Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

PROPUESTAS MINISTERIO DE SALUD POR INFORME DE COMISIÓN MÉDICA ASESORA DE LISTAS DE ESPERA

MINISTERIO DE SALUD – CÁMARA DE DIPUTADOS

SEPTIEMBRE, 2017

I.- LISTAS DE ESPERA:

En prácticamente todos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se han evidenciado problemas con los Tiempos de Espera. Los mayores Tiempos de Espera para tratamientos electivos de especialidad tienden a encontrarse en países que combinan aseguramiento público en salud con cero, o muy bajo, copago para los usuarios y brechas de capacidad de oferta, como ocurre en nuestro país. En tanto, los países sin Tiempos de Espera tienden a tener un mayor gasto en salud (capacidad financiera) y alta capacidad hospitalaria.

Al asumir nuestro Gobierno, en marzo del año 2014, la lista de espera era de:

LISTA DE ESPERA TOTAL	MARZO 2014	AGOSTO 2017	EGRESOS ENTRE MARZO DE 2014 Y AGOSTO DE 2017
Consulta Nueva de Especialidad	1.562.295	1.617.134	7.323.183
Intervención Quirúrgica	194.938	280.862	665.593

- En el caso de las consultas de especialidad, en marzo del 2014, el 48% esperaba más de dos años por una atención (5 de cada 10 personas).
- En el caso de las intervenciones quirúrgicas, en marzo del 2014, el 50% esperaba más de dos años por una atención (5 de cada 10 personas).

Esta administración reconoce la importancia de la espera para los pacientes, aunque no se trate de casos urgentes. Desde marzo de 2014 ha sido una preocupación que ha llevado a transparentar una situación que no se informó en el Gobierno anterior.

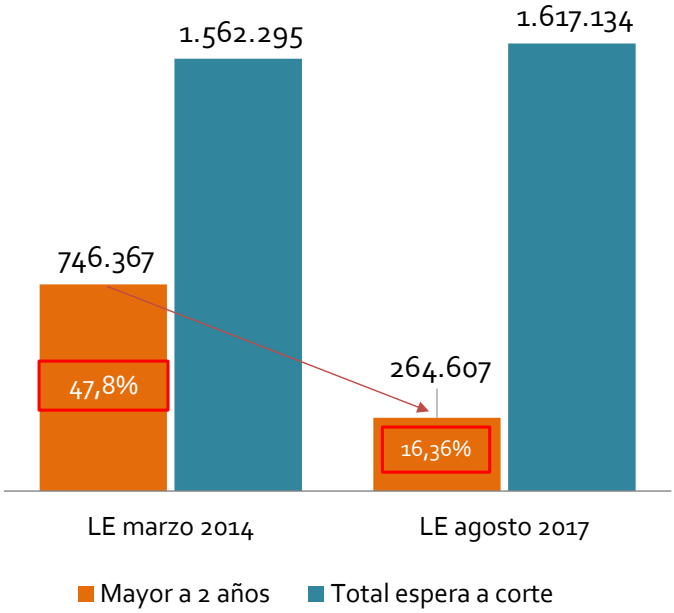
Para abordar este problema, el Ministerio de Salud generó a fines del año 2014 un "Plan Nacional de Tiempos de Espera", perfeccionando el sistema de registro de atención, resolviendo la lista de espera con mayor antigüedad e instalando procesos de integración de red y de continuidad de la atención, avanzando en estrategias como telemedicina y rondas medicas programadas.

Es así como en esta administración se ha reducido el Tiempo de Espera para una Consulta Nueva de Especialidad (CNE) en 156 días promedio; y en 76 días para una Intervención Quirúrgica.

LE TOTAL	VARIABLE	LE MARZO 2014	LE AGOSTO 2017	VARIACIÓN
Consulta Nueva de Especialidad	MEDIANA	416	260	-156 DÍAS
Intervención Quirúrgica		462	386	-76 DÍAS

