



MINISTERIO DE SALUD
Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión de Redes Asistenciales
Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales

Proceso de Atención Ambulatoria Nivel Secundario y Terciario

E.U. Carolina Leiva Parisi

Dra. Elisa Llach Fernández

Proceso Asistencial de Atención Ambulatoria

Nivel Secundario y Terciario.

I. Introducción y Marco Conceptual

La Reforma de salud que se implementa el año 2005 nace de la necesidad imperiosa de aumentar el acceso, equidad y oportunidad a los requerimientos sanitarios de la población, con el uso eficiente de los recursos y efectividad en las acciones de salud.

Es así que la reforma de salud considera como objetivos centrales:

- Mayor equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud.
- Eficacia en las acciones realizadas.
- Adecuada protección financiera frente a los eventos de enfermedad.
- Mayor y mejor respuesta a las expectativas de la población.
- Mayor participación de la población.

Para dar respuesta a estos objetivos es necesario considerar un cambio de Modelo que debe contener necesariamente propuestas de Salud Familiar, Intersectorialidad, Promoción y prevención de Salud, Educación Comunitaria, Participación y Control Social. Dejando atrás al modelo tradicional salud-enfermedad para pasar a un **Modelo de atención integral**.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, ha sido definido como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

Las principales características que constituyen el Modelo de atención integral son:

1. **Centrado en el usuario**, integrando las distintas dimensiones aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Con **enfoque de salud familiar integral**, que permite conocer las interacciones en el interior de la familia tanto del punto de vista relacional como de las eventuales patologías de cada integrante, potenciando los recursos y habilidades de sus miembros, garantizando el cuidado continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital.
3. Con énfasis en lo **promocional** como política de estado que implica articulación del intersector y **preventivo** enfocado a grupos de riesgo.
4. Con participación en salud como proceso social colaborativo entre la comunidad y equipos técnicos en la priorización de los problemas de salud a abordar.
5. Considerando la **intersectorialidad** con otros componentes sociales para potenciar los componentes de la calidad de vida que inciden fuertemente en la salud de la población.
6. Incorporando la **calidad** en cada una de las acciones salud dirigida a los usuarios, asegurando una atención técnicamente segura y considerando la satisfacción usuaria.
7. Considerando un uso **eficiente y eficaz de la tecnología** en los ámbitos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de gestión.
8. Con una **gestión del recurso humano** que genere un clima organizacional adecuado con personal competente en sus roles y tareas reflejándose en una atención segura y de buen trato para el usuario.
9. Considerando el tránsito de un modelo basado en la atención cerrada a un modelo que promueve y potencia la **resolución ambulatoria** de los problemas de salud.

El modelo de salud integral requiere la implementación de un **Modelo de gestión** que garantice una eficaz integración de la Red asistencial de salud, que asegure el cumplimiento del régimen general de garantías, garantice el uso racional de recursos y mejore la satisfacción usuaria.

Las principales estrategias para la implementación de este modelo de gestión son:

1. Rearticulación de la Red asistencial.
2. Fortalecimiento de la Atención primaria de salud.
3. Transformación hospitalaria.

La transformación hospitalaria siendo una estrategia clave que implica avanzar hacia un modelo que promueve y potencia la resolución ambulatoria de los problemas de salud por una parte fortaleciendo la capacidad resolutoria de la atención primaria, con énfasis en la promoción y prevención y por otra **fortaleciendo la atención de las especialidades ambulatorias** orientándola a satisfacer los requerimientos de los usuarios, siendo esto último el objeto de nuestro interés.

II. Atención Ambulatoria de especialidad:

La atención ambulatoria de especialidad se ubica como un nivel resolutorio intermedio entre la atención primaria de salud y la atención cerrada de los hospitales. Se desarrolla en dos tipos de establecimientos según el Reglamento orgánico de los Servicios de Salud N° 140 del 07 de marzo del 2005:

Centros de Referencia Secundaria (CRS)

Son establecimientos de atención abierta de mediana complejidad, que proporcionan atención de tipo diagnóstico y terapéutico preferentemente a pacientes referidos por los Consultorios Generales. Ellos se crean en aquellos lugares en que es necesario aumentar la capacidad resolutoria de nivel secundario de atención ambulatoria, con el objeto que solucionen los problemas de salud de la población a ese nivel de atención. Estos Centros están a cargo de un Director, que depende directamente del Director del Servicio. Cuando estos Centros se encuentren aledaños a centros hospitalarios, dicho Director podrá determinar una modalidad de administración coordinada o única de estos establecimientos.

Los Centros de Referencia de Salud realizan las acciones correspondientes a las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia y cirugía, además de especialidades de alta demanda ambulatoria, tales como: dermatología, oftalmología, fisiatría, cirugía infantil, otorrinolaringología, neurología y odontología u otras que el Director del Servicio estime necesarias para satisfacer las demandas de salud

de la población. Cuentan con unidades de apoyo para la entrega de las prestaciones de las distintas especialidades.

Los Centros de atención Terciaria (CDT)

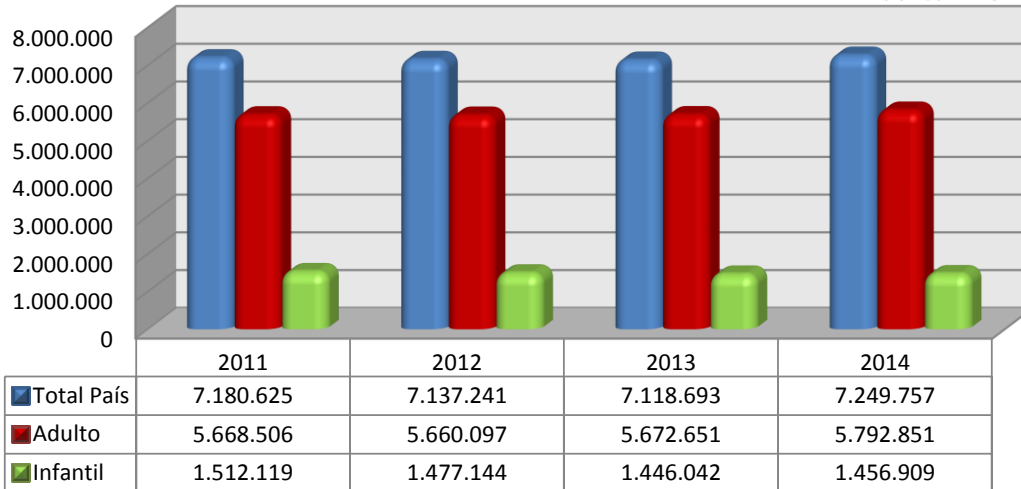
Son establecimientos de atención abierta de alta complejidad adosados a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud y consultorios generales y a pacientes hospitalizados en el establecimiento al cual están adosados. Estos Centros están a cargo de un Director, que dependerá directamente del Director del Servicio, sin perjuicio de lo cual, en casos fundados dicho Director del Servicio puede determinar una modalidad de administración única o coordinada con el Hospital al cual están adosados. Estos Centros cuentan al menos con pabellones para diversas especialidades, laboratorio de alta complejidad e imagenología compleja.

