sensible al cuidado ambulatorio provisto por la red local y consecuentemente, si su hospitalización es potencialmente evitable, tal como indica Varela-Ruiz(44) *“la calidad del juicio subjetivo grupal, generalmente es superior al de un individuo debido a la mayor información de la que dispone un grupo”*. Es por esto que, para la convocatoria de personas funcionarias de la red en calidad de expertos, se consideraron sus áreas de desempeño, asumiendo a partir de ello, que contaban con el conocimiento respecto de las dinámicas del proceso de salud-enfermedad de las personas usuarias de la red de atención del SSO y las prestaciones brindadas por ésta.

Esta técnica puede abarcar ciertas limitaciones, como la subjetividad en la opinión de cada experto o la continuidad de la participación de las personas convocadas. A fin de mitigar la

limitación de la subjetividad, se convocaron a participantes cuyas áreas de desempeño fueran diversas: áreas clínicas de atenciones primaria, secundaria, terciaria y área de gestión en los establecimientos de la red y el propio SSO, cumpliendo con lo sugerido por Cañizares en cuanto a que *"los expertos deberían ser elegidos por su cercanía al problema a estudiar y no por otras razones, como la cercanía personal o geográfica"*(43), es importante destacar que entre los participantes se contó con especialistas del HBSJO, dos de ellos exdirectores del SSO, contralores de las derivaciones de APS y profesionales de la subdirección de gestión asistencial del SSO incluyendo a la Subdirectora.

Otra dificultad para la participación se podría asociar a causas geográficas, dado que algunos de los participantes concurrían desde otras comunas de la provincia hasta Osorno, donde se realizaron las reuniones. Esto implica considerar los tiempos del traslado propiamente tales, así como el tiempo invertido en las reuniones, además de la coordinación del medio de transporte de ida y regreso, sumado a la suspensión de las labores rutinarias a favor de la participación en las jornadas. Por ello, a fin de facilitar la asistencia de la mayor cantidad de convocados, incluyendo a aquellos que concurrían desde otras comunas, las reuniones se realizaron en las dependencias del Hospital Base San José de Osorno (HBSJO) considerado este como un punto céntrico, ya que se ubica en la capital provincial. Además, el HBSJO es el establecimiento de trabajo de varios de los convocados, lo que favorecía la participación de profesionales clínicos del establecimiento.

Con el fin de promover la continuidad en la participación, se programaron y realizaron dos reuniones de trabajo, lo que permitió contar con dos rondas de votación, con tiempo de análisis entre ambas rondas, a la par de evitar sobrecargar las agendas laborales con un exceso de reuniones. A pesar de ello, la participación de expertos en el panel Delphi fue menor del esperado (6 y 7 personas de 13 convocados), esto se explica principalmente porque para las fechas en las que se programaron las reuniones de trabajo existió una alta demanda asistencial causada mayoritariamente por enfermedades respiratorias durante la estación de invierno, lo que dificultó la realización de actividades no asistenciales, incluyendo la requerida en esta ocasión.

El listado de CSCA para el SSO con sus 46 códigos agrupados en 14 condiciones de salud es similar en extensión al propuesto por Caminal (27) para España (35 códigos en 13 condiciones) y al de Albrecht (52) en Alemania (40 códigos en 13 condiciones) y más breve que los otros listados analizados en la literatura (5,6,31,32,34,46,53), los cuales varían en extensión con hasta 27 condiciones de salud y 532 códigos a monitorear. En consideración con que el listado de CSCA para el SSO es una proposición nueva como herramienta para la medición del desempeño de la

red asistencial, es una fortaleza que el listado no sea extenso, a fin de facilitar su implementación, monitoreo y divulgación de resultados. Un exceso de herramientas de monitoreo podría tener el riesgo de sobrecargar el quehacer analítico, en desmedro de la acción informativa propiamente tal, por tanto resulta actuar con cautela en esta temática.

Respecto de las condiciones de salud que conforman el listado, las primeras 12 condiciones (1 Gastroenteritis infecciosa y complicaciones, 2 Infecciones de oídos, nariz y garganta, 3 Neumonía, 4 Asma, 5 Enfermedades de las vías respiratorias inferiores, 6 Hipertensión, 7 Enfermedades isquémicas del corazón., 8 Diabetes mellitus, 9 Epilepsia, 10 Infección renal y de vías urinarias, 11 Infección de la piel y el tejido subcutáneo, 12 Enfermedades del embarazo, parto y puerperio) figuraban dentro de la literatura con la que se construyó el listado inicial (6,27,32,46).

Las condiciones 13 y 14 fueron propuestas por el propio panel de expertos, en consideración con su experiencia en la red y la tasa local de hospitalización que se registró en el quinquenio. La 13ava condición “Trastornos mentales y del comportamiento” se encontró presente en algunos listados de la literatura (20,50–52). En cuanto a la condición 14, aun cuando no se encontraba en la literatura analizada, esta sí es parte de las problemáticas de salud no transmisibles sujetas a vigilancia en el país por las SEREMIS de Salud (54), lo que respalda la importancia de su monitoreo.

Uno de los desafíos futuros en la implementación de esta herramienta será determinar con mayor exactitud las vías específicas por medio de las cuales la red de salud es capaz de influir en la historia de la enfermedad y por tanto, disminuir los riesgos de hospitalización. Esto permitirá definir criterios de mayor precisión para el monitoreo, por ejemplo: si los programas de salud son dirigidos a una población en particular, con especificaciones de acceso en cuanto a edad o sexo de los usuarios de la red, entonces correspondería monitorear sólo a dicho grupo. En concreto, durante las jornadas de trabajo se sugirió que, para las condiciones de salud 13 y 14, sólo se monitoreen como HCSCA aquellas personas usuarias ya ingresadas a los programas de salud mental de la red y no aquellas que hayan sido hospitalizados sin controles previos, ya que pudiesen corresponder a debutantes de esas patologías.

En este mismo sentido, definir las vías específicas por medio de las cuales la red de salud es capaz de influir en la historia de la enfermedad, a la par del monitoreo de las HCSCA por comuna, permitiría la identificación de nodos críticos en la provisión de servicios, en cuanto a la oportunidad o disponibilidad de estos, lo que favorecería la propuesta de planes de mejora con mayor especificidad al territorio. A mediano plazo existirá el desafío de analizar si las condiciones seleccionadas continúan siendo pertinentes respecto del perfil epidemiológico de la población y de acuerdo a las carteras de prestaciones de la red.

Este estudio determinó que en el SSO se registraron 10.590 HCSCA entre los años 2015-2019, lo que corresponde a un 12,48% del total de egresos hospitalarios de la red asistencial.

Dicha cifra es similar al 11% reportado por la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) en Chile (5,53), que analizó los egresos evitables de los años 2010-2018 por medio de un listado de HCSCA construido a partir de lo reportado por la PAHO (2019) y Aparicio (2012). Cabe destacar que la CNEP adjudicó 1.475 HCSCA más a la red del SSO, que los determinados en este estudio (considerando el período comparable 2015-2018).

Respecto de la evidencia internacional, en España, Caminal (4) determinó que un 8,42% de los egresos hospitalarios registrados entre 1998-1999 correspondían a HCSCA. Sarmento (18) reportó un 15,7% de HCSCA en Portugal para el año 2017. En Alemania (55), se publicó que el 27% de los egresos hospitalarios del año 2012 correspondieron a HCSCA.

Esto ratifica que la proporción de HCSCA respecto del total de egresos depende estrechamente del listado de condiciones sensibles al cuidado ambulatorio que se utilice. Por lo tanto, el contraste con los datos de la literatura, dada la singularidad del listado de HCSCA formulado en este trabajo, sirve sólo como referencia inicial. A lo sumo, se podría utilizar como meta futura, la indicada en el “Plan estratégico de la OPS 2014-2019” (6) que consiste en reducir en un 10% las HCSCA. Por lo mismo, para la implementación, uso y futuras mediciones de las HCSCA del SSO, los resultados deberán ser contrastados de acuerdo con el comportamiento de los egresos de la misma red de salud.

Entre los HCSCA de la red del SSO determinados en este trabajo, se registró mayor proporción de hombres (48,36%) que en los egresos no considerados evitables (39,08%), por tanto se podría sospechar que los hombres no están accediendo adecuadamente a los cuidados ambulatorios necesarios para evitar estas hospitalizaciones. Un ejemplo de ello es que, de acuerdo a los resultados de este estudio, 58,66% de las HCSCA por Diabetes mellitus correspondió a hombres, mientras que, según información del SSO(56), el año 2017 los hombres representaron sólo un 37,07% de las personas con diabetes bajo control en el programa de salud cardiovascular.

La proporción de HCSCA de hombres registrada en la red del SSO, es cuatro puntos porcentuales mayor que el 44% registrado por Kappes (34) en el Servicio de Salud del Reloncaví (SSDR). Kappes estudió los HCSCA en el SSDR en un período de 6 años (2014-2019) utilizando el listado de la OPS, de este modo detectó 1.642 HCSCA para el SSDR, 6 veces menos que lo registrado en el SSO en 5 años. Cabe destacar que Kappes no indica qué proporción representaron los HCSCA respecto del total de egresos del SSDR. En el SSDR sólo un 64% de los HCSCA correspondieron a personas beneficiarias de FONASA, mientras que, aun cuando en este estudio sólo se analizaron los egresos de personas beneficiarias de FONASA residentes de la provincia de Osorno, en la

metodología se especifica que éstos representaron el 91,64% del total de egresos hospitalarios registrados en la red asistencial del SSO entre los años 2015-2019, mucho mayor que lo registrado por Kappes en el SSDR.