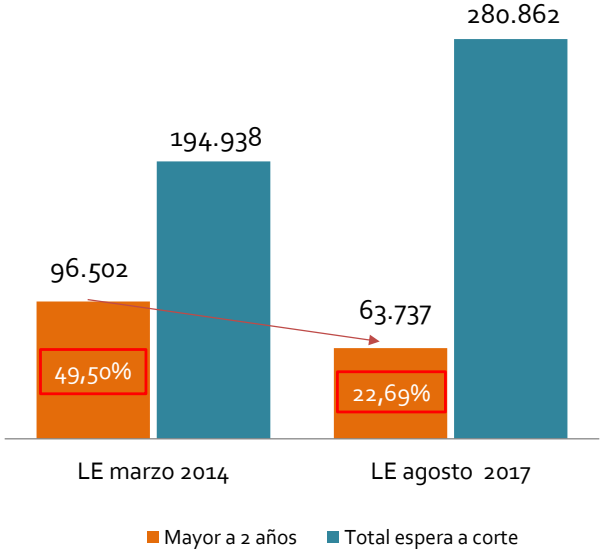
PACIENTES EN LISTA DE ESPERA NO GES PARA CNE POR MÁS DE 2 AÑOS Y TOTAL MARZO DE 2014 Y AGOSTO DE 2017

Fuente: RNLE. Agosto 2017



Si en marzo del año 2014 cinco de cada diez personas estaban en listas de espera por más de dos años, ahora sólo dos de cada diez están en esa situación.

PACIENTES EN LISTA DE ESPERA NO GES PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR MÁS DE 2 AÑOS Y TOTAL
MARZO DE 2014 Y AGOSTO DE 2017
Fuente: RNLE. Agosto 2017



GÉNESIS DE LA COMISIÓN MÉDICA:

A través de la Glosa 06 de diciembre de 2016, de la Ley de Presupuestos del año 2017, se informó a la Cámara de Diputados de más de **25.000 fallecidos en espera de atención NO GES, y de la existencia de 11.000 fallecidos con garantías retrasadas GES entre 2005 y 2016.** Esta cifra se rectificó en la presentación a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados el 9 de mayo, a 22.326 personas (universo de análisis de casos a personas).

Tras estos resultados y luego de la presentación a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, la Ministra de Salud creó en mayo de 2017 una ***Comisión Médica Asesora Ministerial*** con el objetivo de "analizar la situación de personas que fallecen habiendo estado en una Lista de Espera o con una Garantía de Oportunidad GES retrasada".

La *Comisión Médica Asesora Ministerial* estuvo compuesta por nueve destacados profesionales de la Salud:

- Ximena Aguilera Sanhueza, Directora Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Universidad del Desarrollo.
- Carmen Antini Irribarra, Profesora Asistente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
- Óscar Arteaga Herrera, Director Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
- Paula Bedregal García, Jefa del Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile
- Manuel Inostroza Palma, Director de Campos Clínicos de la Universidad Andrés Bello.
- Liliana Jadue Hund, Vicedecana de las Carreras de la Salud de la Universidad del Desarrollo.
- Carlos Madariaga Araya, Profesor agregado Escuela de Salud Pública y Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Helia Molina Milman, Vicedecana de Medicina de la Universidad de Santiago de Chile.
- María Teresa Valenzuela Bravo, Vicedecana de Investigación y Postítulos Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes.

Este equipo sesionó durante un periodo de 90 días, analizando información de los procesos de derivación, datos del Repositorio Nacional de Listas de Espera No GES (RNLE) y de las Garantías Retrasadas GES, conociendo experiencias de innovación en gestión de tiempos de espera y teniendo acceso a todos los documentos de Glosa 06 desde el primer informe del período enero-septiembre 2011.

La información fue provista por un equipo multidisciplinario del MINSAL especialmente conformado para estos fines.

Entrega del informe realizado por la "Comisión Asesora Ministerial en materia de Listas de Espera".
17 de agosto de 2017.-