Las Carteras de Servicios de estos establecimientos se pueden clasificar en 4 líneas de intervención: actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y de cuidados paliativos. Los Centros de atención ambulatoria de especialidades son establecimientos de alta producción de productos intermedios y finales como consultas de especialidad, consultas de otros profesionales, exámenes y procedimientos de mayor complejidad y de Cirugía ambulatoria menor y mayor. A continuación realizaremos un análisis según información emanada del DEIS de la producción ambulatoria del país de los últimos 4 años.

La producción de consultas de especialidad supera los 7 millones anuales, de las cuales el 80% corresponden a consultas de mayores de 15 años. A través de los últimos cuatro años no se observa una variación significativa, más bien un leve descenso, con un incremento sólo del 1,8% durante el último año.

Consulta de Especialidad 2011-2014

Fuente: DEIS



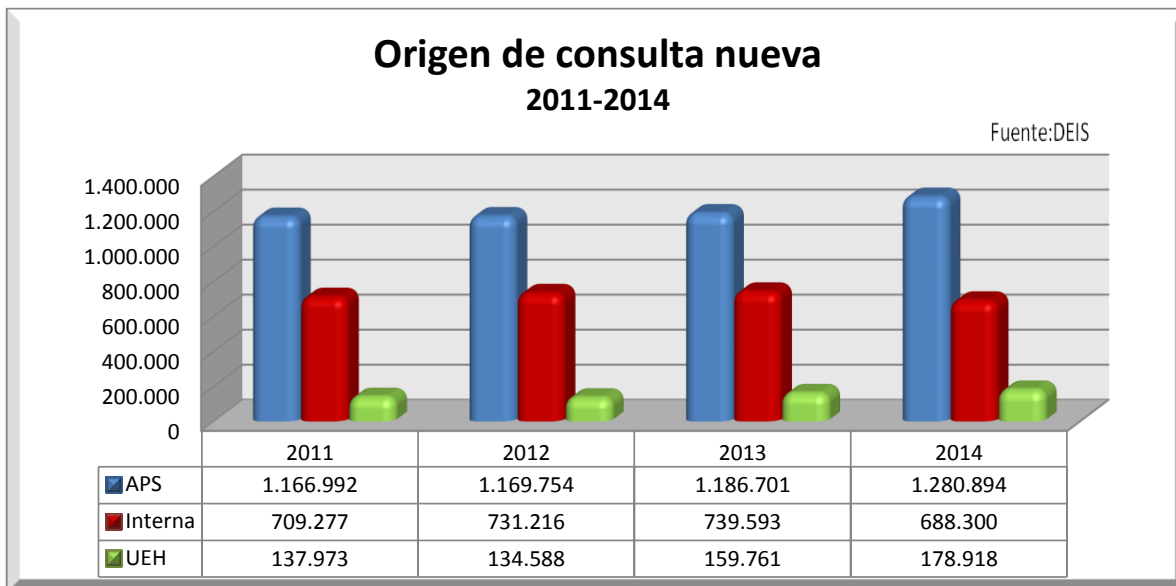
En relación al acceso medido desde el punto de vista de oferta a consultas nuevas o de ingreso a la especialidad corresponde al 29.6% de la totalidad de consultas realizadas, esta oferta ha disminuido en el grupo menor de 15 años en un 4,3% los últimos 4 años, a diferencia de los adultos con un incremento no muy importante de un 10%.



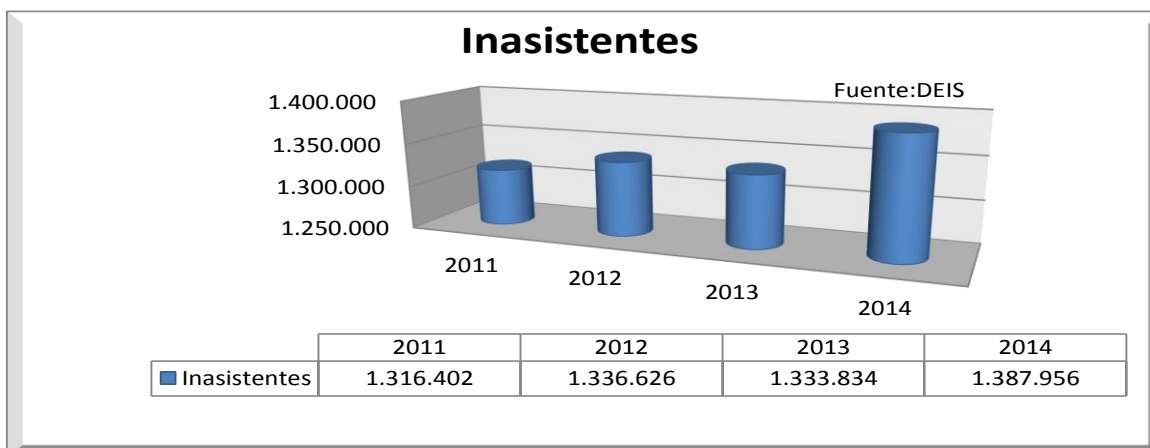
De estas consultas nuevas el 60% son referidas desde los Centros de Atención Primaria, un 32% es de referencia interna en los Centros secundarios y terciarios y un 8% son derivados de los Servicios de Urgencia para continuar el manejo de su problema de salud en forma ambulatoria.



Si observamos el origen a través de los años observamos que la oferta para Atención Primaria ha aumentado en forma no muy significativa de un 9%, el mayor incremento se observa en la referencia del Servicio de urgencia que corresponde al 29,6% con un leve descenso de un 3% de las derivaciones internas.



