



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Más Salud, Mejora tu Vida

Reduciendo los tiempos de espera en Salud

Ministerio de Salud
Mayo 2017




CONTENIDOS DE LA PRESENTACIÓN

- **SALUD CON ENFOQUE DE DERECHOS**
 - SALUD COMO PREOCUPACIÓN CENTRAL PARA LA CIUDADANÍA. Enfrentando brechas estructurales
- **CHILE: ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y DEMOGRÁFICOS**
- **GASTO EN SALUD**
- **RESULTADOS EN EL ABORDAJE DE LAS BRECHAS**
 - MÁS MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y ESPECIALISTAS PARA CHILE
 - AVANCES PLAN DE INVERSIONES EN SALUD
 - MÁS SERVICIOS PARA NUESTROS USUARIOS
 - IMPACTO EN DISMINUCIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA
 - **MORTALIDAD EN CHILE Y LISTAS DE ESPERA**
 - **CONCLUSIONES**



SALUD CON ENFOQUE DE DERECHOS





**SALUD COMO PREOCUPACIÓN
CENTRAL PARA LA CIUDADANÍA**
Abordando brechas estructurales

SALUD COMO DERECHO

Equidad

Calidad

Dignidad

Acceso y
resultados

Eficiencia en
uso de recursos

Innovación + Rigurosidad + Perseverancia + Resiliencia + Control resultados

Salud como derecho, centro y sentido de nuestro quehacer

- Cuando hablamos de Derechos Humanos reconocemos que éstos son **universales, indivisibles e interdependientes**, por tanto, relacionados entre sí.
- Incorporar la salud como un Derecho Humano, se orienta hacia la construcción de una sociedad integrada, equitativa, solidaria y justa, reconociendo a las personas como sujetos/as de derechos, sin distinción de condición socioeconómica, étnica, de religión, sexo, opción sexual, idioma, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, nacimiento, edad o cualquier otra condición social; permite una concepción de integralidad, no discriminación, equidad e igualdad social, y favorece a la totalidad de las personas.