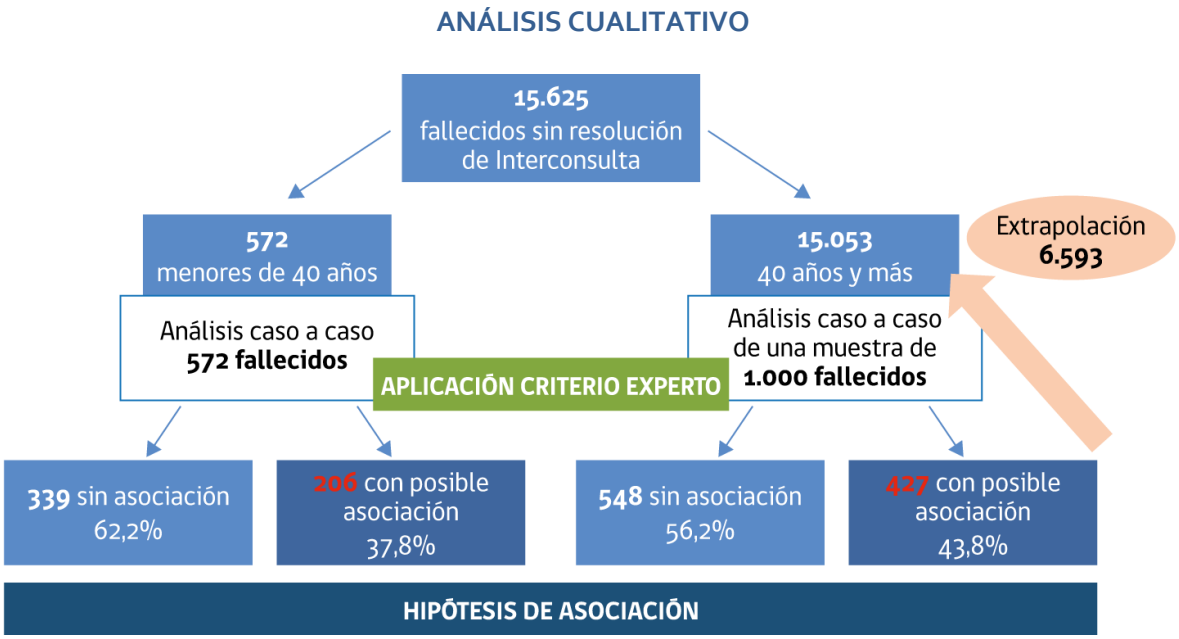
ANÁLISIS PRELIMINAR DEL INFORME DE LA COMISIÓN:

La principal conclusión de la Comisión Asesora fue que **no es posible establecer una relación de causalidad entre la presencia de una persona en una lista de espera y la causa de su fallecimiento.** Los instrumentos de información que maneja centralizadamente el Ministerio de Salud no están diseñados para establecer una relación directa sobre el origen de la causa de muerte de las personas y los tiempos que espera por una atención de salud.

El informe de la Comisión Asesora entrega un universo distinto a la glosa enviada al Congreso Nacional: la Comisión alude a 15.625 personas que fallecieron el año 2016 estando en una Lista de Espera, y no a 25.000 casos. Esta diferencia se debe al uso de distintas metodologías de trabajo, criterios y momentos de análisis (fuente de datos de fallecidos, universo definido, criterio de definición de paciente atendido y tipo de prestación considerada). La metodología utilizada por la Comisión se detalla en la página 8 del Informe.

Respecto de si existe asociación entre la causa básica de defunción y la prestación en espera, la Comisión analizó los antecedentes de las personas fallecidas en espera de atención en el Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE) y por garantías retrasadas GES. Dado que la fuente de información no permitió un estudio de causalidad que explique y vincule la causa de muerte con la derivación en espera, la Comisión decidió explorar, mediante una revisión de casos (motivo de derivación y especialidad a la que se deriva) y aplicación de juicio experto, la factibilidad de "asociación potencial" entre la derivación en espera y el fallecimiento. **Este proceso no contempló la revisión de fichas clínicas.** En la página siguiente se muestra un esquema de este proceso.

En este análisis se aplicaron criterios demográficos y epidemiológicos, definiendo dos subgrupos[1] de análisis, uno que consideró todos los fallecidos menores de 40 años (572 personas) y otro, a base de una muestra tomada al azar, de 1000 personas fallecidas del grupo de 40 y más años (15.053 personas). En 206 personas de todos los fallecidos menores de 40 años y en 427 personas de la muestra representativa de 40 y más años, fue posible plantear una posible asociación potencial entre la derivación en espera y el fallecimiento.



La misma Comisión señala que no se puede llegar a relación de causalidad salvo que se realicen otros procedimientos, como auditorías clínicas de fichas.

Además se señaló que el actual RNLE muestra insuficiencias que afectan la calidad de la información que se genera para la gestión de los tiempos y listas de espera. Este diagnóstico ya había sido realizado por la Subsecretaria de Redes Asistenciales y la División de TIC de MINSAL, de modo que el nuevo sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE) fue adquirido en junio de 2017, después de 6 meses de trabajo, y está en pleno desarrollo, para subsanar la mayor parte de las observaciones señaladas como falencias por la Comisión. Con la migración de datos comienza el proceso de marcha blanca en noviembre de 2017 y su implementación permitirá una actualización inmediata de las personas fallecidas, ya que estará en línea con el Registro Civil, además de mejorar la calidad del procesamiento y análisis de los datos.