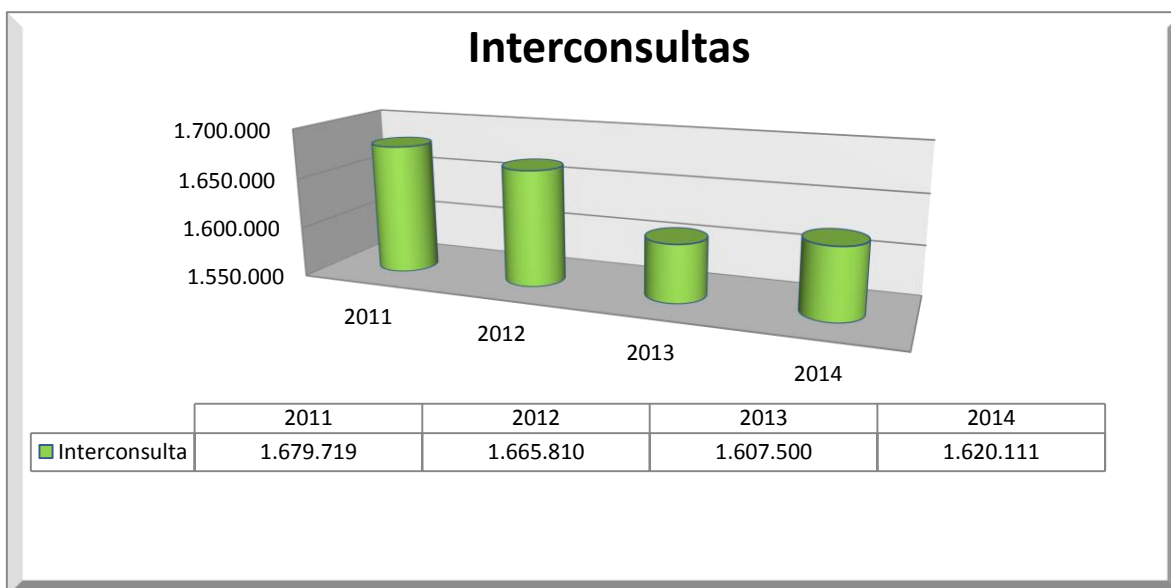
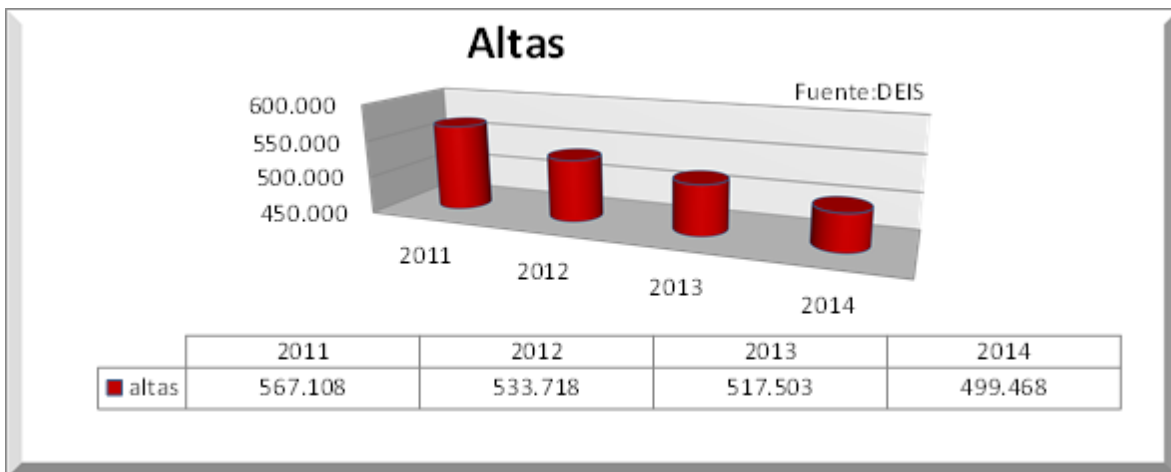
Esta oferta de consultas nuevas se ve afectada en forma importante por las horas perdidas por la inasistencia de los usuarios, que se ha mantenido en forma casi inalterable los últimos 4 años y que corresponde casi al millón cuatrocientas horas de especialidad perdidas, osea el 19% de la oferta a pesar de las distintas estrategias implementadas de confirmación de agendas.



Una forma de aumentar la oferta es incrementar las altas de especialidad derivando los pacientes con un plan de control y/o seguimiento a atención primaria o de alta a su domicilio si ya resolvió su problema de salud.

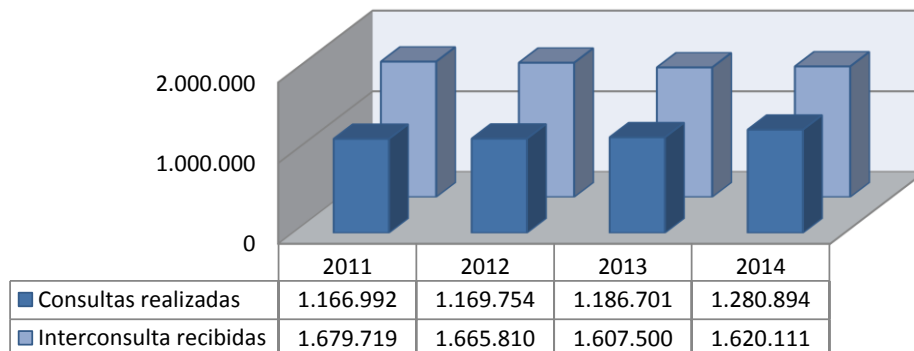
En este sentido las altas de especialidad han ido disminuyendo los últimos años hasta en un 20% que puede deberse al cambio de perfil epidemiológico con aumento de patologías

crónicas y complejas pero también a la falta de un plan de manejo más resolutivo con trabajo de Red.



Consulta realizada para APS v/s Interconsulta recibida de APS

Fuente:DEIS

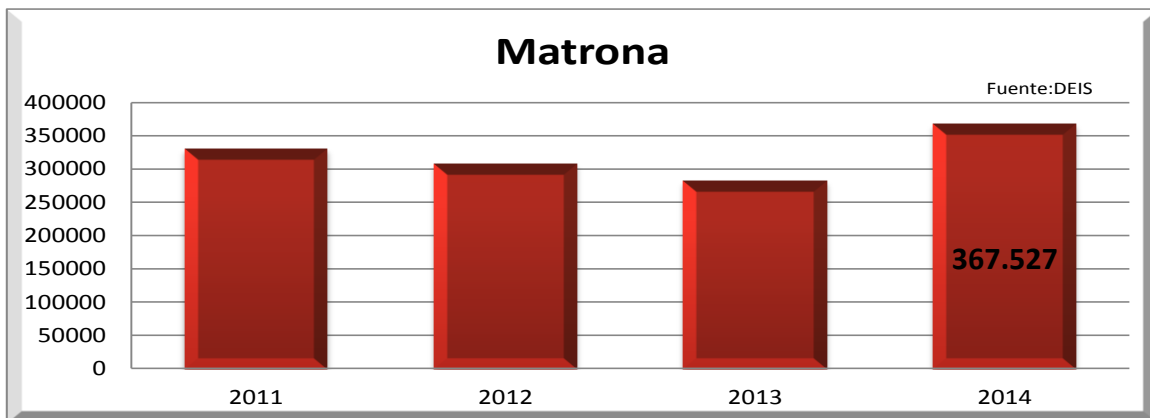
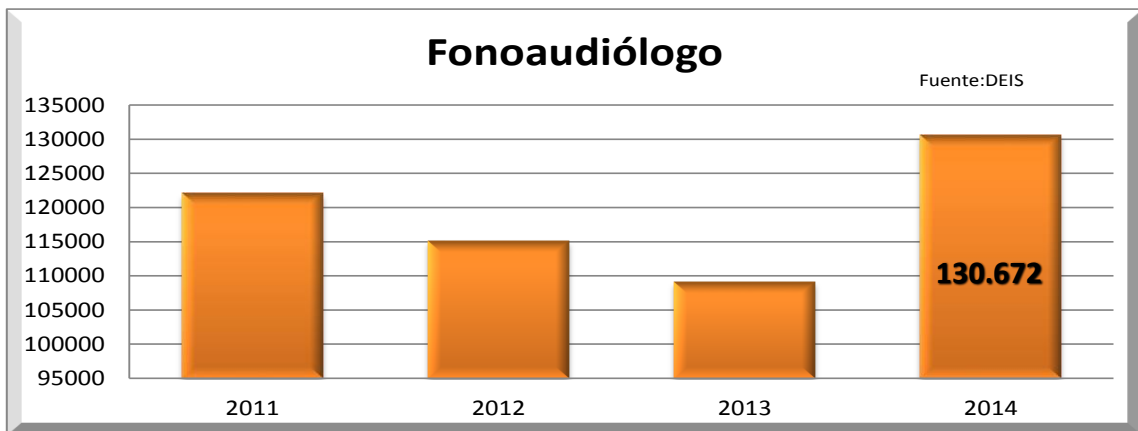