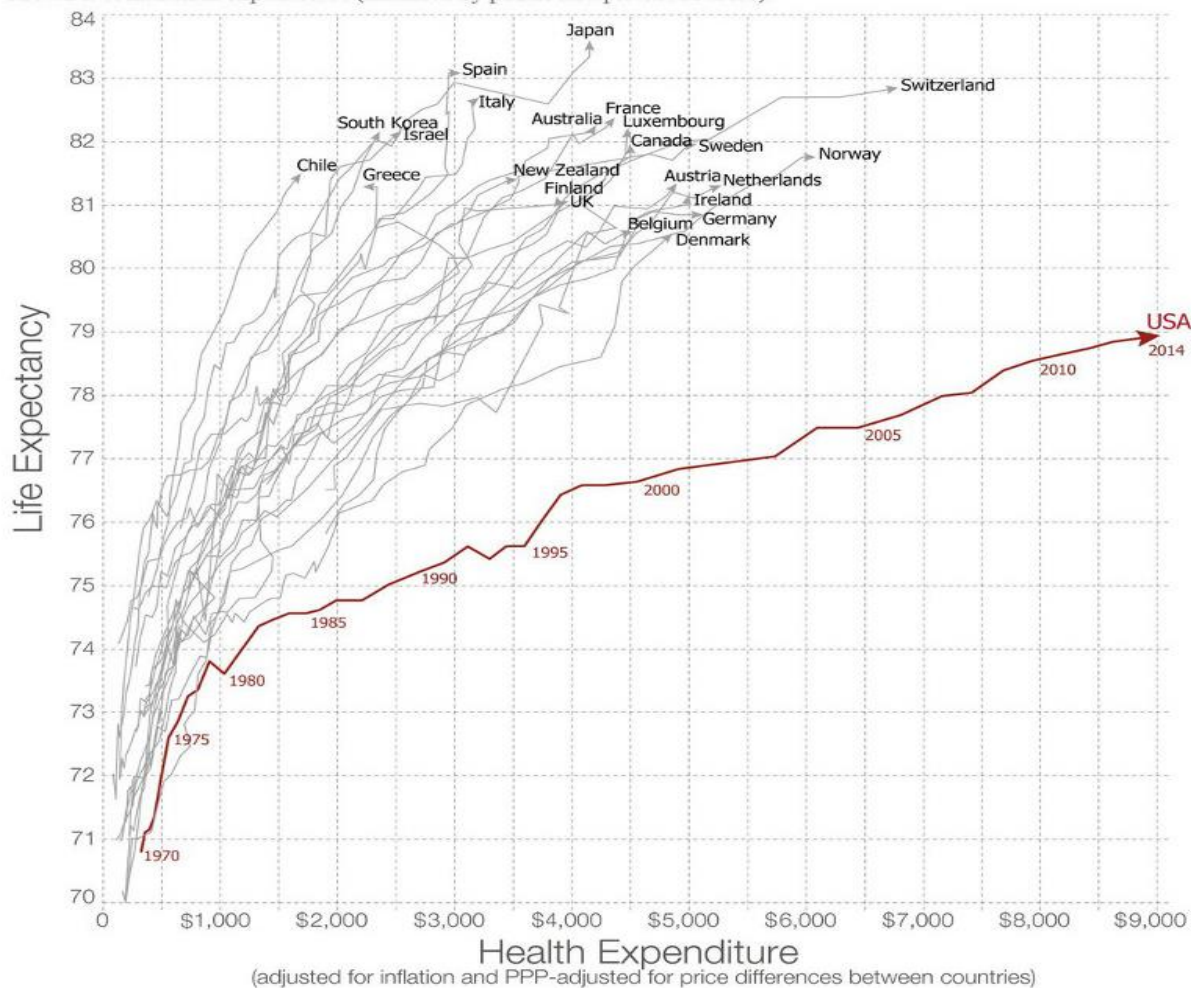
CHILE: ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y DEMOGRÁFICOS

Expectativa de vida vs gasto sanitario en el tiempo

1970-2014



Health spending measures the consumption of health care goods and services, including personal health care (curative care, rehabilitative care, long-term care, ancillary services and medical goods) and collective services (prevention and public health services as well as health administration), but excluding spending on investments. Shown is total health expenditure (financed by public and private sources).