Asimismo, la Comisión recomendó establecer protocolos de derivación por especialidad, tipo de atención y/o patología que sirva de referencia tanto para la decisión de derivación como para la entrega de antecedentes por parte del profesional que atiende al paciente.

[1] Se definió analizar el total de defunciones de menores de 40 años (572 fallecidos) y en los de 40 y más años una muestra aleatoria estratificada por grupos de edad y sexo de 1.000 personas distribuida con afijación de varianza mínima o Neymann (error del 2,9% con nivel de confianza del 95%).

También sugirió establecer protocolos y criterios de priorización para la atención de personas derivadas, basados en criterios de riesgo, después de los cuales se comience a monitorear y gestionar tiempos de espera.

MEDIDAS ADOPTADAS TRAS EL INFORME:

A partir del análisis de este informe se decidió profundizar estrategias que ya se habían iniciado por parte del Sector e implementar otras sugeridas por la Comisión:

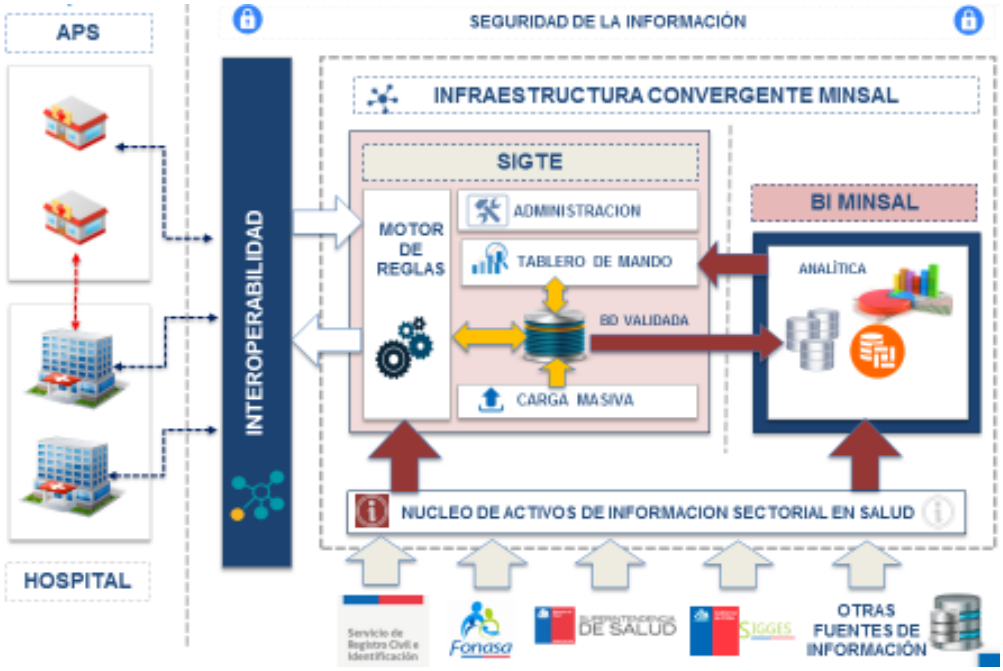
- **SEGUNDO PLAN EXTRAORDINARIO DE REDUCCIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA:**
  A través de esta estrategia se realizarán más de 160 mil consultas nuevas de especialidad. Con esta medida se pretende resolver todas las consultas de las personas que esperan una atención de salud desde antes del año 2015.
  Este plan también incluye la realización de más de 1.400 intervenciones quirúrgicas complejas, mediante la contratación de equipos médicos para atender los días sábado.
  Este plan incluye principalmente potenciar la propia Red Pública de Salud y se inició en junio de 2017.
  Esta estrategia significará una inversión de 4 mil 800 millones de pesos, reasignados.

- **DESARROLLO DE UN NUEVO SISTEMA INFORMÁTICO DE GESTIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA (SIGTE):** Se implementará en reemplazo del actual RNLE, según disponibilidad presupuestaria.