El 30,06% de los HCSCA del SSO correspondieron a personas beneficiarias del tramo A de FONASA y un 54,15% al tramo B. En cambio, en el SSDR Kappes detalla que sólo un 13,7% de las HCSCA correspondía a beneficiarios del tramo A y un 67,4% al tramo B. Independientemente de la diferencia en porcentaje, en ambos casos se concluye que la mayoría de las HCSCA correspondió a personas beneficiarias de los tramos A y B de FONASA, tramos que corresponden a las personas de menor ingreso y con menor posibilidad de acceder de manera alternativa a una atención de salud de forma privada, reforzando la necesidad de que la APS brinde atenciones de salud de forma óptima.

La CNEP (5) indicó que a nivel nacional los HCSCA utilizaron alrededor del 21,3% de la oferta de días cama hospitalarios, mientras que, de acuerdo con este estudio, en el SSO los HCSCA usaron cerca de un 13,57% de la oferta de días cama hospitalarios de la red asistencial del SSO, además de registrar, como mediana, 2 días más que los egresos generales y que aquellos considerados no evitables. A pesar de las diferencias en las cifras de ambos estudios, es innegable que implementar estrategias que permitan disminuir las HCSCA significaría aumentar la disponibilidad del recurso de camas hospitalarias para aquellas situaciones de salud cuyos egresos no se consideran evitables y también para resolver aquellos casos que se encuentran en lista de espera. En un marco aun mayor, implementar planes de mejora que disminuyan las HCSCA podría permitir una reinversión de los recursos económicos destinados a salud, como indicó la propia CNEP estimando que a nivel nacional *“el gasto adicional por HCSCA fue cercano a 300 millones de USD por año, equivalente al 10% del presupuesto para 2022 del Gobierno Central para la APS”*.

En el SSO los HCSCA registraron un 3,41% de personas fallecidas, mayor que los egresos considerados no evitables (2,43%) y que el total de egresos (2,55%). Esto permite suponer que intervenir en la prevención de las HCSCA mejoraría el capital social al incidir en la mortalidad de dichos egresos. Las comunas que registraron mayor porcentaje de personas fallecidas en sus HCSCA fueron Purranque (5,50%), Río Negro (5,36%) y Puyehue (4,68%). Por el contrario, San Pablo y San Juan de la Costa, registraron la menor proporción de personas fallecidas por HCSCA con un 1,71% y 2,07% respectivamente.

A nivel provincial se registraron 9,95 HCSCA por cada 1.000 personas beneficiarias FONASA habitantes de la provincia de Osorno. Las mayores tasas fueron registradas en las comunas de Puerto Octay (18,75), Río Negro (16,82) y San Juan de la Costa (16,81). Mientras que las menores tasas de HCSCA se registraron en la comuna de Puyehue (6,25) y Osorno (8,15). Las características sociodemográficas de las comunas, como la estructura etaria, índices de pobreza multidimensional o los porcentajes de población que habita en zonas rurales, varias de ellas descritas en el marco teórico de este documento, parecieran no ser suficientes en la explicación de estos resultados, por lo tanto resulta fundamental dar continuidad a la determinación de las causas que expliquen las diferencias encontradas para lo cual se propone indagar y comparar la oportunidad y calidad de los servicios asistenciales, cobertura e infraestructura, entre otros, por ejemplo, en este sentido la CNEP (5,53) concluyó que *“comunas con infraestructura de APS de urgencia tienden a tener un 37,2% menos hospitalizaciones evitables ligadas a cuadros agudos (...) y aquellas comunas con mayor presencia de consultorios presentan un menor número de hospitalizaciones crónicas y agudas”*. En el caso de Puerto Octay, comuna que registra la mayor tasa de HCSCA de la provincia, resulta ser la única comuna que no cuenta con un establecimiento de tipo CESFAM de modo que la atención primaria se brinda por medio del establecimiento hospitalario de baja complejidad presente en dicha comuna y 6 postas de salud rural. Además, de acuerdo con FONASA (57), Puerto Octay es la comuna de la provincia de Osorno con menor proporción de beneficiarios respecto de su población INE. En el otro extremo, la menor tasa de HCSCA corresponde a la comuna de Puyehue y esta es la única comuna de la provincia sin establecimiento hospitalario

De las 14 condiciones de salud que componen el listado de HCSCA de la red de SSO, sólo tres concentraron el 50,97% de las HCSCA del período: Neumonía, Enfermedades de las vías respiratorias inferiores y Diabetes mellitus.

La Neumonía es por lejos la condición que concentró mayor cantidad de casos, abarcando el 27,06% del total de HCSCA del quinquenio analizado y alcanzando la mayor tasa con 2,69 egresos hospitalarios anuales por cada 1.000 personas beneficiarias FONASA habitantes de la provincia de Osorno. Esta condición registró un promedio de 8,33 días de estada, lo que supone más de una semana de hospitalización por episodio, además la mediana de edad de las personas hospitalizadas por esta causa fue de 74 años (RIQ= 53 a 84 años), personas mayores. Cabe destacar que las comunas de Río Negro y San Juan de la Costa se vieron más afectadas por esta condición (registraron mayores tasas de HCSCA), seguidas por Puerto Octay y Purranque.

En segundo lugar, las Enfermedades de las vías respiratorias inferiores concentraron un 13,45% de los HCSCA del período 2015-2019, con una tasa de 1,34 egresos hospitalarios anuales por cada 1.000 personas beneficiarias FONASA habitantes de la provincia de Osorno. Las mayores tasas se registraron en las comunas de Río Negro, San Juan de la Costa y Purranque. Al contrario de la Neumonía, las Enfermedades de las vías respiratorias inferiores registraron una mediana de 0 años (RIQ= 0 a 2 años), y en promedio 4,93 días de estada por egreso. O sea, afectaron mayoritariamente a lactantes con hospitalizaciones de casi 5 días.

La Diabetes mellitus concentró un 10,46% del total de HCSCA y registró una tasa de 1,04 egresos hospitalarios anuales por cada 1.000 personas beneficiarias FONASA habitantes de la provincia de Osorno. La mediana de edad de estas personas fue de 62 años (RIQ= 53 a 70 años) y registraron un promedio de 13,63 días de estada, lo que se traduce en casi dos semanas de hospitalización por episodio. San Juan de la Costa registra la mayor tasa de egresos por esta causa, triplicando la tasa provincial (3,32 por cada 1.000 beneficiarios FONASA) seguido por San Pablo (2,26 por cada 1.000 beneficiarios FONASA).

Las Gastroenteritis infecciosas y sus complicaciones concentran un 8,86% del total de HCSCA del quinquenio y registraron una mediana de 2 años de edad (RIQ=1 a 13 años) por tanto afectan mayoritariamente a población infantil. Además, se registró un promedio de 3,55 días de estada por cada episodio.

Por su parte, la Infección renal y de vías urinarias concentra un 8,78% del total de HCSCA del período y afecta mayoritariamente a mujeres adultas (74,95%) además, la mediana de edad fue de 62 años (RIQ= 34 a 79 años). El promedio de días de estada fue de 7,15 días, o sea, una semana por episodio.

Infección de la piel y del tejido subcutáneo representa un 8,21% del total de HCSCA de los años analizados. La tasa de egresos por esta causa alcanzó a 0,82 personas por cada 1.000 personas beneficiarias FONASA, habitantes de la provincia de Osorno, y Puerto Octay casi triplica esta cifra al registrar una tasa de 2,19, siendo la comuna con mayor tasa de egreso por esta causa. Los egresos por Infección de la piel y del tejido subcutáneo registraron un promedio de 6,86 días de estada.

Los Trastornos mentales y del comportamiento comprenden dos códigos diagnósticos “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol” y “Episodio depresivo”. Esta condición registró un promedio de 15,90 días de estada, el mayor de todo el listado, con una mediana de edad de 43 años (RIQ= 21 a 54 años). De acuerdo con la tasa registrada para esta condición, se detalla que en promedio, 4 de cada 10.000 personas beneficiarias de FONASA y habitantes de la provincia de Osorno han sido hospitalizadas por Trastornos mentales y del comportamiento. Estas hospitalizaciones han afectado mayoritariamente a personas adultas en edad laboral activa, que están dejando de ejercer sus actividades cotidianas, con el costo social, comunitario, familiar y por supuesto, individual que esto significa.

De acuerdo con los hallazgos de este estudio, se propone implementar este indicador como una herramienta de medición del desempeño de la red del SSO, sugiriendo además realizar el análisis del comportamiento de las HCSCA en los años posteriores a este trabajo, considerando la particularidad de la pandemia por COVID-19.

La fortaleza de utilizar este indicador como medidor de desempeño radica en que la información que se requiere corresponde a los egresos hospitalarios y estos ya cuentan con un robusto sistema de medición, estandarizado a nivel nacional, que utiliza la codificación CIE-10. En este sentido, dado que los registros son realizados por los profesionales clínicos que brindan la atención de salud, para asegurar la fidelidad de la información se requerirá que los profesionales conozcan la CIE-10 y comprendan la relevancia de utilizarla de la manera más precisa posible. Será importante también, asegurar la disponibilidad de los distintos códigos en los sistemas de registro, dado que en la red del SSO en los establecimientos hospitalarios se utilizan sistemas de registro de desarrollo propio (Phoenix y Kimün).

Una vez se encuentre instaurada esta herramienta y hayan sido designadas las responsabilidades de su medición y monitoreo, así como de la divulgación de los resultados hacia los tomadores de decisiones, se sugiere realizar un nuevo análisis del listado del SSO y las condiciones de salud contenidas en el mismo, donde participe más de un representante de cada área de trabajo dado que, durante las rondas de este trabajo, los participantes opinaban desde su propia área de conocimiento, a la vez que manifestaban no contar con el conocimiento suficiente para opinar a cabalidad respecto de las otras áreas clínicas. En estas nuevas rondas se sugiere aumentar la participación de los equipos de APS en la evaluación de los resultados de la medición del indicador y en las eventuales modificaciones al mismo, aumentando la proporción de los representantes de este nivel de atención y considerar también, la participación de otros actores relevantes a nivel de macro red, nivel central, así como del Inter sector y representantes

de la comunidad usuaria. Paralelamente, será relevante evaluar la necesidad de reestructurar el indicador según grupo etario, al menos diferenciando niños, niñas y adolescentes de adultos, aumentando la especificidad del análisis, monitoreo y posterior toma de decisiones.