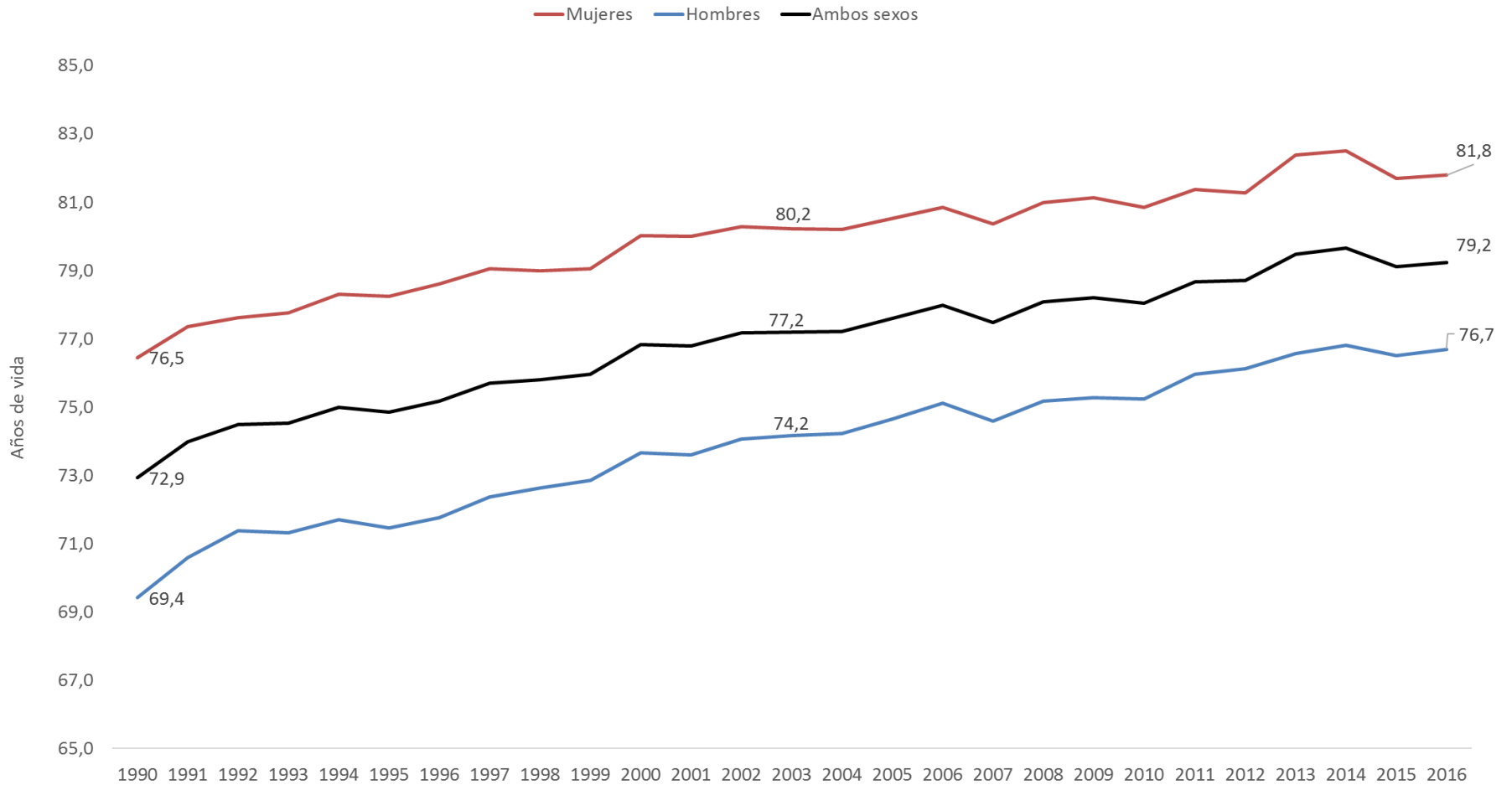
La expectativa de vida en Estados Unidos se ha mantenido estable y aún no ha cruzado el umbral de 80 años.

En el caso de chilenos, griegos e israelíes sobreviven a sus homólogos estadounidenses por una fracción de los costos asociados.

Data source: Health expenditure from the OECD; Life expectancy from the World Bank. Licensed under CC-BY-SA by the author Max Roser. The interactive data visualization is available at OurWorldinData.org. There you find the raw data and more visualizations on this topic.