Este desarrollo permitirá:

- Una mirada continua del proceso de gestión de Lista de Espera (ingreso, priorización, citación, atención).
- La integración con la base de datos del Registro Civil para la identificación oportuna de personas fallecidas.
- Contar con información estandarizada (diagnósticos codificados).
- Implementar reglas de validación de la información previa carga al SIGTE.
- Contar con herramientas para procesar grandes volúmenes de datos.
- Usar diferentes fuentes de información de la red asistencial para mantener más actualizada la lista de espera.

NUEVO ESQUEMA DE OPERACIÓN – SIGTE
(LISTA DE ESPERA GES Y NO GES)



- El Ministerio de Salud valora el aporte de los criterios entregados por la Comisión para construir un algoritmo de riesgo que se aplique en el futuro SIGTE. A partir de la recomendación de la Comisión, y dada la aplicación piloto de una propuesta de algoritmo (que incluyó como factores de riesgo la edad, sexo y la especialidad de la derivación), se detectó una muestra de 76 pacientes con alto riesgo. Esto implicó una búsqueda activa y una priorización de atención.

- La distribución de estos pacientes según Servicio de Salud es la siguiente:

SERVICIO DE SALUD	CANTIDAD DE PACIENTES CON ALTO RIESGO
SS COQUIMBO	41
SS METROPOLITANO NORTE	2
SS METROPOLITANO ORIENTE	2
SS METROPOLITANO SUR	3
SS METROPOLITANO SUR ORIENTE	9
SS ÑUBLE	16
SS O'HIGGINS	2
SS VALPARAÍSO	1

- De los 76 pacientes en Lista de Espera, 74 ya fueron atendidos, 1 rechazó la atención y 1 no se presentó para ser atendido.
- Al 29 de septiembre de 2017, hay 38 pacientes con problemas de salud ya resueltos y 36 que continúan en control médico.

- Se solicitó a FONASA insistir en la búsqueda de un SEGUNDO PRESTADOR ANTES DEL VENCIMIENTO DE UNA GARANTÍA DE OPORTUNIDAD GES.

  - Durante el año 2015, del total de derivaciones realizadas al segundo prestador por parte de FONASA, un 97,5% se realizaban luego que se presentara un reclamo, y sólo un 2,5% se generaba de manera previa al vencimiento de la Garantía de oportunidad (gestión de riesgos).
  - El año 2016, a base de gestión de riesgos (no se usa algoritmo), se derivó a un segundo prestador un 37,8%, y durante el año 2017, con corte al 1 de agosto, un 47,3% de las derivaciones a un segundo prestador se efectuaron en base a la gestión de riesgos.
  - La priorización de las derivaciones a segundo prestador corresponde principalmente a problemas de salud oftalmológicos, oncológicos y neuroquirúrgicos.

- Se encomendó a la Subsecretaría de Salud Pública el diseño de PROTOCOLOS QUE ESTABLEZCAN PLAZOS RAZONABLES PARA PRIORIZAR LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN LISTAS DE ESPERA NO GES.

  Para esta tarea se generará un grupo de trabajo que pueda tener un borrador en diciembre de 2017 y entregarlos a la nueva administración para su implementación en marzo de 2018.

  El cronograma establecido de trabajo es el que se entrega a continuación:

<table>
<tr><th></th><th>SEPT</th><th>OCT</th><th>NOV</th><th>DIC</th><th>EN</th><th>FEB</th><th>MAR</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Clasificación de riesgo</td><td>Revisión de literatura y experiencias internacionales</td><td rowspan="2">Diseño y prueba de modelos</td><td rowspan="2">Definición del modelo (algoritmo)</td><td rowspan="2">Aplicación en SIGTE</td><td colspan="3" rowspan="2">Monitoreo</td></tr>
<tr><td>Revisión de los sistemas de información y registro en Chile</td></tr>
<tr><td>Tiempos de espera "razonables", Monitoreo y evaluación</td><td colspan="3">Revisión de literatura, experiencias internacionales, diseño preliminar del modelo</td><td>Seguimiento y consulta a expertos</td><td colspan="2">Preparación del informe con modelo propuesto</td><td>Entrega de informe de avances al nuevo gobierno</td></tr>
</table>