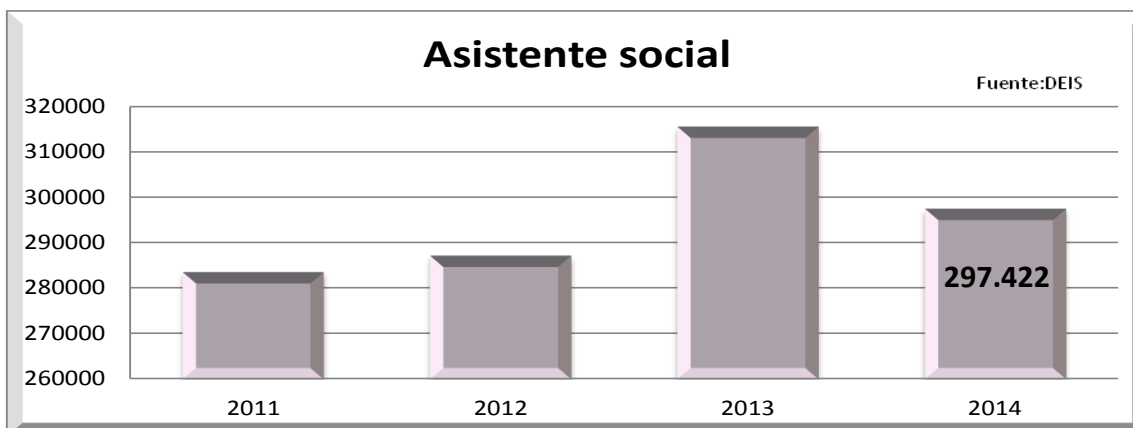
Si analizamos las interconsultas derivadas desde Atención Primaria vemos que se mantienen en el tiempo con un descenso de 3,6% poco significativo y al compararlo con el número de consultas realizadas para este mismo grupo que aumentan en un porcentaje equivalente al 9,7% en el mismo periodo. La brecha para dar respuesta a las interconsultas de Atención Primaria sería alrededor de 350 a 400 mil consultas nuevas.

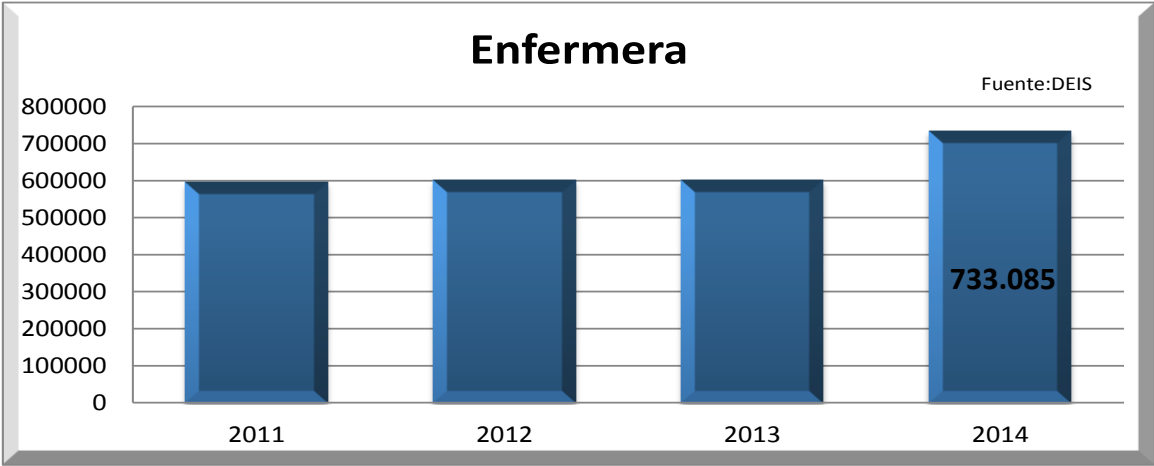
Si por otro lado, vemos que la inasistencia triplica este requerimiento parece que una de los temas a abordar es como disminuimos esta inasistencia, que estrategias implementamos o mejoramos en esta área.

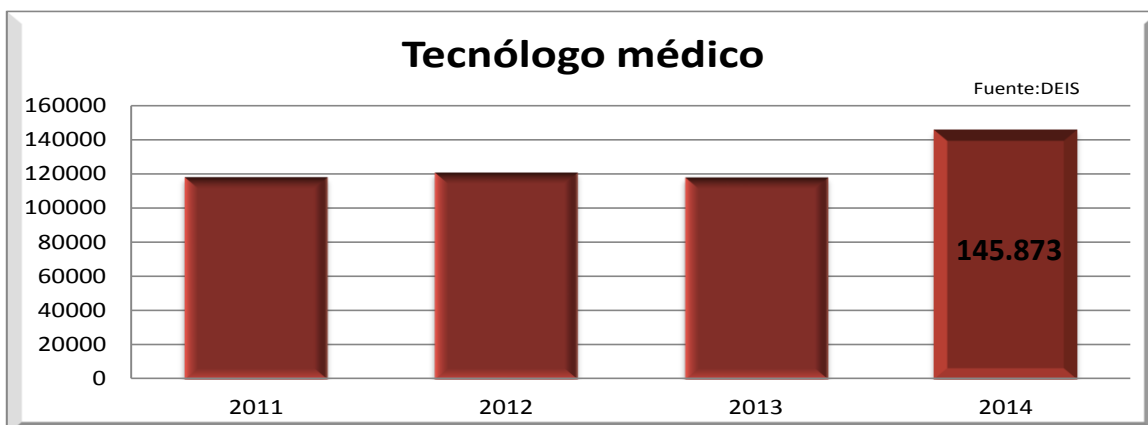
Consultas de Profesionales:

La oferta de consultas de profesionales ha ido en incremento los últimos 5 años en un número de más de un millón de prestaciones correspondiente al 41%. También ha aumentado la diversidad de prestaciones y su complejidad, lo que ha sido un gran aporte para la resolución diagnóstica y terapéutica de muchas patologías.