Esperanza de vida al nacer

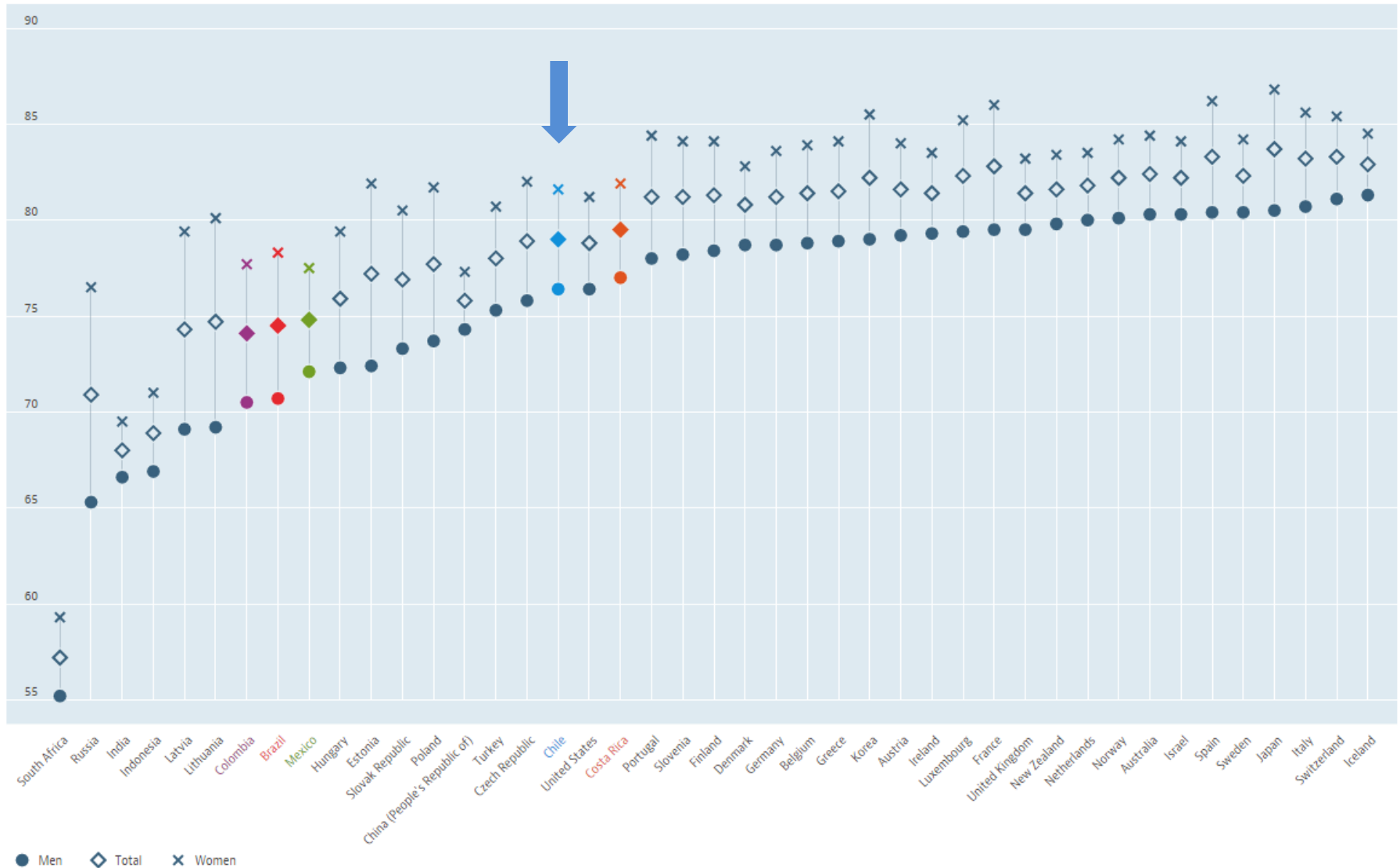
Chile, 1990-2016



Fuente: Elaboración propia en base a información del INE.