La información contenida en este trabajo y lo que se desprenda de los análisis posteriores, permitirá contar con información actualizada y de mayor pertinencia territorial, útil como insumo para la formulación de planes de mejora desde el SSO como gestor de la red asistencial, en conjunto con la APS y los actores relevantes de las comunidades. Y también para la proyección de planes de promoción de salud con el intersector, enfocados prioritariamente en estas condiciones de salud en las que la red asistencial es capaz de influir en la historia de la enfermedad y por tanto, su hospitalización ha sido considerada de carácter evitable.

Limitaciones

El desarrollo de este estudio no estuvo exento de limitaciones, si bien varias de ellas fueron expuestas en la sección anterior, la más destacada corresponde a las dificultades en la participación de expertos de la red para la determinación del listado local de las condiciones consideradas sensibles al cuidado ambulatorio de la red. Ya que, a pesar de que la convocatoria fue realizada con la debida anticipación por medios formales y conductos regulares a 13 expertos de la red, sólo participaron 6 y 7 personas en la primera y segunda ronda, respectivamente. Las causas probables se asociaron con un aumento de la demanda asistencial durante las fechas en las que se programaron las reuniones de trabajo (meses de invierno) y a la dispersión geográfica de los convocados. Esta menor participación podría influir en la representatividad de las 7 comunas de la red y también de los distintos niveles de atención de la red, ya que quienes participaron correspondieron mayoritariamente a funcionarios Hospital Base San José de Osorno y del propio Servicio de Salud.

Frente a esta situación, propuesta consiste en que una vez se logre instaurar esta herramienta como indicador de desempeño en la red y se divulguen sus resultados periódicamente, se promuevan, como mejora continua, instancias de revisión del propio listado en la que participen los tomadores de decisiones y expertos de los diferentes niveles de atención y territorios de la red asistencial. Además de generar instancias que favorezcan las propuestas de mejora para el funcionamiento de la red asistencial que logren efectivamente una disminución de las hospitalizaciones evitables en la red e indirectamente, un mejor uso en los recursos disponibles.

Conclusión

En el presente estudio se definió por primera vez el listado de Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio pertinente para la Red de Salud del Servicio de Salud de Osorno, a través de una metodología de consenso de expertos de la propia red. El listado consta de 46 códigos diagnósticos agrupados en 14 condiciones de salud.

Los resultados destacan que durante los años 2015-2019, un 12,48% de los egresos hospitalarios registrados en la red del SSO fueron considerados HCSCA y las causas principales se asociaron a Neumonía, Enfermedades de las vías respiratorias inferiores y Diabetes Mellitus. Los HCSCA registraron mayor proporción de hombres que los egresos no evitables y un menor promedio de edad. Además, los egresos evitables registraron mayor promedio en el uso de días de cama hospitalarios y mayor porcentaje de personas fallecidas al egreso. Las mayores tasas de HCSCA se registraron en las comunas de Puerto Octay, Río Negro y San Juan de la Costa.

Se espera que los resultados de este estudio sean una herramienta útil para la medición del desempeño de la red asistencial, de bajo costo de implementación y que brinde información valiosa para la implementación de planes de mejora para el uso de los recursos de la red asistencial a favor de la salud de las comunidades usuarias.

Referencias bibliográficas

1. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2018 Oct 18 [cited 2022 Jan 8];42:e160. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. A vision for primary health care in the 21st century. 2018;2.
3. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria en salud [Internet]. [cited 2022 Jan 8]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud> .
4. Caminal Homar J, Morales Espinoza M, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria* [Internet]. 2003 [cited 2022 Feb 21];31(1):6. Available from: </pmc/articles/PMC7681734/>
5. Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. Eficiencia en la gestión de Atención Primaria de Salud (APS). 2022.
6. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Compendio de indicadores del impacto y resultados intermedios. Plan estratégico de la OPS 2014-2019. 2014.
7. Ciapponi A, Glujovsky D, Daray F, López Banco A. Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud. [Internet]. 2012. Available from: <http://www.iadb.org>
8. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. 2010;
9. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión Asistencial. Gobierno de Chile. Modelo de atención integral en salud. Serie de cuadernos modelo de atención N°1. 2005;
10. World Health Organization. Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions [Internet]. 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
11. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Cómo funciona el Sistema de Salud en Chile - Orientación en Salud. [Internet]. [cited 2022 Jun 12]. Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-17328.html>

12. Ley Chile. Biblioteca nacional de Chile. Decreto 140: Reglamento orgánico de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. [Internet]. Vol. 140, Decreto. 2004. Available from: www.leychile.cl
13. MINSAL Gobierno de Chile. Orientaciones para la planificación y programación en red. 2021;41.
14. Caminal Homar J. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria* [Internet]. 2003 [cited 2022 Jan 7];31(1):6–14. Available from: www.atencionprimaria.com/50.964
15. Gattini C. Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional: Vigencia, experiencia y desafíos. 2019.
16. Ministerio de Salud Chile. Norma General Técnica N°201 que establece el proceso de gestión de información para los Egresos Hospitalarios y el correcto uso del formulario IEEH. 2018;
17. Centro de políticas públicas. Pontificia Universidad Católica de Chile. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno *Temas de la agenda Pública*. Año9/No67/abril 2014 ISSN 0718-9745.
18. Sarmiento J, Victor Muniz Rocha J, Santana R. Defining ambulatory care sensitive conditions for adults in Portugal. 2020 [cited 2022 Jun 12]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05620-9>
19. Freund T CSGS et al. Strategies for Reducing Potentially Avoid-able Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. *Ann Fam Med* 2013;11(4):363-70 [Internet]. [cited 2022 Mar 10]; Available from: <http://annfammed.org/content/11/4/363/suppl/DC1>.
20. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, et al. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy (New York)*. 2015;119(11):1415–23.
21. Cáliz Peña O. Hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio en cinco hospitales de la red pública de Bogotá 2006-2008. *Revista EAN* [Internet]. 2009 [cited 2022 Feb 20];(67):95–106. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
22. Purdy S. Avoiding hospital admissions: What does the research evidence say? *The King's Fund*. 2010;

23. Rodríguez García J. Serie sobre Hospitalizaciones Evitables y Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud. 2012; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/306057778>
24. Gibson OR, Segal L, Mcdermott RA. A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. 2013 [cited 2022 Jun 13]; Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/336>
25. International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. [cited 2022 Jun 15]. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
26. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. World Health Organization; 2011.
27. Caminal J., Mundet X., Ponsà J.A., Sánchez E., Casanova C. Gac Sanit 2001; 15 (2). 2001 [cited 2022 Jan 9]. p. 128–41 Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. Available from: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911101715324>
28. Bloor M, Wood F. Keywords in Qualitative Methods: A vocabulary of research concepts. 2006.
29. Solberg LI, Peterson KE, Ellis RW, Romness K, Rohrenbach E, Thell T, et al. This content downloaded from 193.142.30.116 on Sat. Vol. 27. Excellus Health Plan, Inc; 1990.
30. Weissman J, Gatsonis C, Epstein A, Gatso- B. Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland [Internet]. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/>
31. NHS Outcomes Framework Indicators - August 2021 release - NHS Digital [Internet]. [cited 2022 Aug 27]. Available from: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-outcomes-framework/august-2021>
32. Bardsley M, Blunt I, Davies S, Dixon J. Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. BMJ Open [Internet]. 2013 [cited 2022 Mar 10];2007. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002007>
33. Arrieta A, García-Prado A. Cost sharing and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Soc Sci Med. 2015 Jan 1;124:115–20.
34. Kappes MS, Sanhueza M. Hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a atención primaria de salud: Estudio longitudinal sobre las influencias de los determinantes sociales de la salud y sus costos para el Servicio de Salud de Reloncaví, Chile. . 2021;

35. Equipo Fundación Chile, Comisión Nacional de Productividad. Informe final "Eficiencia en la Gestión de Atención Primaria de Salud."
36. Alfradique ME, Bonolo Pde F, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP – Brazil) [Internet]. 2009 [cited 2022 Jun 22]. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/y5n975h7b3yW6ybnk6hJwft/?lang=pt>
37. Aguilar Barrientos R. Hospitalizaciones evitables sensibles a ser atendidas en Atención Primaria: Medición de los costos evitables sobre la red asistencial en Chile. 2021;
38. Iribarne Wiff MJ. Hospitalizaciones evitables en Chile, un análisis de tasas entre población nacional y migrantes internacionales para el año 2017. 2019 [cited 2024 Jun 12]; Available from: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/198834>
39. Buscador Estadístico - SIIT [Internet]. [cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://www.bcn.cl/siit/estadisticasterritoriales//resultados-consulta?id=324465>
40. Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Estimaciones de Pobreza Comunal 2017 [Internet]. [cited 2024 Jun 9]. Available from: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pobreza-comunal-2017>
41. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Prioritizing ambulatory care sensitive hospital admissions in England for research and intervention: A Delphi exercise. *Prim Health Care Res Dev*. 2010 Sep 10;11(1):41–50.
42. Feldman CH, Speyer C, Ashby R, L. Bermas B, Bhattacharyya S, Chakravarty E, et al. Development of a Set of Lupus-Specific, Ambulatory Care–Sensitive, Potentially Preventable Adverse Conditions: A Delphi Consensus Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2021 Jan 1;73(1):146–57.
43. Cañizares Cedeño EL, Suárez Mena KE. El Método Delphi Cualitativo y su Rigor Científico: Una revisión argumentativa. *Sociedad & Tecnología*. 2022 Jul 1;5(3):530–40.
44. Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud [Internet]. Vol. 1, Investigación en educación médica. Elsevier; 2012 [cited 2024 Jun 13]. 90–95 p. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572012000200007&lng=es&nrm=iso&tIng=
45. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions [Internet]. 2004. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/14/3/246/528148>