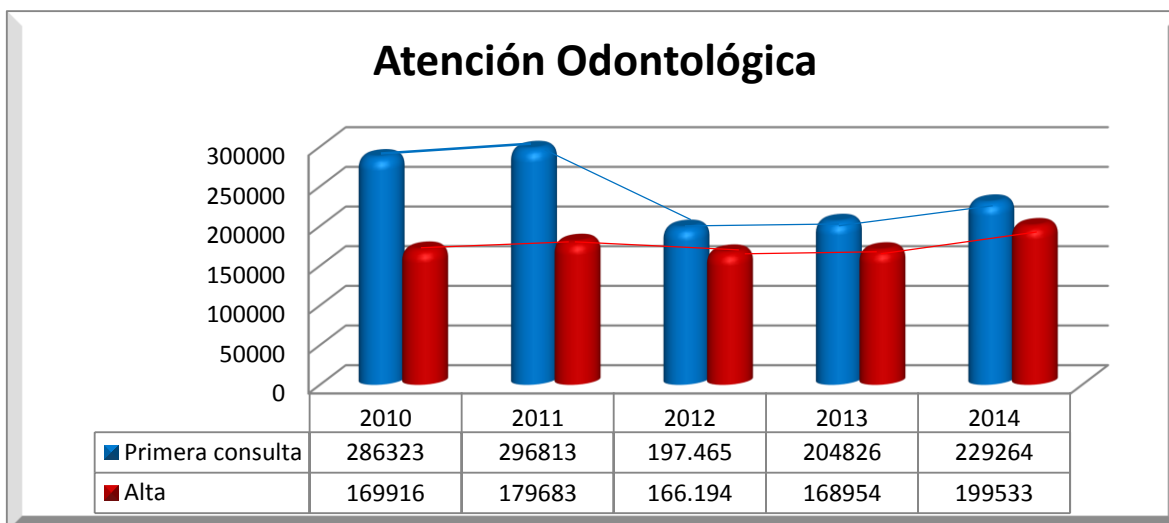


En general se observa un incremento en el número de consultas en todos los tipos de profesionales, destaca especialmente el área Kinésica donde ha sido un gran aporte en el área respiratoria aguda y crónica, como en rehabilitación neuromuscular, cardiovascular y otros.

Otro grupo que se destaca es el grupo de enfermería por el alto número de prestaciones que se mantiene estable con un incremento el último año.

Llama la atención la caída el 2014 de las consultas de asistentes sociales.

Atención Odontológica:



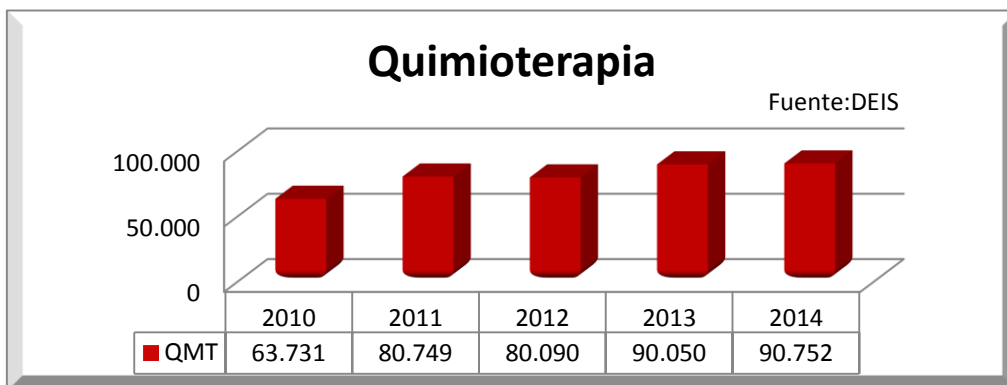
En la atención odontológica donde existe una gran lista de espera y tiempo de espera, se observa una caída de los ingresos en relación a los años 2010 y 2011 en una cantidad cercana a las 100.000 consultas que se recupera sólo en forma parcial al 2014 en un 20%.

Las altas corresponden a un valor bastante inferior a las consultas de ingreso ofertada lo que explicaría la acumulación de pacientes en atención y en espera. En especial considerando que generalmente esta alta requiere de varias consultas y actividades dentales antes de que se haga efectiva.

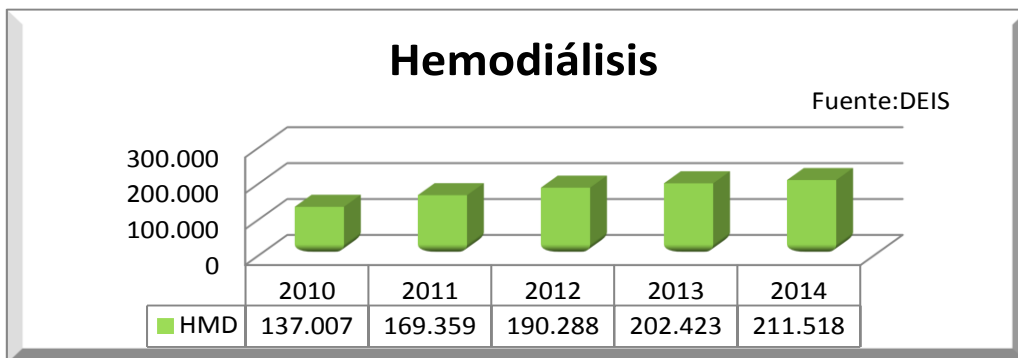
Procedimientos de alta Complejidad:

Quisiéramos destacar el incremento de procedimientos de alta complejidad que se realizan en el área ambulatoria, que han ido incrementando en forma paulatina, hacemos referencia en especial a 3 procedimientos de alto impacto:

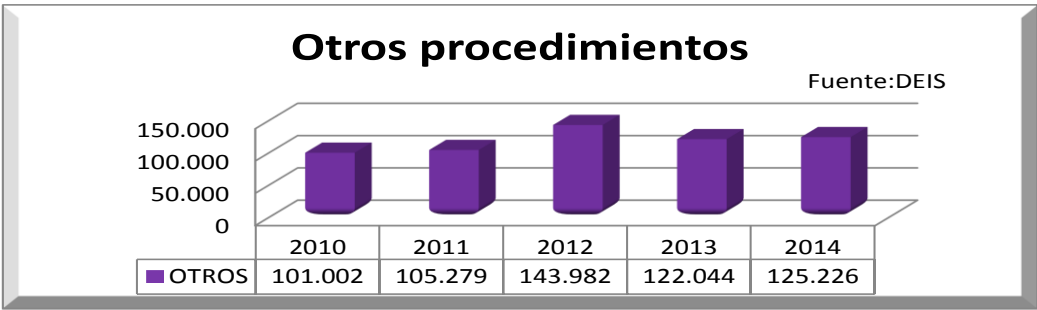
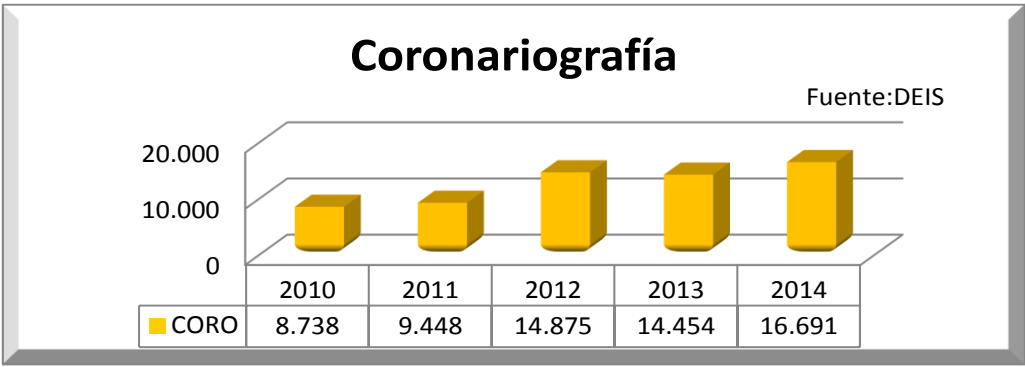
Las quimioterapias que han aumentado en un 42% en los últimos 5 años, que se relaciona con el aumento de la patología pero también por el aumento de aportes ministeriales tanto en GES como no Ges.



Hemodiálisis que ha aumentado en un 54% y cuyo requerimiento sigue aumentando, por el envejecimiento de la población y aumento de patología crónica.

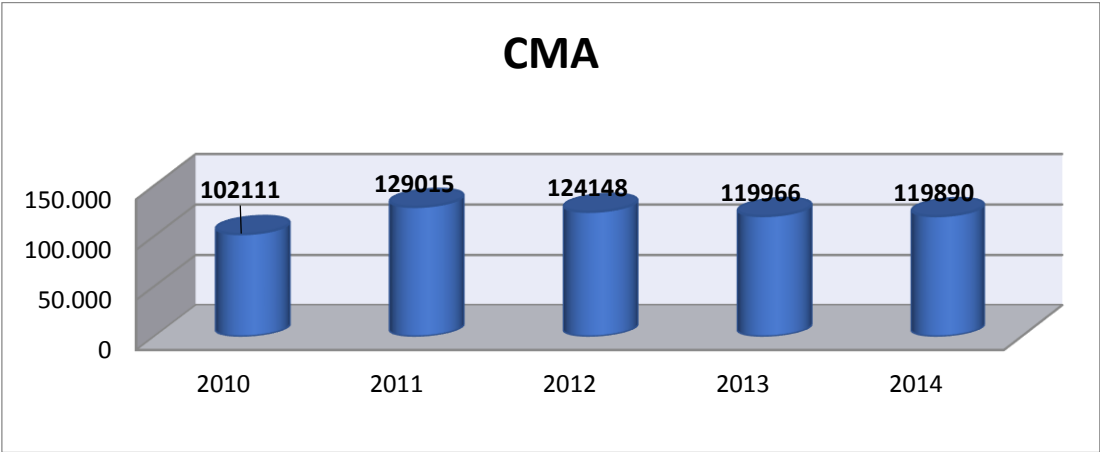


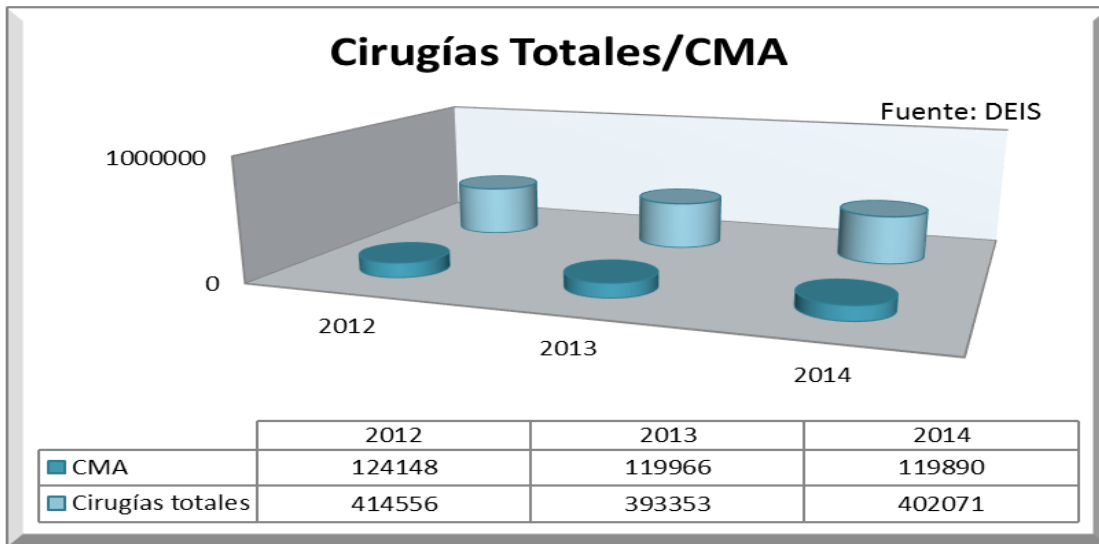
Las coronariografías aumentan en un 91% que son muestra de un aumento del aumento de la complejidad y de la demanda de patologías cardiovasculares.



Cirugía Mayor Ambulatoria:

La cirugía mayor ambulatoria se ha mantenido más o menos estable desde el 2011, cuya mayor producción fue el año 2012.





Al comparar con la totalidad de cirugías electivas la cirugía mayor ambulatoria (CMA) corresponde los 3 últimos años al 30%.

Corresponde a una estrategia que hay que potenciar en la resolución de lista de espera quirúrgica.

La localización estratégica dentro de la Red asistencial, su capacidad resolutive y alta capacidad productiva, los transforman en establecimientos claves para la óptima articulación y gestión de toda la Red.