Esperanza de vida al nacer 2014

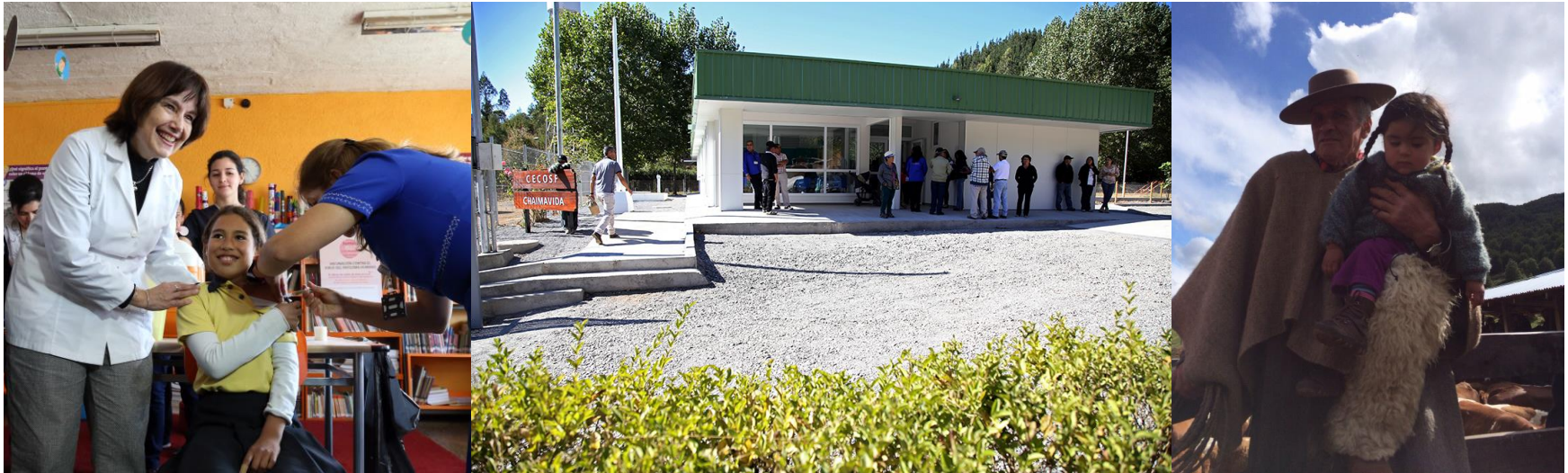
Chile vs países OCDE



Chile es aún un país con grandes desigualdades

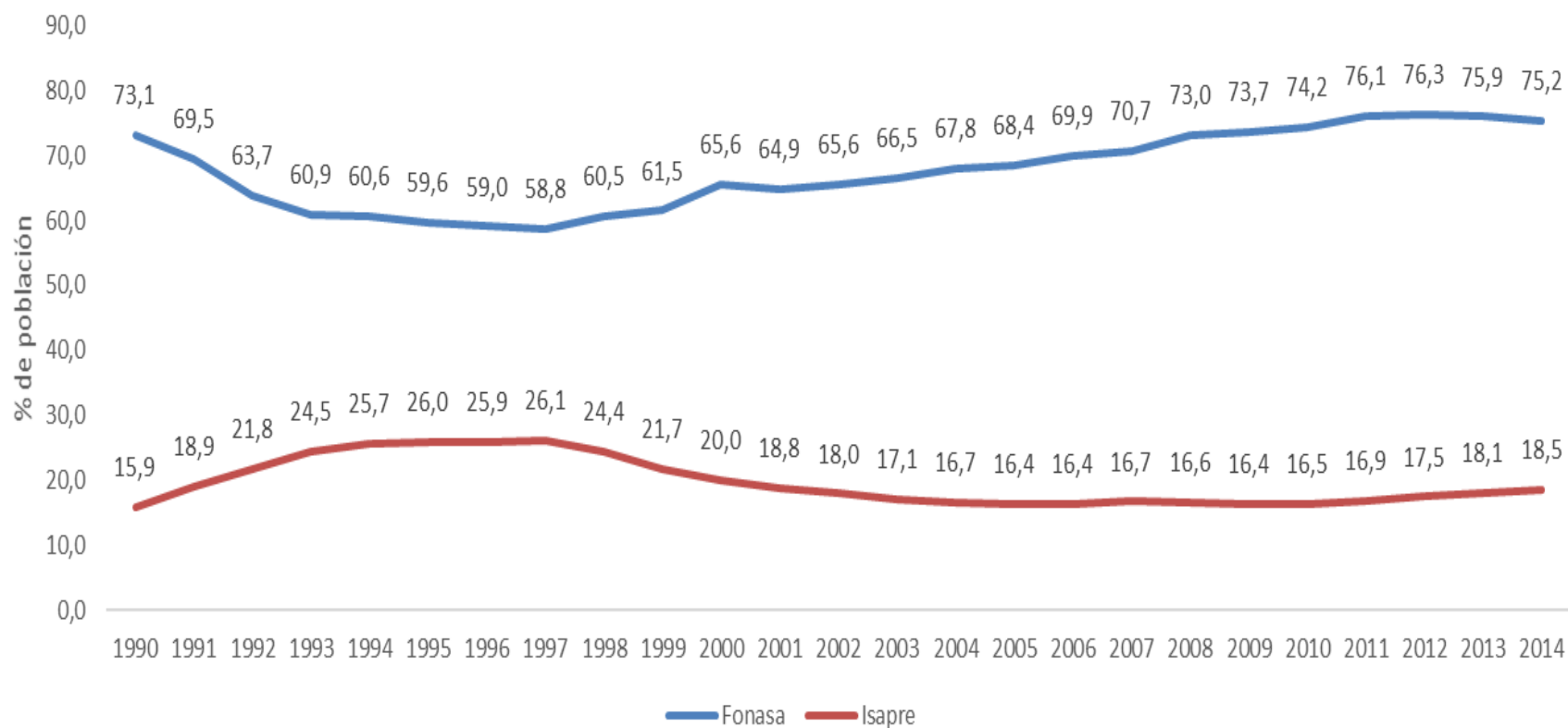
“La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. Vemos maravillados como la esperanza de vida y el estado de salud mejoran de forma constante en algunas partes del mundo, mientras nos alarmamos ante el hecho de que eso no ocurra en otros lugares. La esperanza de vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años, si nace en determinados países o de 45 años, si nace en otros. Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Semejantes diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países”.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS 2008