46. Health and Social Care Information Centre. NHS Outcomes Framework: Enhancing quality of life for people with long-term conditions. Indicator specifications. 2020.
47. Ministerio de Sanidad de España. Edición electrónica de la CIE-9 [Internet]. 2014 [cited 2023 Aug 21]. Available from: https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_9_mc.html
48. Frick J, Möckel M, Muller R, Searle J, Somasundaram R, Slagman A. Suitability of current definitions of ambulatory care sensitive conditions for research in emergency department patients: A secondary health data analysis. *BMJ Open*. 2017 Oct 1;7(10).
49. Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health*. 2009 Feb 1;123(2):169–73.
50. Freund T, Campbell SM, Geissler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, et al. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care–Sensitive Conditions. *The Annals of Family Medicine* [Internet]. 2013 Jul 1 [cited 2022 Jun 12];11(4):363–70. Available from: <https://www.annfam.org/content/11/4/363>
51. Naumann C, Augustin U, Sundmacher L. Ambulatory care-sensitive conditions in Germany: a small area analysis (2006-2009). *Gesundheitswesen* . 2015;77(4):e91–105.
52. Albrecht M, Sander M. Einsparpotenziale durch ambulanz-sensitive Krankenhausfälle (ASK) Regionale Auswertungen der fallpauschalen-bezogenen Krankenhausstatistik für das Jahr 2011. 2011;
53. Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. Universidad San Sebastián. Hospitalizaciones evitables por ACSC. Estudio: Eficiencia en la gestión de Atención Primaria de Salud. 2022.
54. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Problemas/enfermedades en vigilancia - EPI - Departamento de Epidemiología [Internet]. [cited 2024 Feb 25]. Available from: <http://epi.minsal.cl/problemasenfermedades-en-vigilancia/>
55. World Health Organization, Regional Office for Europe. Ambulatory care sensitive conditions in Germany. World Health Organization. Regional Office for Europe. [Internet]. 2015. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/349099>
56. Servicio de Salud Osorno. Subsecretaría de redes asistenciales. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Diseño de la red asistencial del Servicio de Salud de Osorno 2019. Versión 2. 2019 Dec; Available from: https://ssosorno.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2020/06/REDISE%C3%91O-RED-ASISTENCIAL-SSO-2019.pdf
57. Fondo Nacional de Salud (FONASA) Chile. Datos abiertos [Internet]. [cited 2023 Aug 29]. Available from: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero-beneficiario>

Anexos

ANEXO 1 LISTADO PRELIMINAR: CÓDIGOS PRESENTES EN LA LITERATURA.

CIE10 Capítulo		CIE10 Grupo		CIE10 Categoría		CIE10 Subcategoría		OPS	Caminal	Bardsley	NHS	n	T (*10.000)	HE si/no
A00- B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	A00- A09	Enfermedades infecciosas intestinales	A00	Cólera			1	.	.	.			
				A01	Fiebre tifoidea y paratifoidea			1	.	.	.			
				A02	Otras infecciones debidas a Salmonella			1	.	.	.			
				A03	Shigelosis			1	.	.	.			
				A04	Otras infecciones intestinales bacterianas			1	.	.	.			
				A05	Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas			1	.	.	.			
				A06	Amebiasis			1	.	.	.			
				A07	Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios			1	.	.	.			
				A08	Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados			1	.	.	.			
		A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado			1	1	.	.					
A15- A19	Tuberculosis	A15	Tuberculosis respiratoria, confirmada bacteriológica e histológicamente			1	1	1	.					

		A16	Tuberculosis respiratoria, no confirmada bacteriológica o histológicamente			1	1	1	.				
		A17	Tuberculosis del sistema nervioso	A170	Meningitis tuberculosa	1	1	.	.				
		A171		Tuberculoma meníngeo	1	1	.	.					
		A178		Otras tuberculosis del sistema nervioso	1	1	.	.					
		A179		Tuberculosis del sistema nervioso, no especificada	1	1	.	.					
		A18	Tuberculosis de otros órganos			1	1	.	.				
		A19	Tuberculosis miliar			1	1	1	.				
A30-A49	Otras enfermedades bacterianas	A33	Tétanos neonatal			1	.	.	.				
		A34	Tétanos obstétrico			1	.	.	.				
		A35	Otros tétanos			1	1	1	.				
		A36	Difteria			1	1	1	.				
		A37	Tos ferina [tos convulsiva]			1	.	1	.				
		A46	Erisipela			1	.	.	.				
A50-A64	Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual	A50	Sífilis congénita			1	1	.	.				
		A51	Sífilis precoz			1	.	.	.				
		A52	Sífilis tardía			1	.	.	.				
		A53	Otras sífilis y las no especificadas			1	.	.	.				
A65-A69	Otras enfermedades debidas a espiroquetas	A69	Otras infecciones causadas por espiroquetas	A690	Estomatitis ulcerativa necrotizante	.	.	1	.				
A80-A89	Infecciones del sistema nervioso central	A80	Poliomielitis aguda			.	1	1	.				
A90-A99	Fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres virales hemorrágicas	A95	Fiebre amarilla			1	.	.	.				
		B05	Sarampión			1	.	1	.				

	trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad				D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	.	.	1	1				
				D51	Anemias por deficiencia de vitamina B12		.	.	.	1				
				D52	Anemia por deficiencia de folatos		.	.	.	1				
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	E10-E14	Diabetes mellitus				1	1	.	1				
				E10	Diabetes mellitus insulino dependiente		.	.	1	.				
				E11	Diabetes mellitus no insulino dependiente		.	.	1	.				
				E12	Diabetes mellitus asociada con desnutrición		.	.	1	.				
				E13	Otras diabetes mellitus especificadas		.	.	1	.				
				E14	Diabetes mellitus, no especificada		.	.	1	.				
		E40-E46	Desnutrición	E40	Kwashiorkor		1	.	1	.				
				E41	Marasmo nutricional		1	.	1	.				
				E42	Kwashiorkor marasmático		1	.	1	.				
				E43	Desnutrición proteico calórica severa, no especificada		1	.	1	.				
				E44	Desnutrición proteico calórica de grado moderado y leve		1	.	.	.				
				E45	Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteico calórica		1	.	.	.				
				E46	Desnutrición proteico calórica, no especificada		1	.	.	.				
		E50-E64	Otras deficiencias nutricionales	E50	Deficiencia de vitamina A		1	.	.	.				
				E51	Deficiencia de tiamina		1	.	.	.				

I20- I25	Enfermedades isquémicas del corazón	I20	Angina de pecho			1	1	1	1					
		I21	Infarto agudo del miocardio			.	1	.	.					
		I24	Otras enfermedades isquémicas agudas del corazón	I240	Trombosis coronaria que no resulta en infarto del miocardio			.	1	.	.			
				I248	Otras formas de enfermedad isquemica aguda del corazón			.	.	1	.			
				I249	Enfermedad isquemica aguda del corazón no especificada			.	.	1	.			
				I25	Enfermedad isquémica crónica del corazón			.	.	.	1			
		I252	Infarto antiguo del miocardio	I252	Infarto antiguo del miocardio			.	1	.	.			
				I258	Otras formas de cardiopatía isquémica crónica del corazón			.	1	.	.			
		I30- I52	Otras formas de enfermedad del corazón	I48	Fibrilación y aleteo auricular			.	.	.	1			
				I50	Insuficiencia cardíaca			1	1	1	1			
I60- I69	Enfermedades cerebrovasculares	I60	Hemorragia subaracnoidea			.	1	.	.					
		I61	Hemorragia intraencefálica			.	1	.	.					
		I63	Infarto cerebral			1	.	.	.					
		I64	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico			1	.	.	.					
		I65	Oclusión y estenosis de las arterias precerebrales sin ocasionar infarto cerebral			1	.	.	.					
		I66	Oclusión y estenosis de las arterias cerebrales sin ocasionar infarto cerebral			1	.	.	.					
		I67					1	1	.	.				

					Otras enfermedades cerebrovasculares	I674	Encefalopatía hipertensiva	.	1	.	.						
				I69	Secuelas de enfermedad cerebrovascular			1	.	.	.						
J00- J99	Enfermedades del sistema respiratorio	J00- J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]			1	.	.	.						
				J01	Sinusitis aguda			1	.	.	.						
				J02	Faringitis aguda			1	.	1	.						
				J03	Amigdalitis aguda			1	1	1	.						
				J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados			1	1	1	.						
				J10	Influenza debida a virus de la influenza estacional identificado			.	.	1	.						
		J09- J18	Influenza [gripe] y neumonía	J11	Influenza debida a virus no identificado			.	.	1	.						
				J13	Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae			1	1	1	.						
				J14	Neumonía debida a Haemophilus influenzae			1	1	1	.						
				J15	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte			.	.	.	.		
				J153	Neumonía debida a estreptococos del grupo B			1	1	1	.						
				J154	Neumonía debida a otros estreptococos			1	1	1	.						
				J157	Neumonía debida a Mycoplasma pneumoniae			.	.	1	.						
				J158	Otras neumonías bacterianas			1	.	.	.						
				J159	Neumonía bacteriana no especificada			1	1	1	.						
				J16				.	1	.	.						

			Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte	J168	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados	.	.	1	.				
		J18	Neumonía, organismo no especificado			.	1	.	.				
				J180	Bronconeumonía no especificada	.	1	.	.				
				J181	Neumonía lobar no especificada	1	.	1	.				
				J188	Otras neumonías de microorganismo no especificado	.	.	1	.				
J20- J22	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	J20	Bronquitis aguda			1	1	1	1				
		J21	Bronquiolitis aguda			1	.	.	.				
J30- J39	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	J31	Rinitis, rinofaringitis y faringitis crónicas			1	.	.	.				
		J36	Absceso periamigdalino	J312	Faringitis crónica	.	.	1	.				
J40- J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J40	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica			1	1	.	.				
		J41	Bronquitis crónica simple y mucopurulenta			1	1	1	1				
		J42	Bronquitis crónica no especificada			1	1	1	.				
				J42X	Bronquitis crónica no especificada	.	.	.	1				
		J43	Enfisema			1	1	1	1				
		J44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas			1	.	1	1				
				J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada	.	1	.	.				
		J45	Asma			1	1	1	1				
		J46	Estado asmático			1	.	1	.				
				J46X	Estado asmático	.	.	.	1				
		J47	Bronquiectasia			1	1	1	.				

					J47X	Bronquiectasia	.	.	.	1			
		J80- J84	Otras enfermedades respiratorias que afectan principalmente al intersticio	J81	Edema pulmonar		1	1	1	.			
					J81X	Edema pulmonar	.	.	.	1			
K00- K93	Enfermedades del sistema digestivo	K00- K14	Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	K02	Caries dental		.	.	1	.			
				K03	Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes		.	.	1	.			
				K04	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales		.	.	1	.			
				K05	Gingivitis y enfermedades periodontales		.	.	1	.			
				K06	Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula		.	.	1	.			
				K08	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén		.	.	1	.			
				K09	Quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte	K098	Otros quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte	.	.	1	.		
						K099	Quiste de la región bucal, sin otra especificación	.	.	1	.		
				K12	Estomatitis y lesiones afines		.	.	1	.			
				K13	Otras enfermedades de los labios y de la mucosa bucal		.	.	1	.			
		K20- K31	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	K25	Úlcera gástrica		1	.	.	.			
						K250	Úlcera gástrica aguda con hemorragia	.	1	1	.		
						K252	Úlcera gástrica aguda con hemorragia y perforación	.	1	1	.		
						K254	Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia	.	1	1	.		

					K256	Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia y perforación	.	1	1	.						
				K26	Úlcera duodenal		1	.	.	.						
					K260	Úlcera duodenal aguda con hemorragia	.	1	1	.						
					K262	Úlcera duodenal aguda con hemorragia y perforación	.	1	1	.						
					K264	Úlcera duodenal crónica o no especificada con hemorragia	.	1	1	.						
					K266	Úlcera duodenal crónica o no especificada con hemorragia y perforación	.	1	1	.						
				K27	Úlcera péptica, de sitio no especificado		1	.	.	.						
					K270	Úlcera péptica de sitio no especificado con hemorragia	.	1	1	.						
					K272	Úlcera péptica aguda, localización no especificada, con hemorragia y perforación	.	1	1	.						
					K274	Úlcera péptica de sitio no especificado crónica o no especificada, con hemorragia	.	1	1	.						

					K276	Úlcera péptica de sitio no especificado crónica o no especificada, con hemorragia y perforación	.	1	1	.					
				K28	Úlcera gastroyeyunal		1	.	1	.					
		K35- K38	Enfermedades del apéndice	K35	Apendicitis aguda	K352	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	.	1	.	.				
						K353	Apendicitis aguda con peritonitis localizada	.	1	.	.				
		K50- K52	Enteritis y colitis no infecciosas	K52	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	K522	Colitis y gastroenteritis alérgicas y dietéticas	.	.	1	.				
						K528	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas especificadas	.	.	1	.				
						K529	Colitis y gastroenteritis no infecciosas no especificadas	.	.	1	.				
		K90- K93	Otras enfermedades del sistema digestivo	K92	Otras enfermedades del sistema digestivo	K920	Hematemesis	1	.	.	.				
						K921	Melena	1	.	.	.				
						K922	Hemorragia gastrointestinal no especificada	1	.	.	.				
L00- L99	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	L00- L08	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	L01	Impétigo			1	.	.	.				
				L02	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco			1	.	.	.				
				L03	Celulitis			1	.	1	.				
						L030	Celulitis de los dedos de la mano y del pie	.	1	.	.				
						L039	Celulitis de sitio no especificado	.	1	.	.				

				L04	Linfadenitis aguda			1	1	1	.			
				L08	Otras infecciones locales de la piel y del tejido subcutáneo			1	1	1	.			
		L80-L99	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	L88	Pioderma gangrenoso			.	.	1	.			
				L98	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo no clasificados en otra parte	L980	Granuloma piógeno	.	.	1	.			
						L983	Celulitis eosinófila [Wells]	.	.	1	.			
M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	M00-M03	Artropatías infecciosas	M01	Infecciones directas de la articulación en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte	M014	Artritis en rubéola (B06.8†)	.	.	1	.			
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	N10-N16	Enfermedad renal tubulointersticial	N10	Nefritis tubulointersticial aguda			1	1	1	.			
				N11	Nefritis tubulointersticial crónica			1	1	1	.			
				N12	Nefritis tubulointersticial, no especificada como aguda o crónica			1	1	1	.			
				N13	Uropatía obstructiva y por reflujo	N136	Pionefrosis	.	.	1	.			
		N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario	N30	Cistitis			1	.	.	.			
				N34	Uretritis y síndrome uretral			1	.	.	.			
				N39	Otros trastornos del sistema urinario			1	.	.	.			
						N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	.	1	1	.			
		N70-N77	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	N70	Salpingitis y ooforitis			1	1	1	.			
				N71	Enfermedad inflamatoria del útero, excepto del cuello uterino			1	.	.	.			
				N72	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino			1	.	.	.			
				N73	Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas			1	.	1	.			

				N74	Trastornos inflamatorios de la pelvis femenina en enfermedades clasificadas en otra parte			.	.	1	.				
				N75	Enfermedades de la glándula de Bartholin			1	.	.	.				
				N76	Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva			1	.	.	.				
O00-O99	Embarazo, parto y puerperio	O10-O16	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	O15	Eclampsia			.	.	1	.				
		O20-O29	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	O23	Infecciones del tracto genitourinario en el embarazo			1	.	.	.				
P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P35-P39	Infecciones específicas del período perinatal	P35	Enfermedades virales congénitas	P350	Síndrome de rubéola congénita	1	.	.	.				
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	R00-R09	Síntomas y signos que involucran los sistemas circulatorio y respiratorio	R02	Gangrena, no clasificada en otra parte			.	.	1	.				
		R50-R69	Síntomas y signos generales	R56	Convulsiones, no clasificadas en otra parte			.	1	1	.				

ANEXO 2 LISTADO DE CÓDIGOS SUGERIDOS POR LOS EXPERTOS PARA AÑADIR.

CIE10 Capítulo		CIE10 Grupo		CIE10 Categoría		CIE10 Subcategoría		Purdy	Freund	Sundmach	Naumann	Albrecht	n	T (*10.000)	HE si/no	
F00- F99	Trastornos mentales y del comportamiento	F10- F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol			.	1	1	1	.				
				F11	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de opiáceos			.	.	1	.	.				
		F20- F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	F20	Esquizofrenia			.	.	.	1	.				
				F21	Trastorno esquizotípico			.	.	.	1	.				
				F23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios			.	.	.	.	.
				F232	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico			.	.	.	1	.				
		F25	Trastornos esquizoafectivos			.	.	.	1	.						
		F30- F39	Trastornos del humor (afectivos)	F32	Episodio depresivo			.	.	1	.	1				
				F33	Trastorno depresivo recurrente			.	.	1	.	.				
		F40- F48	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	F40	Trastornos fóbicos de ansiedad			.	.	1	.	.				
				F41	Otros trastornos de ansiedad			.	.	1	.	.				
				F43	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación			.	.	1	.	.				
		F45	Trastornos somatomorfos			.	.	1	.	.						

		F50- F59	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	F50	Trastornos de la ingestión de alimentos			.	.	.	.	.
						F500	Anorexia nerviosa	.	.	1	.	.				
						F502	Bulimia nerviosa	.	.	1	.	.				
		F60- F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	F60	Trastornos específicos de la personalidad			.	.	1	.	.				
I00- I99	Enfermedades del sistema circulatorio	I80- I89	Enfermedades de las venas y de los vasos y ganglios linfáticos, no clasificadas en otra parte.	I80	Flebitis y tromboflebitis			.	.	1	.	.				
				I83	Venas varicosas de los miembros inferiores			.	.	1	.	.				
				I86	Várices de otros sitios			.	.	1	.	.				
				I87	Otros trastornos de las venas			.	.	1	.	.				
J00- J99	Enfermedades del sistema respiratorio	J09- J18	Influenza [gripe] y neumonía	J12	Neumonía viral, no clasificada en otra parte			.	.	.	.	1				
				J18	Neumonía, organismo no especificado	J189	Neumonía, no especificada	.	.	1	.	.				
		J30- J39	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	J35	Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides			.	.	1	.	.				
K00- K93	Enfermedades del sistema digestivo	K55- K64	Otras enfermedades de los intestinos	K59	Otros trastornos funcionales del intestino	K590	Constipación	.	1	1	1	.				
				S72	Fractura del fémur			.	.	.	.	.

S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	S70-S79	Traumatismos de la cadera y del muslo			S720	Fractura del cuello del fémur	.	1	.	1	.						
V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	X60-X84	Lesiones autoinflingidas intencionalmente															
				X60	X60 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos													
				X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte													
				X62	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte													

				X63	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo													
				X64	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados													
				X65	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol													
				X66	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores													
				X67	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores													
				X68	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas													

				X69	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados														
				X70	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación														
				X71	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión														
				X72	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta														
				X73	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga														
				X74	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas														
				X75	Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo														

				X76	Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas														
				X77	Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes														
				X78	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante														
				X79	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo														
				X80	Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado														
				X81	Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento														
				X82	Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor														
				X83	Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados														

				X84	Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados														
--	--	--	--	-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 3 LISTADO RESULTANTE DE LAS VOTACIONES DE LA PRIMERA RONDA.