- La extrapolación estadística sobre la hipótesis de asociación entre la espera por atención de salud y el fallecimiento de una persona, no permite contar con una nómina rutificada de pacientes dado el carácter teórico de la misma. Dada la recomendación de la propia Comisión de investigar los casos en que existe esta supuesta asociación, el Ministerio de Salud ha decidido REALIZAR AUDITORÍAS CLÍNICAS PARA TODOS LOS CASOS NO GES, PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS, CON DERIVACIÓN CON CAUSA ONCOLÓGICA, DESDE EL AÑO 2011 A LA FECHA Y QUE CUMPLAN CON LOS MISMOS CRITERIOS DE ASOCIACIÓN ESTABLECIDOS POR LA COMISIÓN ASESORA.
  Cabe destacar que los casos oncológicos ya estaban priorizados en el Repositorio Nacional de Lista de Espera durante este Gobierno, así como los casos de Niños, Niñas y Adolescentes del SENAME.

- Todas las medidas señaladas significarán un incremento de la oferta, pero una estrategia de esta magnitud e impacto, permanente a futuro, debe ir acompañada de la necesaria sustentabilidad económica.

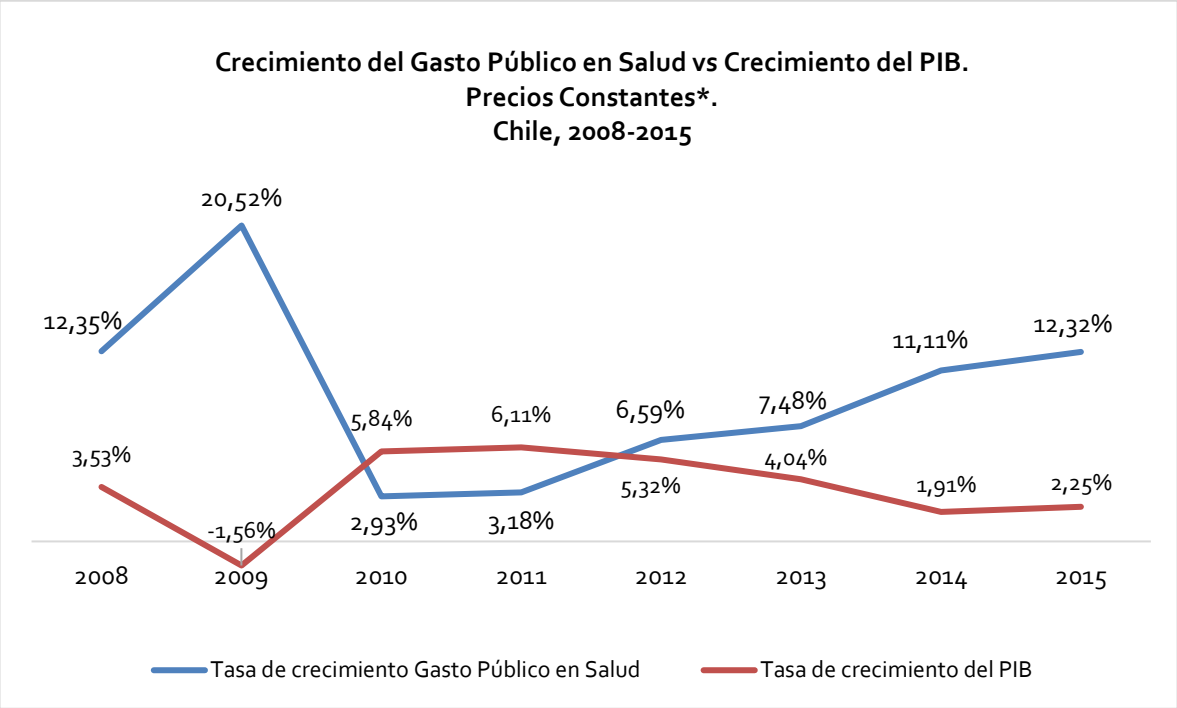
TRANSPARENCIA DE LA INFORMACIÓN:

- El Ministerio de Salud continuará aplicando una política de transparencia de la información en materia de Tiempos de Espera, con el convencimiento de que ésta es una oportunidad para mejorar un tema esencial en la vida de las personas.
- Esta es una práctica que no se realizaba antes de este Gobierno, pero esta administración ha hecho de la transparencia su sello, así como el enfrentar los problemas que más le importan a las personas.
- Hoy existen datos y propuestas que permiten avanzar, y ya se han implementado procedimientos y protocolos de derivación que han sido mejorados en el tiempo en la red asistencial.