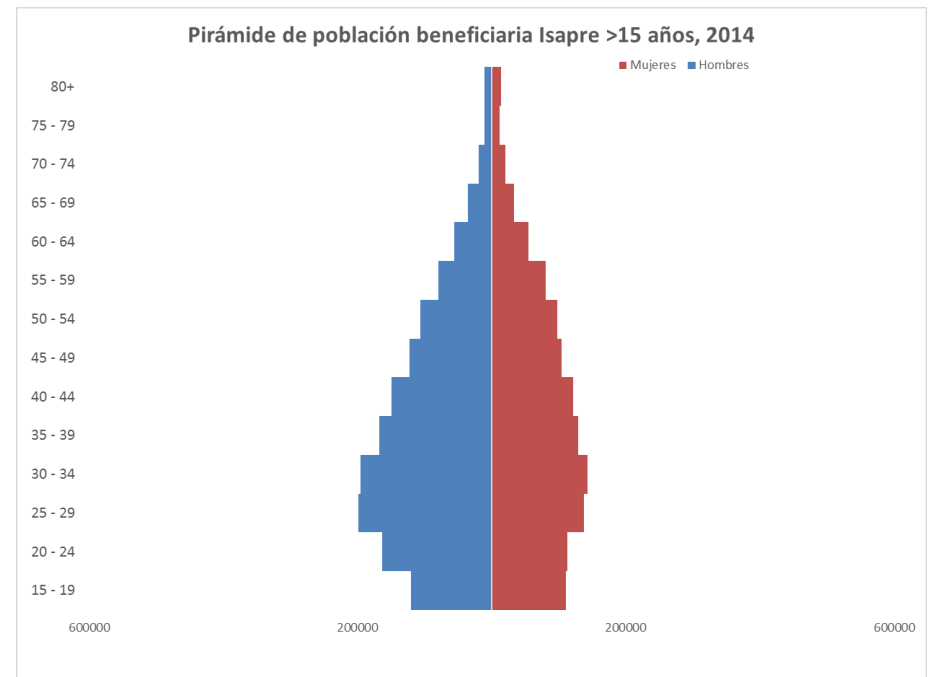
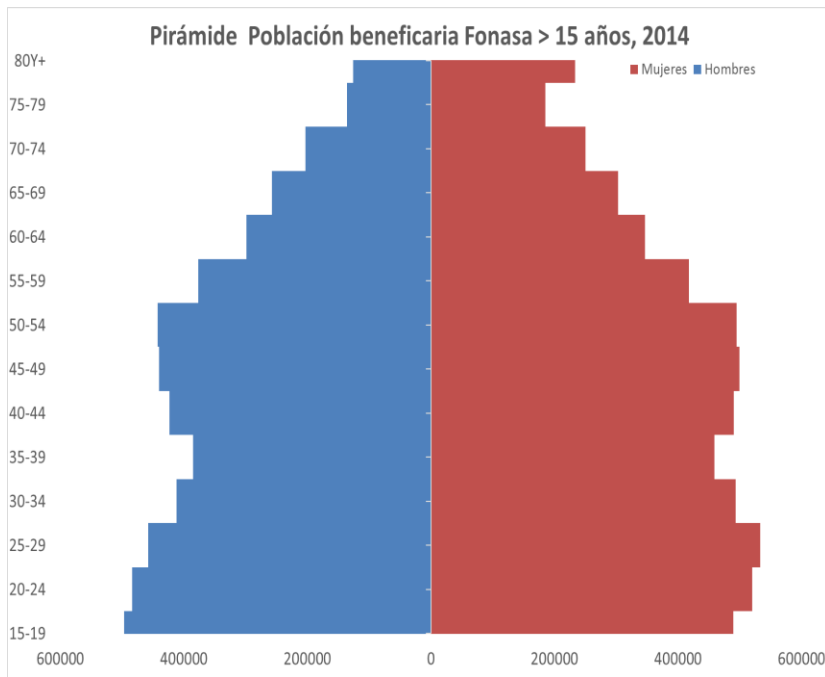