CIE10 Capítulo		CIE10 Grupo		CIE10 Categoría		CIE10 Subcategoría		n	T (*10.000)	Votos 1°REU	HE SI/NO
A00- B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	A00- A09	Enfermedades infecciosas intestinales	A04	Otras infecciones intestinales bacterianas					1	
				A05	Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas					1	
				A07	Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios					1	
				A08	Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados					2	
				A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado					5	
		A15- A19	Tuberculosis	A15	Tuberculosis respiratoria, confirmada bacteriológica e histológicamente					1	
				A16	Tuberculosis respiratoria, no confirmada bacteriológica o histológicamente					1	
				A18	Tuberculosis de otros órganos					1	
				A19	Tuberculosis miliar					1	

		A30- A49	Otras enfermedades bacterianas	A37 A46	Tos ferina [tos convulsiva] Erisipela				1 3	
		A50- A64	Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual	A50 A51 A52 A53	Sífilis congénita Sífilis precoz Sífilis tardía Otras sífilis y las no especificadas				1 1 1 1	
		B15- B19	Hepatitis viral	B16	Hepatitis aguda tipo B				1	
					B161	Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (coinfección), sin coma hepático			1	
					B169	Hepatitis aguda tipo B sin agente delta y sin coma hepático			1	
				B18	Hepatitis viral crónica	B180	Hepatitis viral tipo B crónica, con agente delta		1	
						B181	Hepatitis viral tipo B crónica, sin agente delta		1	
		B25- B34	Otras enfermedades virales	B26	Parotiditis infecciosa				1	
		B65- B83	HelminCIAS	B77	Ascariasis				1	
D50- D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y	D50- D53	Anemias nutricionales	D50	Anemias por deficiencia de hierro				3	
					D501	Disfagia sideropénica			1	

	ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad				D508	Otras anemias por deficiencia de hierro			1	
					D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación			2	
				D51	Anemias por deficiencia de vitamina B12				2	
				D52	Anemia por deficiencia de folatos				2	
E00- E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	E10- E14	Diabetes mellitus						2	
				E10	Diabetes mellitus insulino dependiente				3	
				E11	Diabetes mellitus no insulino dependiente				3	
				E12	Diabetes mellitus asociada con desnutrición				1	
				E13	Otras diabetes mellitus especificadas				1	
				E14	Diabetes mellitus, no especificada				2	
		E40- E46	Desnutrición	E40	Kwashiorkor				1	
				E41	Marasmo nutricional				1	
				E42	Kwashiorkor marasmático				1	
				E43	Desnutrición proteico calórica severa, no especificada				1	

			E44	Desnutrición proteicoalórica de grado moderado y leve				1	
			E45	Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicoalórica				1	
			E46	Desnutrición proteicoalórica, no especificada				1	
E50- E64	Otras deficiencias nutricionales	E50	Deficiencia de vitamina A					1	
		E51	Deficiencia de tiamina					1	
		E52	Deficiencia de niacina [pelagra]					1	
		E53	Deficiencias de otras vitaminas del grupo B					1	
		E54	Deficiencia de ácido ascórbico					1	
		E55	Deficiencia de vitamina D					1	
		E56	Otras deficiencias de vitaminas					1	
		E58	Deficiencia dietética de calcio					1	
		E59	Deficiencia dietética de selenio					1	
		E60	Deficiencia dietética de zinc					1	
		E61	Deficiencias de otros elementos nutricionales					1	
		E63	Otras deficiencias nutricionales					1	
		E64	Secuelas de la desnutrición y de otras deficiencias nutricionales					1	
		E643	Secuelas del raquitismo					1	
E70- E90	Trastornos metabólicos	E86	Depleción del volumen					1	

F00- F99	Trastornos mentales y del comportamiento	F00- F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	F00	Demencia en la enfermedad de Alzheimer				1			
				F01	Demencia vascular				1			
				F02	Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte				1			
				F03	Demencia , no especificada				1			
G00- G99	Enfermedades del sistema nervioso	G00- G09	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	G00	Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte	G000	Meningitis por hemófilos		1			
				G40- G47	Trastornos episódicos y paroxísticos	G40	Epilepsia				4	
						G41	Estado de mal epiléptico				2	
						G45	Ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes afines				2	
						G46	Síndromes vasculares encefálicos en enfermedades cerebrovasculares (I60–I67†)				1	
H60- H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	H65- H75	Enfermedades del oído medio y de la mastoides	H66	Otitis media supurativa y la no especificada				2			
				H67	Otitis media en enfermedades clasificadas en otra parte				1			
I00- I99	Enfermedades del sistema circulatorio	I00- I02	Fiebre reumática aguda	I00	Fiebre reumática sin mención de complicación cardíaca				1			
				I02	Corea reumática				1			
			Enfermedades hipertensivas	I10					2			

				Hipertensión esencial (primaria)	I10X	Hipertensión esencial (primaria)		2			
				Enfermedad hipertensiva cardíaca	I110	Enfermedad hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva)		4			
							I119	Enfermedad hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)		2	
							I12	Enfermedad renal hipertensiva		2	
				Enfermedad hipertensiva cardiorrenal				2			
					I130	Enfermedad hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva)		2			
				I15	Hipertensión secundaria			1			
		I20- I25	Enfermedades isquémicas del corazón	I20	Angina de pecho			1			
				I21	Infarto agudo del miocardio			2			
				I25	Enfermedad isquémica crónica del corazón			3			
						I252	Infarto antiguo del miocardio			1	
		I30- I52	Otras formas de enfermedad del corazón	I47	Taquicardia			1			
				I48	Fibrilación y aleteo auricular			2			
				I50	Insuficiencia cardíaca			3			

		160-169	Enfermedades cerebrovasculares	I60	Hemorragia subaracnoidea				1	
				I61	Hemorragia intraencefálica				2	
				I63	Infarto cerebral				2	
				I64	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico				2	
				I67	Otras enfermedades cerebrovasculares				2	
				I69	Secuelas de enfermedad cerebrovascular				1	
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	J00-J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]				3	
				J01	Sinusitis aguda				2	
				J02	Faringitis aguda				2	
				J03	Amigdalitis aguda				4	
				J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados				2	
		J09-J18	Influenza [gripe] y neumonía	J10	Influenza debida a virus de la influenza estacional identificado				3	
				J11	Influenza debida a virus no identificado				1	

			J13	Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae				2		
			J14	Neumonía debida a Haemophilus influenzae				1		
			J15	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte				4		
					J153	Neumonía debida a estreptococos del grupo B			1	
					J154	Neumonía debida a otros estreptococos			1	
					J157	Neumonía debida a Mycoplasma pneumoniae			1	
					J158	Otras neumonías bacterianas			1	
					J159	Neumonía bacteriana no especificada			2	
			J16	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte				1		
					J168	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados			1	
			J18	Neumonía, organismo no especificado				3		
					J180	Bronconeumonía no especificada			1	
					J181	Neumonía lobar no especificada			2	

					J188	Otras neumonías de microorganismo no especificado			2		
	J20-	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	J20	Bronquitis aguda					2		
	J22		J21	Bronquiolitis aguda					3		
	J30-	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	J31	Rinitis, rinofaringitis y faringitis crónicas					1		
	J39		J312	Faringitis crónica					1		
			J36	Absceso periamigdalino						3	
	J40-	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J40	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica					4		
	J47		J41	Bronquitis crónica simple y mucopurulenta						1	
			J42	Bronquitis crónica no especificada						1	
			J43	Enfisema						1	
			J44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas						3	
				J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada					2	
				J45	Asma					4	
				J46	Estado asmático					4	
			K02	Caries dental					1		

K00- K93	Enfermedades del sistema digestivo	K00- K14	Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	K03	Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes				1		
				K04	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales				1		
				K05	Gingivitis y enfermedades periodontales				1		
				K06	Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula				1		
				K08	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén				1		
				K09	Quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte	K098	Otros quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte			1	
				K09	Quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte	K099	Quiste de la región bucal, sin otra especificación			1	
				K12	Estomatitis y lesiones afines					1	
				K13	Otras enfermedades de los labios y de la mucosa bucal					1	
		K20- K31	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	K25	Úlcera gástrica				3		
				K250	Úlcera gástrica aguda con hemorragia				1		
		K252	Úlcera gástrica aguda con hemorragia y perforación				1				

					K254	Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia		1	
					K256	Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia y perforación		1	
			K26	Úlcera duodenal				1	
					K260	Úlcera duodenal aguda con hemorragia		1	
					K262	Úlcera duodenal aguda con hemorragia y perforación		1	
		K35- K38	Enfermedades del apéndice	K35	Apendicitis aguda	K352	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada		3
						K353	Apendicitis aguda con peritonitis localizada		4
		K50- K52	Enteritis y colitis no infecciosas	K52	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	K522	Colitis y gastroenteritis alérgicas y dietéticas		1
						K528	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas especificadas		1
						K529	Colitis y gastroenteritis no infecciosas no especificadas		1