III. Líneas de Trabajo

Es por lo anterior, que es prioritario contar con un eficiente equipo de Gestión a cargo del liderazgo de estos establecimientos, que se aboquen a las siguientes temáticas.

Las Principales áreas de trabajo a desarrollar o gestionar en estos establecimientos:

a) Relación con la Red:

Red Asistencial se define como *“Conjunto de Establecimientos de Salud complementarios y funcionalmente organizados según su nivel de complejidad y que prestan servicios de derivación (referencia y contra referencia) entre sí”*, éstos deben prestar atención de salud lo más cercano a la comunidad y las personas, con continuidad de la atención, esto se traduce en que el paciente fluye con claridad y facilidad a través de la Red para dar solución a su problema de salud. Para que esto se produzca necesariamente los establecimientos de una Red deben realizar un trabajo complementario, carteras de servicio complementarias con sistemas de comunicación definidos y compatibles.

Una Red bien estructurada generará optimización de la producción sanitaria, optimización de recursos económicos y una mayor satisfacción tanto para los usuarios como para los funcionarios de la Red.

Los establecimientos Ambulatorios de especialidad son los establecimientos claves en esta articulación de la Red, están en la etapa intermedia entre atención primaria y la atención cerrada, reciben pacientes de todos los niveles de la Red APS, Urgencia y Hospitalizados.

Deben resolver los pacientes de mayor complejidad que no pudieron ser resueltos en APS, los pacientes que requieren atención de equipos con mayor formación técnica y uso de mayor tecnología. También deben realizar la preparación de los pacientes que serán intervenidos o se realizarán algún procedimiento de mayor complejidad en la atención cerrada.

Son los llamados a liderar el proceso de referencia y contrarreferencia de la Red a la que pertenecen y por lo tanto, son los principales gestores de la demanda y la lista de espera de la Red.

b) Gestión de la Demanda:

La demanda se define como el requerimiento de atención de salud de una población definida.

La demanda la podemos caracterizar de acuerdo a su perfil demográfico y epidemiológico según condicionantes de salud y el daño de la salud de la población.

Para realizar el cuantificación de la demanda explícita debemos considerar la producción del año anterior por cada una de las especialidades ya sea de consulta, procedimientos e intervenciones, más la lista de espera para la misma especialidad aplicándole un factor de corrección de acuerdo a la concentración de controles que debiera tener al año cada especialidad esto se puede ajustar aún más si conocemos el perfil de la población bajo control de la especialidad y le asignamos una concentración diferente por patología, a este cálculo se le agrega los pacientes Ges programados para el año.

Siempre queda pendiente la demanda oculta que debiera considerarse pero es de difícil identificación, ya que son aquellos pacientes que no están registrados en ninguna lista porque no tuvieron acceso por distintos motivos.

Una vez identificada la demanda se debe calcular la oferta para cada una de las prestaciones de cada especialidad. La gestión, más que el cálculo de la oferta, es un tema clave para la productividad de un establecimiento y es donde debe colocarse mayor rigurosidad.

Esta oferta se construye desde una programación de los recursos del establecimiento, pero principalmente de la programación del recurso humano.

La programación debe considerar la totalidad de horas contratadas, de las cuales deben destinarse principalmente a la atención directa, deben aplicarse coeficientes de rendimiento y debe llevarse un estricta y permanente evaluación.

Un adecuado manejo de la oferta implica un proceso de agendamiento muy bien definido y supervisado para evitar pérdidas, con una permanente coordinación con

los establecimientos de la Red lo que incluye trabajar la inasistencia de los propios usuarios.

Como la demanda siempre supera a la oferta es necesario realizar algunas acciones para optimizar el uso de esta oferta, esto es, definir protocolos de referencia-contrarreferencia, Priorizar las atenciones de acuerdo a criterios definidos que pueden ser biomédicos, por Garantías o por antigüedad o un mix de los anteriores, realizar atenciones por especialista generales, etc.

c) Gestión de Procesos clínicos:

Podríamos decir que son **4 los principios** orientadores para la gestión clínica de calidad:

- Centrado en el usuario, las personas son el centro de nuestro quehacer.
- Considerando siempre la calidad, oportunidad y seguridad en la atención.
- Con una mirada de Resolución integral del problema de salud
- Con una Metodología de Gestión por Procesos

Con una arquitectura organizacional que gira en torno al usuario de los servicios, en el contexto de ciudadano sujeto de derechos.

La palabra proceso viene del latín *Processus* que significa avance y progreso.

Proceso podemos definirlo como una secuencia de actividades que tienen la finalidad de lograr algún resultado y generalmente crear un valor agregado.

Aporta una visión y herramientas para mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los usuarios.

d) Gestión de Procesos de apoyo:

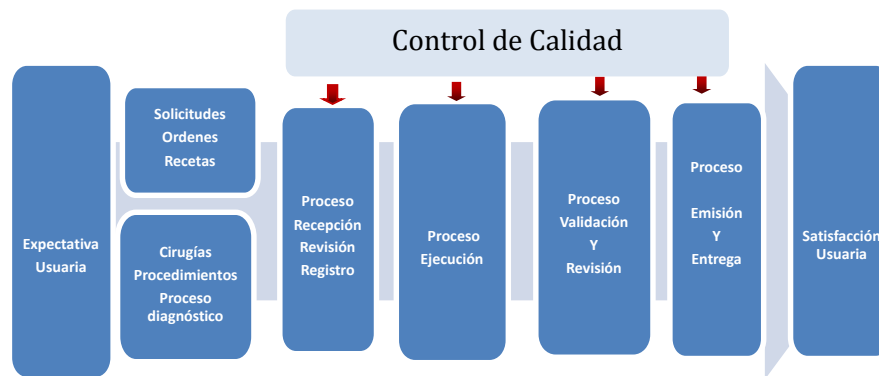
En el ámbito de los procesos de apoyo podemos decir que éstos son macro procesos que son transversales a todo un establecimiento y a veces a toda una Red, cuyos productos son de carácter intermedio, que tienen un proceso de producción de alta complejidad donde la calidad y seguridad son de gran transcendencia.

Proveen de distintos productos y/o servicios en todas las etapas del proceso clínico: en el proceso diagnóstico, en el de tratamiento y de seguimiento.

Los procesos de apoyo pueden ser un gran aporte al proceso clínico central o una gran dificultad cuando no es oportuno o de la calidad requerida, por lo que es clave contar con unidades de apoyo que tengan muy bien diseñado y supervisado sus procesos y que este diseño se realice o incorpore las necesidades del servicio clínico que el usuario directo y del paciente que es su usuario final.

En los procesos de apoyo están considerados Anatomía patológica, Banco de sangre, Laboratorio, Esterilización, Farmacia e Imágenes.