Porcentaje de la población según Seguro de Salud

Beneficiarios del seguro público de salud y su participación respecto del sistema privado, 1990-2014



Pirámide poblacional según el tipo de seguro de salud en mayores de 15 años. 2014



Se observan grandes diferencias entre los Sistemas de Salud en Chile. El Sistema Público tiene una mayor carga de población en edades extremas y de mujeres.

Plan de Gobierno 2014-2018

- El más ambicioso Plan de Gobierno de la historia de la Salud Pública chilena en fortalecimiento de Atención Primaria de Salud, formación de especialistas, infraestructura sanitaria, acceso a medicamentos y calidad del trabajo en Salud Pública.
- Cimientos para un nuevo modelo de sociedad con Salud Pública fortalecida, con acceso y dignidad centrada en el derecho a la salud, abordando las brechas estructurales de nuestro actual sistema.



Identificamos las brechas estructurales y nos hacemos cargo

**BRECHAS
ESTRUCTURALES**



TIEMPOS DE ESPERA E INSATISFACCIÓN CIUDADANA

SOBREGASTO OPERACIONAL

• BRECHAS DE OFERTA - PRINCIPALES ESTRATEGIAS

- Brechas de RRHH (con foco en especialistas)
 - Plan de Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público, más nuevos EDF
 - Telemedicina (acceso a especialistas a distancia)
 - 6 nuevas leyes laborales en implementación
 - Indicación sustitutiva EUNACOM
- Brechas de infraestructura y equipamiento
 - Nuevos dispositivos: Hospitalización domiciliaria - hospitales de día - camas sociosanitarias
 - Plan de Inversiones 2014-2018

Identificamos las brechas estructurales y nos hacemos cargo

- **BRECHAS DE FINANCIAMIENTO - PRINCIPALES ESTRATEGIAS**

- Incremento de gasto en salud
- Incremento de per cápita en Atención Primaria de Salud
- Pilotos para nuevos mecanismos de pago-GRD

- **BRECHAS DE GESTIÓN - PRINCIPALES ESTRATEGIAS**

- Implementación de modelo de integración de Redes Asistenciales RISS basado en APS
- Innovación para la gestión: UGCQ - Escuela de Gobierno en Salud
- Gestión de compras a privados - gestión de fármacos - directorios de compra macrozonales
- Revisión de modelos de atención (UEH)
- Apoyo en instrumentos como glosas presupuestarias para la regulación de la compra a privados (por ejemplo, Sociedades Médicas)