		K90- K93	Otras enfermedades del sistema digestivo	K92	Otras enfermedades del sistema digestivo	K922	Hemorragia gastrointestinal no especificada		1		
L00- L99	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	L00- L08	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	L01	Impétigo				2		
				L02	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco				4		
				L03	Celulitis				5		
						L030	Celulitis de los dedos de la mano y del pie			1	
						L039	Celulitis de sitio no especificado			1	
				L04	Linfadenitis aguda				1		
		L08	Otras infecciones locales de la piel y del tejido subcutáneo				1				
		L80- L99	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	L88	Pioderma gangrenoso				1		
				L98	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo no clasificados en otra parte	L980	Granuloma piógeno			1	
		L983	Celulitis eosinófila [Wells]					1			
N00- N99	Enfermedades del sistema genitourinario	N10- N16	Enfermedad renal tubulointersticial	N10	Nefritis tubulointersticial aguda				3		
				N11	Nefritis tubulointersticial crónica				1		
		N12	Nefritis tubulointersticial, no especificada como aguda o crónica				1				

		N30- N39	Otras enfermedades del sistema urinario	N30	Cistitis				1	
				N34	Uretritis y síndrome uretral				1	
				N39	Otros trastornos del sistema urinario				5	
				N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado				3	
		N70- N77	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	N70	Salpingitis y ooforitis				2	
				N71	Enfermedad inflamatoria del útero, excepto del cuello uterino				2	
				N72	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino				1	
				N73	Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas				2	
				N74	Trastornos inflamatorios de la pelvis femenina en enfermedades clasificadas en otra parte				1	
				N75	Enfermedades de la glándula de Bartholin				1	
				N76	Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva				2	
O00- O99	Embarazo, parto y puerperio	O20- O29	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	O23	Infecciones del tracto genitourinario en el embarazo				4	

P00- P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P35- P39	Infecciones específicas del período perinatal	P35	Enfermedades virales congénitas	P350	Síndrome de rubéola congénita		1	
R00- R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	R50- R69	Síntomas y signos generales	R56	Convulsiones, no clasificadas en otra parte				2	

ANEXO 4 LISTADO DE CÓDIGOS ORDENADO SEGÚN CANTIDAD DE VOTOS.

CIE10 Capítulo		CIE10 Grupo		CIE10 Categoría		CIE10 Subcategoría		Votos 1ªronda	Votos 2ªronda
A00- B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	A00- A09	Enfermedades infecciosas intestinales	A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado			5	7
J00- J99	Enfermedades del sistema respiratorio	J20- J22	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	J21	Bronquiolitis aguda			3	7
CIE10 Capítulo		CIE10 Grupo		CIE10 Categoría		CIE10 Subcategoría		Votos 1ªronda	Votos 2ªronda
G00- G99	Enfermedades del sistema nervioso	G00- G09	Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	G40	Epilepsia			4	6
I00- I99	Enfermedades del sistema circulatorio	J09- J18	Influenza [gripe] y neumonía	I11	Enfermedad cardíaca hipertensiva	I110	Enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva)	4	6
J00- J99	Enfermedades del sistema respiratorio	J09- J18	Influenza [gripe] y neumonía	J10	Influenza debida a virus de la influenza estacional identificado			3	6
		J20- J22	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	J20	Bronquitis aguda			2	6
		J40- J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J46	Estado asmático			4	6
L00- L99	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	L00- L08	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	L03	Celulitis			5	6
N00- N99	Enfermedades del sistema genitourinario	N30- N39	Otras enfermedades del sistema urinario	N39	Otros trastornos del sistema urinario			5	6
CIE10 Capítulo		CIE10 Grupo		CIE10 Categoría		CIE10 Subcategoría		Votos 1ªronda	Votos 2ªronda
A00- B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	A00- A09	Enfermedades infecciosas intestinales	A08	Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados			2	5
E00- E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	E10- E14	Diabetes mellitus	E10	Diabetes mellitus insulino dependiente			3	5
				E11	Diabetes mellitus no insulino dependiente			3	5

I00- I99	Enfermedades del sistema circulatorio	I10- I15	Enfermedades hipertensivas	I12	Enfermedad renal hipertensiva			2	5
				I25	Enfermedad isquémica crónica del corazón			3	5
J00- J99	Enfermedades del sistema respiratorio	J00- J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]			3	5
				J03	Amigdalitis aguda			4	5
		J09- J18	Influenza [gripe] y neumonía	J15	Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte			4	5
				J18	Neumonía, organismo no especificado			3	5
N00- N99	Enfermedades del sistema genitourinario	N30- N39	Otras enfermedades del sistema urinario	N39	Otros trastornos del sistema urinario	N390	Infección de vías urinarias sitio no especificado	3	5
O00- O99	Embarazo, parto y puerperio	O20- O29	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	O23	Infecciones del tracto genitourinario en el embarazo			4	5
CIE10 Capítulo		CIE10 Grupo		CIE10 Categoría		CIE10 Subcategoría		Votos 1ªronda	Votos 2ªronda
A00- B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	A00- A09	Enfermedades infecciosas intestinales	A46	Erisipela			3	4
D50- D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	D50- D53	Anemias nutricionales	D50	Anemias por deficiencia de hierro			3	4
						D509	Anemia por deficiencia de hierro sin otra especificación	2	4
G00- G99	Enfermedades del sistema nervioso	G40- G47	Trastornos episódicos y paroxísticos	G41	Estado de mal epiléptico			2	4
I00- I99	Enfermedades del sistema circulatorio	I10- I15	Enfermedades hipertensivas	I10	Hipertensión esencial (primaria)	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	2	4
				I11	Enfermedad cardíaca hipertensiva	I119	Enfermedad cardíaca hipertensiva sin insuficiencia cardíaca (congestiva)	2	4
				I13	Enfermedad cardiorenal hipertensiva	I130	Enfermedad cardiorenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva)	2	4
		I20- I25	Enfermedades isquémicas del corazón	I21	Infarto agudo del miocardio			2	4

		I30-I52	Otras formas de enfermedad del corazón	I50	Insuficiencia cardíaca			3	4
		I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	I63	Infarto cerebral			2	4
				I64	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado como hemorrágico o isquémico			2	4
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	J00-J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados			2	4
		J30-J39	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	J36	Absceso periamigdalino			3	4
		J40-J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J40	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica			4	4
				J45	Asma			4	4
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	K35-K38	Enfermedades del apéndice	K35	Apendicitis aguda	K353	Apendicitis aguda con peritonitis localizada	4	4
L00-L99	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	L00-L08	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	L02	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco			4	4
N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario	N10-N16	Enfermedad renal tubulointersticial	N10	Nefritis tubulointersticial aguda			3	4
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	R50-R69	Síntomas y signos generales	R56	Convulsiones, no clasificadas en otra parte			2	4
CIE10 Capítulo		CIE10 Grupo		CIE10 Categoría		CIE10 Subcategoría		Votos 1ªronda	Votos 2ªronda
				A15	Tuberculosis respiratoria, confirmada bacteriológica e histológicamente			1	3
				A16	Tuberculosis respiratoria, no confirmada bacteriológica o histológicamente			1	3
				A50	Sífilis congénita			1	3
						B169	Hepatitis aguda tipo B sin agente delta y sin coma hepático	1	3
				D51	Anemias por deficiencia de vitamina B12			2	3

				D52	Anemia por deficiencia de folatos			2	3
				E14	Diabetes mellitus, no especificada			2	3
				E86	Depleción del volumen			1	3
				F03	Demencia , no especificada			1	3
				G45	Ataques de isquemia cerebral transitoria y síndromes afines			2	3
				I10	Hipertensión esencial (primaria)			2	3
				I13	Enfermedad cardiorenal hipertensiva			2	3
				I48	Fibrilación y aleteo auricular			2	3
				J01	Sinusitis aguda			2	3
				J02	Faringitis aguda			2	3
				J13	Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae			2	3
				J44	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas			3	3
						J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada	2	3
				K25	Úlcera gástrica			3	3
						K250	Úlcera gástrica aguda con hemorragia	1	3
						K254	Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia	1	3
						K260	Úlcera duodenal aguda con hemorragia	1	3
						K262	Úlcera duodenal aguda con hemorragia y perforación	1	3
				L01	Impétigo			2	3
				N30	Cistitis			1	3
				A19	Tuberculosis miliar			1	2
				A37	Tos ferina [tos convulsiva]			1	2
				A51	Sífilis precoz			1	2
						B161	Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (co infección), sin coma hepático	1	2

				B18	Hepatitis viral crónica	B180	Hepatitis viral tipo B crónica, con agente delta	1	2
						B181	Hepatitis viral tipo B crónica, sin agente delta	1	2
				B26	Parotiditis infecciosa			1	2
						D508	Otras anemias por deficiencia de hierro	1	2
								2	2
				E46	Desnutrición proteicoalórica, no especificada			1	2
				F00	Demencia en la enfermedad de Alzheimer			1	2
				F01	Demencia vascular			1	2
				F02	Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte			1	2
				G00	Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte	G000	Meningitis por hemófilos	1	2
				G46	Síndromes vasculares encefálicos en enfermedades cerebrovasculares (I60–I67+)			1	2
				H66	Otitis media supurativa y la no especificada			2	2
				H67	Otitis media en enfermedades clasificadas en otra parte			1	2
				I00	Fiebre reumática sin mención de complicación cardíaca			1	2
				I20	Angina de pecho			1	2
						I252	Infarto antiguo del miocardio	1	2
				I61	Hemorragia intraencefálica			2	2
				I67	Otras enfermedades cerebrovasculares			2	2
				I69	Secuelas de enfermedad cerebrovascular			1	2
				J11	Influenza debida a virus no identificado			1	2

				J14	Neumonía debida a Haemophilus influenzae			1	2
						J159	Neumonía bacteriana no especificada	2	2
				J16	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificados en otra parte			1	2
						J168	Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos especificados	1	2
						J181	Neumonía lobar no especificada	2	2
						J188	Otras neumonías de microorganismo no especificado	2	2
				J41	Bronquitis crónica simple y mucopurulenta			1	2
				J42	Bronquitis crónica no especificada			1	2
						K252	Úlcera gástrica aguda con hemorragia y perforación	1	2
						K256	Úlcera gástrica crónica o no especificada con hemorragia y perforación	1	2
				K26	Úlcera duodenal			1	2
				K35	Apendicitis aguda	K352	Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	3	2
				K52	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	K522	Colitis y gastroenteritis alérgicas y dietéticas	1	2
						K528	Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas especificadas	1	2
						K529	Colitis y gastroenteritis no infecciosas no especificadas	1	2
				K92	Otras enfermedades del sistema digestivo	K922	Hemorragia gastrointestinal no especificada	1	2
						L030	Celulitis de los dedos de la mano y del pie	1	2