El proceso global se puede resumir en el siguiente esquema:



e) Gestión del Proceso Quirúrgico:

Es aquel proceso donde se da resolución total o parcial a un problema de salud de tipo quirúrgico. Este proceso tiene tres tiempos bien definidos que son el periodo preoperatorio que es en la etapa desde que el cirujano da la indicación de cirugía, se realizan los exámenes, pases preoperatorios y la evaluación pre-anestésica, en esta etapa debe definirse también si la Cirugía será realizada en forma ambulatoria u con el paciente hospitalizado dado la complejidad de la cirugía propiamente tal y/o de la complejidad de antecedentes mórbidos y otros del paciente.

En esta etapa cobran relevancia la coordinación interna del establecimiento ambulatorio y las unidades de apoyo para darle agilidad y oportunidad al proceso. Y

para disminuir pérdidas de pabellones por mala programación o suspensiones evitables.

Los pabellones son un bien escaso que no debe ser subutilizado.

La etapa del proceso intraoperatorio es de mayor complejidad donde deben diseñarse varios subprocesos muy bien coordinados cuidando la calidad y seguridad de la prestación realizada.

El postoperatorio y post anestésico es un proceso que varía si es una cirugía ambulatoria, hospitalizada de menor o mayor complejidad con requerimiento de cama UCI.

f) Gestión de la Calidad Asistencial:

El concepto de gestión de la calidad ha sufrido algunos cambios a través de los últimos años, parte con la mirada del *Control de la calidad* que se basa en técnicas de inspección aplicadas en el proceso de producción para evitar complicaciones y/o efectos no deseados, posteriormente el término de aseguramiento de la calidad

Después se habla de *Aseguramiento de la calidad* que persigue garantizar un nivel continuo de calidad del servicio entregado.

Y por último el concepto actual de *Calidad Total* que es un sistema de gestión relacionado con el concepto de mejora continua, cuyos principios son los siguientes:

- Compromiso y liderazgo del equipo directivo.
- Participación e involucramiento de todos los miembros de la institución.
- Desarrollo de un proceso de mejora continua en todas las actividades y procesos.
- Identificación y gestión de los procesos claves de la institución, superando las barreras departamentales.
- Toma de decisiones basadas en datos duros, con total dominio de la información.
- La finalidad es dar respuesta a la satisfacción y expectativa del usuario interno y externo.

g) Gestión del Recurso Humano:

El recurso humano es el recurso más valioso de una institución, es por esto que debe tener una adecuada selección, una capacitación acorde a las funciones encomendadas y actualización permanente.

Debe generarse un ambiente laboral que facilite el trabajo en equipo y colaborativo, donde las metas sean compartidas y las funciones bien definidas. Canales de comunicación claros y retroalimentación del cumplimiento de su trabajo.

Deben generarse estándares tanto de rendimiento como de la calidad de servicio que se quiere entregar.

El recurso humano debe sentirse parte de la institución, para lo cual debe tener un rol participativo en la planificación, la ejecución y evaluación de los procesos de la misma.

h) Satisfacción Usuaría:

La satisfacción y la expectativa usuaria deben ser consideradas en todos los procesos de la institución.

Se debe:

- Mantener un diálogo fluido con los consejos consultivos, hacerlos parte.
- Realizar evaluaciones periódicas de la satisfacción, compartir el resultado con toda la institución.
- Generar mejoras de acuerdo a los resultados.
- Considerar al usuario al centro en cada uno de los diseños y procesos elaborados para la institución.
- Tener una escucha y solución activa, no esperar el reclamo, adelantarse a él.

IV. Plan de Trabajo 2015

Los desafíos son muchos y variados, el ámbito ambulatorio es amplio incluye consultas de todas las especialidades y sub- especialidades médicas y odontológicas, procedimientos variados y de distinto nivel de complejidad, Cirugías menores y mayores ambulatorias, diálisis, rehabilitación y cuidados paliativos.

El desarrollo actual de los centros de atención ambulatoria del país es muy variado, hay falta de actualización de normativa y de supervisión.

Objetivo General: Mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos ambulatorios a través de normalizar algunos de los procesos claves.

Objetivos Específicos:

1.- Contar con un Diagnóstico actualizado de la situación de los establecimientos ambulatorios del país.

2.- Normalizar algunos procesos claves de la atención ambulatoria.

Metodología:

1. Contar con un Diagnóstico actualizado de la situación de los establecimientos ambulatorios del país:

La Metodología será la aplicación de encuesta que recoge todos los ámbitos de un establecimiento ambulatorio a la totalidad de los establecimientos del país.

Actividades:

- a) Elaboración Lista de contactos de todos los establecimientos del país.
- b) Diseño de una encuesta que comprenda todos los ámbitos del quehacer ambulatorio de especialidad.
- c) Envío de la encuesta vía correo electrónico a todos los establecimientos del país.
- d) Tabulación de la encuesta y análisis de resultados.
- e) Análisis de producción de los establecimientos ambulatorios desde la base del DEIS.
- f) Difusión del diagnóstico a los establecimientos.

2. Normalizar algunos procesos claves de la atención ambulatoria.

Seleccionamos 3 procesos claves del ámbito ambulatorio que pueden tener un impacto en la producción ambulatoria y en la reducción de los tiempos de espera, estos 3 ámbitos no tienen un proceso estandarizado ni una normativa actualizada, que es el principal objetivo de este año.

Los procesos seleccionados son:

- 1.- Proceso de agendamiento.
- 2.- Proceso de Programación.
- 3.- Proceso de Pre- quirúrgico.

En cada uno de estos ámbitos vamos a utilizar la metodología de Procesos de Gestión que propone el departamento en su documento “Manual de Procesos internos del Departamento de Procesos Clínicos Asistenciales” del 2013.

Actividades:

- a) Realizar diagnóstico.
- b) Diseño de los procesos en mesas de trabajo.
- c) Creación de orientaciones técnicas.
- d) Capacitación de los equipos.
- e) Implementación incluyendo asesoría y acompañamiento a los equipos.



V. Referencias

- MINSAL.SERIE DE CUADERNOS DE REDES N° 18, MINSAL, Manual de apoyo al Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, [en línea], Santiago, Chile, [consulta Enero 2015]
- MINSAL.SERIE DE CUADERNOS DE REDES N° 09, MINSAL, Modelo de Gestión de Establecimientos hospitalarios, Santiago, Chile, [consulta Enero 2015]
- MINSAL, ORIENTACIONES PARA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2013, Santiago, Chile, [consulta Enero 2015]
- MINSAL, Reglamento orgánico de los Servicios de Salud N° 140, 7 marzo 2005 ,[en línea], Santiago, Chile, [consulta Enero 2015], disponible en www.leychile.cl
- MINSAL, Departamento de Estadísticas en Salud, DEIS ,[en línea] Santiago, Chile, [consulta Enero 2015].REM 2010-2014,disponible en www.deis.cl