PROCESO DE CAMBIO EN QUE SE ENCUENTRA LA SALUD PÚBLICA:

Los desafíos que se generan a contar de este Informe, encuentran a la Salud Pública en medio de un auspicioso proceso de cambio:

- Durante el año 2016, por primera vez, el % del PIB que se destina al sector público, donde se atiende el 80% de la población, alcanzó el 4,3%, superando el 4,2% que se destina al sector privado de salud.



Fuente: Oficina de Información Económica en Salud, Departamento de Economía de la Salud, MINSAL
*Año base 2013

- Se observa una tendencia al alza del gasto público en salud a partir del año 2010. La tasa de crecimiento promedio del gasto público en salud, en el periodo 2008-2015, es cercano al 10%, mientras que la tasa de crecimiento promedio del PIB, en el mismo periodo, es en torno al 3,4% (ambos indicadores en precios constantes). Esto refleja la prioridad fiscal otorgada por el gobierno en materias de salud. Además, se observa que el comportamiento del gasto público en salud es contracíclico en relación al crecimiento de la economía, lo que es favorable en términos de la continuidad de la protección social en salud.

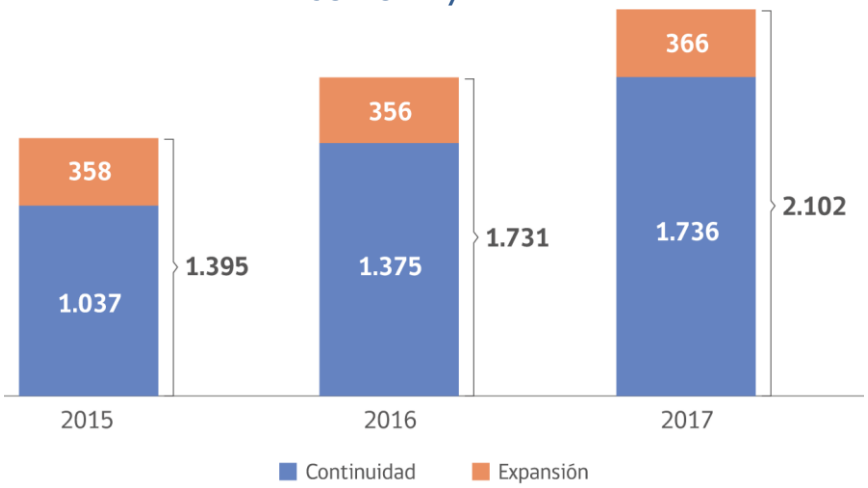
- Se está cumpliendo con el más ambicioso Plan de Inversiones en Salud que se ha desarrollado en el país. Actualmente existen 13 hospitales terminados, inaugurados o en proceso de marcha blanca. Se trata de los hospitales de Salamanca, Exequiel González Cortés, Chimbarongo, Penco-Lirquén, Florida, Pitrufquén, Lanco, Quilacahuin, Futaleufú, Puerto Aysén, Puerto Natales, Porvenir y Puerto Williams; además de seis obras iniciadas en otros Gobiernos: Hospital de Copiapó, Rancagua, Talca y Los Ángeles (que comenzaron

sus obras en el primer Gobierno de la Presidenta Bachelet), además de los de Laja y Lautaro (del Gobierno anterior).

- Además existen 17 establecimientos hospitalarios en construcción.

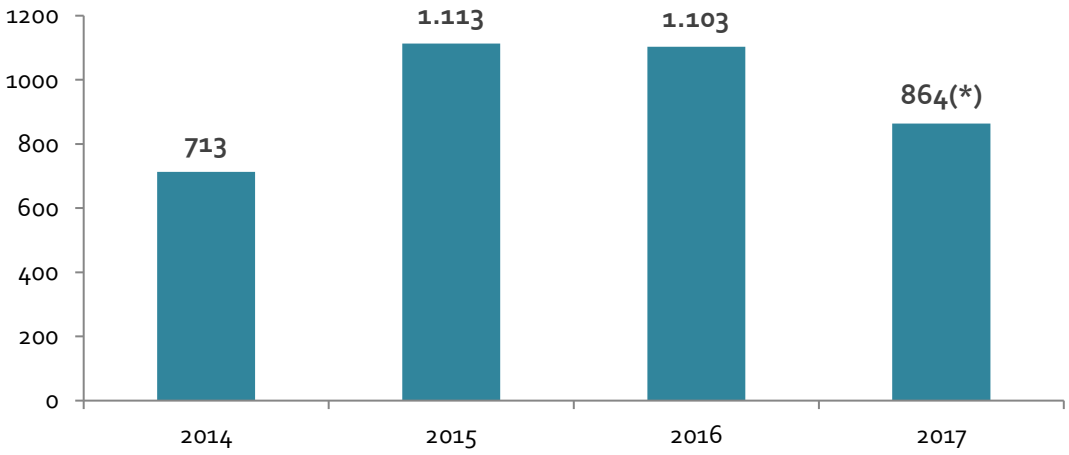
- Se han incorporado más de 1.000 médicos a la Atención Primaria en todo el país.