					L039	Celulitis de sitio no especificado	1	2	
				L04	Linfadenitis aguda		1	2	
				L08	Otras infecciones locales de la piel y del tejido subcutáneo		1	2	
				N34	Uretritis y síndrome uretral		1	2	
				N70	Salpingitis y ooforitis		2	2	
				P35	Enfermedades virales congénitas	P350	Síndrome de rubéola congénita	1	2
				A04	Otras infecciones intestinales bacterianas		1	1	
				A05	Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas		1	1	
				A07	Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios		1	1	
				A18	Tuberculosis de otros órganos		1	1	
				A52	Sífilis tardía		1	1	
				A53	Otras sífilis y las no especificadas		1	1	
						D501	Disfagia sideropénica	1	1
				E12	Diabetes mellitus asociada con desnutrición		1	1	
				E13	Otras diabetes mellitus especificadas		1	1	
				E40	Kwashiorkor		1	1	
				E41	Marasmo nutricional		1	1	
				E42	Kwashiorkor marasmático		1	1	
				E43	Desnutrición proteicocalórica severa, no especificada		1	1	
				E44	Desnutrición proteicocalórica de grado moderado y leve		1	1	
				E45	Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicocalórica		1	1	
				E51	Deficiencia de tiamina		1	1	
				E53	Deficiencias de otras vitaminas del grupo B		1	1	
				E54	Deficiencia de ácido ascórbico		1	1	

				E64	Secuelas de la desnutrición y de otras deficiencias nutricionales			1	1
						E643	Secuelas del raquitismo	1	1
				I02	Corea reumática			1	1
				I15	Hipertensión secundaria			1	1
				I47	Taquicardia			1	1
				I60	Hemorragia subaracnoidea			1	1
						J153	Neumonía debida a estreptococos del grupo B	1	1
						J154	Neumonía debida a otros estreptococos	1	1
						J157	Neumonía debida a Mycoplasma pneumoniae	1	1
						J158	Otras neumonías bacterianas	1	1
						J180	Bronconeumonía no especificada	1	1
				J31	Rinitis, rinofaringitis y faringitis crónicas			1	1
						J312	Faringitis crónica	1	1
				J43	Enfisema			1	1
				K02	Caries dental			1	1
				K03	Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes			1	1
				K04	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales			1	1
				K05	Gingivitis y enfermedades periodontales			1	1
				K06	Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula			1	1
				K08	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén			1	1
				K09	Quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte	K098	Otros quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte	1	1
				K09	Quistes de la región bucal, no clasificados en otra parte	K099	Quiste de la región bucal, sin otra especificación	1	1

				K12	Estomatitis y lesiones afines			1	1
				K13	Otras enfermedades de los labios y de la mucosa bucal			1	1
				L88	Pioderma gangrenoso			1	1
				N12	Nefritis tubulointersticial, no especificada como aguda o crónica			1	1
				N73	Otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas			2	1
				N75	Enfermedades de la glándula de Bartholin			1	1
				N76	Otras afecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva			2	1
				B16	Hepatitis aguda tipo B			1	0
				B77	Ascariasis			1	0
				E50	Deficiencia de vitamina A			1	0
				E52	Deficiencia de niacina [pelagra]			1	0
				E55	Deficiencia de vitamina D			1	0
				E56	Otras deficiencias de vitaminas			1	0
				E58	Deficiencia dietética de calcio			1	0
				E59	Deficiencia dietética de selenio			1	0
				E60	Deficiencia dietética de zinc			1	0
				E61	Deficiencias de otros elementos nutricionales			1	0
				E63	Otras deficiencias nutricionales			1	0
				L98	Otros trastornos de la piel y del tejido subcutáneo no clasificados en otra parte	L980	Granuloma piógeno	1	0
						L983	Celulitis eosinófila [Wells]	1	0
				N11	Nefritis tubulointersticial crónica			1	0
				N71	Enfermedad inflamatoria del útero, excepto del cuello uterino			2	0
				N72	Enfermedad inflamatoria del cuello uterino			1	0
				N74	Trastornos inflamatorios de la pelvis femenina en enfermedades clasificadas en otra parte			1	0

ANEXO 5 POBLACIÓN BENEFICIARIA FONASA, SSO, 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Osorno	141.002	139.271	143.251	142.783	145.796
Puerto Octay	8.349	7.733	7.771	7.682	7.731
Purranque	17.866	20.236	20.668	20.569	21.184
Puyehue	10.390	11.855	11.903	11.757	12.080
Río Negro	11.945	13.008	13.328	13.332	13.882
San Juan de la Costa	6.809	8.162	8.304	8.284	8.706
San Pablo	9.032	9.746	9.847	9.763	9.977
Provincia de Osorno	205.393	210.011	215.072	214.170	219.356

ANEXO 6 APROBACIÓN DE ESTE PROYECTO POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

(Documento en versión 3.1 corregida 17.11.2020)

Con fecha 20 de junio de 2023, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, integrado por los siguientes miembros:

Dra. Lucia Cifuentes O., Médico Genetista, Profesor Titular, Presidenta
Dra. María Angela Delucchi B., Médico Pediatra Nefrólogo, Profesor Titular
Sra. Claudia Marshall F., Educadora, Representante de la comunidad
Dra. Grisel Orellana V., Médico Neuropsiquiatra, Profesor Asociado
Prof. Julieta González B., Bióloga Celular, Profesor Asociado
Dra. María Luz Bascuñán R., Psicóloga PhD, Profesor Asociado
Sra. Karima Yarmuch G., Abogada, Dirección Jurídica, Facultad de Medicina
Sra. Javiera Cobo R., Nutricionista, Secretaria Ejecutiva
Prof. Verónica Aliaga C., Kinesióloga, Magíster en Bioética, Profesor Asociado
Dr. Dante Cáceres L., Médico Veterinario, Doctor en Salud Pública, Profesor Asociado
Dra. Yalda Lucero, Médico Pediatra, Doctorada en Ciencias Médicas, Profesor Ayudante

Ha revisado el Proyecto de Investigación titulado: "**HOSPITALIZACIONES EVITABLES POR CONDICIONES SENSIBLES AL CUIDADO AMBULATORIO EN EL SERVICIO DE SALUD DE OSORNO 2015-2019**". Cuyo investigador Responsable es la Srta. Natalia Mora, quien opta al grado de Magister, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

El Comité revisó los siguientes documentos del estudio:

- Proyecto de Tesis de Magíster
- Curriculum Vitae de los investigadores
- Carta Compromiso del investigador
- Carta de autorización del Sr. Luis Barrientos, Director Servicio de Salud de Osorno, de fecha 02 de mayo de 2023.

El proyecto y los documentos señalados en el párrafo precedente han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

20JUN2023



Teléfono: 29789536 - Email: ceish.med@uchile.cl



**UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

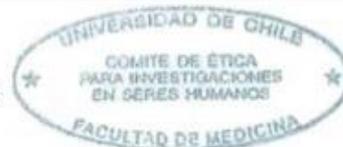
Sobre la base de esta información el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los aspectos del proyecto que a continuación se señalan:

- a) Carácter de la población a estudiar: Se trabajará con bases de datos secundarios de tipo secundaria anonimizada.
- b) Utilidad del proyecto: Se analizarán la totalidad de los egresos hospitalarios registrados en los establecimientos hospitalarios de la red de salud del Servicio de Salud de Osorno (SSO), entre los años 2015-2019, considerados como "hospitalizaciones evitables", lo que permitirá establecer una línea base a partir de la cual establecer políticas y planes de salud acordes a la realidad local y pertinentes territorialmente. Además, este listado permitirá evaluar el desempeño de la red en su conjunto y la producción de atenciones de salud.
- c) Riesgos y beneficios: Riesgos mínimos respecto a los beneficios para el SSO.
- d) Protección de los participantes (asegurada por el consentimiento informado): Se dispensa el consentimiento informado considerando que se analizará una base de datos anonimizada de los registros hospitalarios de la red del SSO, en el periodo comprendido entre el años 2015 a 2019.
- e) Notificación oportuna de reacciones adversas: No aplica.
- f) Compromiso del investigador responsable en la notificación de los resultados del estudio al finalizar el proyecto: Si.
- g) Requiere seguimiento o visita en terreno: Si ___ No
N.º de vistas: ___

Por lo tanto, el comité estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

Sin perjuicio de lo anterior, según lo establecido en el artículo 10 bis del D.S N° 114 de 2011, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de la ley N° 20.120; es preciso recordar que toda investigación científica en seres humanos deberá contar con la autorización expresa del o de los directores de los establecimientos dentro de los cuales se efectúe, la que deberá ser evacuada dentro del plazo de 20 días hábiles contados desde la evaluación conforme del CEISH, siendo de responsabilidad del investigador enviar a este Comité una copia de la misma dentro del plazo señalado.

20JUN2023



Teléfono: 29789536 - Email: ceish.med@uchile.cl



**UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Se extiende este documento por el periodo de **02 años** a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

Lugar de realización del estudio:

- Servicio de Salud de Osorno (SSO).

**JAVIERA DE LOS
ANDES COBO
RIVEROS**

**Nta. Javiera Cobo Riveros
Secretaria Ejecutiva CEISH**

Santiago, 20 de junio 2023

Proyecto: N° 057-2023
Archivo acta: N° 030



20JUN2023