PROFESIONALES EN ETAPA DE DESTINACIÓN Y FORMACIÓN (EDF)
JUNIO 2017



- Asimismo, este Gobierno dejará más de 4 mil nuevos especialistas en proceso de formación para incorporarse al Sistema Público de Salud.

PROFESIONALES EN FORMACIÓN BECADOS
A JUNIO 2017

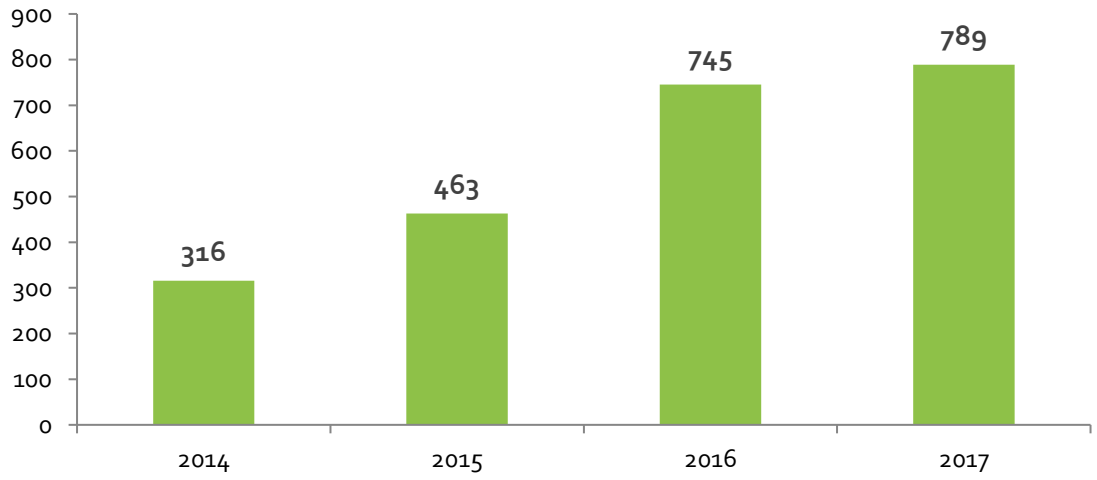


(*) En procesos de concursos de especialidad y subespecialidad que incrementarán el total de ingreso del año.

TOTAL: 3.793

- A junio, ya se encuentran en proceso de devolución de su Período Asistencial Obligatorio (PAO) 2.313 especialistas en toda la Red Pública de Salud.

NUEVOS PROFESIONALES QUE INGRESAN AL PERÍODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO (PAO). JUNIO 2017



TOTAL: 2.313

- Es importante señalar que el análisis de los tiempos de espera de la población por una consulta o cirugía electiva no pueden ser analizados como situaciones aisladas ni secundarias a factores específicos, dado que estos tiempos de espera son el reflejo fiel de brechas existentes en nuestro sistema de salud, las que están siendo abordadas por esta administración, tal como se ha mostrado en los gráficos precedentes.

- Por lo tanto, tal como se está realizando, su abordaje debe ser sistémico (abordando el sistema de salud en su conjunto), avanzando desde el cierre de brechas estructurales hasta los modelos de gestión que permitan la integración del sistema y la continuidad de atención, anticipando mayor daño para la población (modelo RISS en implementación).

- Demás esta indicar que un sistema que avanza hacia la mayor cobertura en salud, mejor acceso y oportunidad, así como disponibilidad de mayor oferta (recursos humanos, infraestructura y equipamiento), requiere de modelos de financiamiento distintos que aseguren la sustentabilidad de este sistema.

Gobierno
de Chile

gob.cl

CHILE
MEJOR