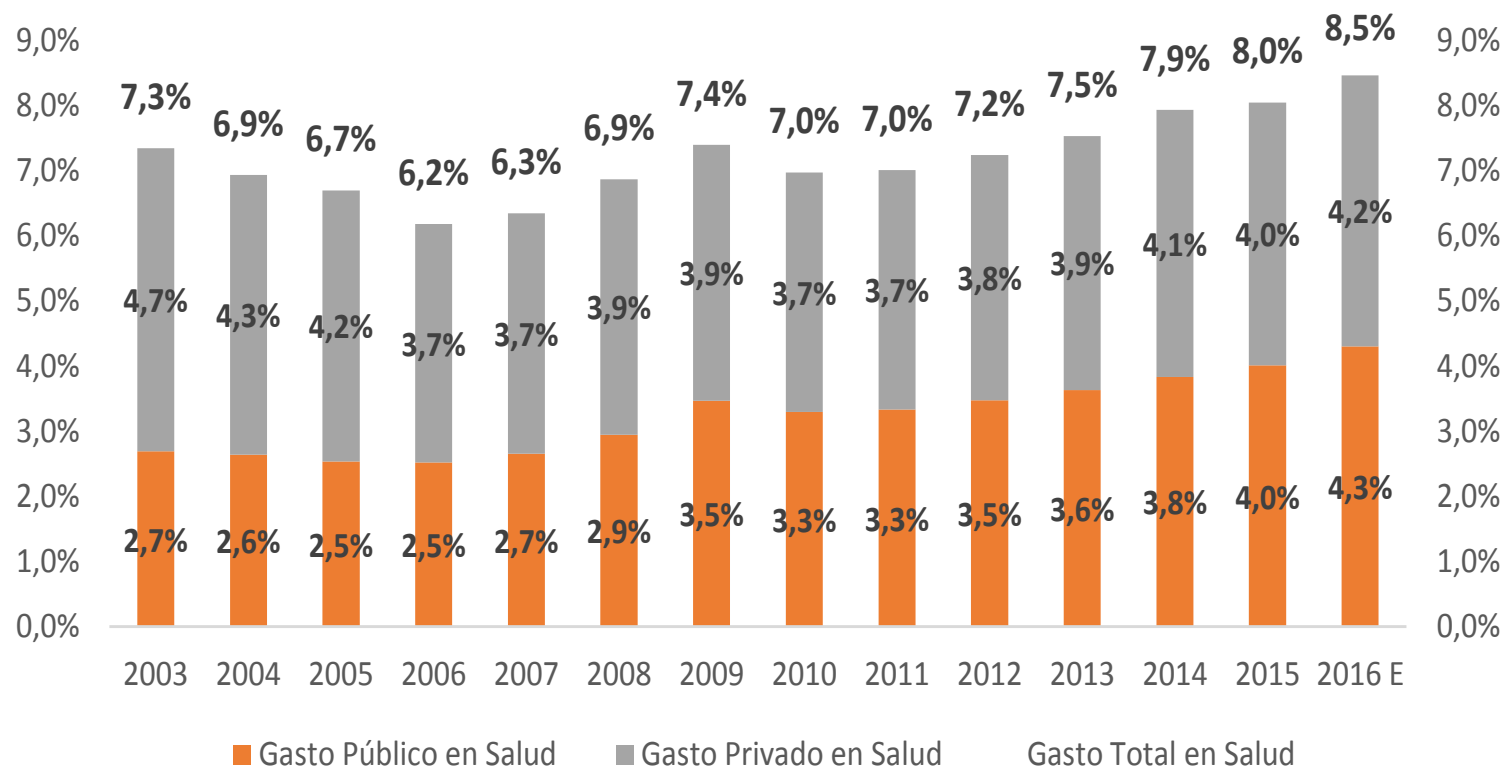


GASTO EN SALUD



Gasto total como % del PIB

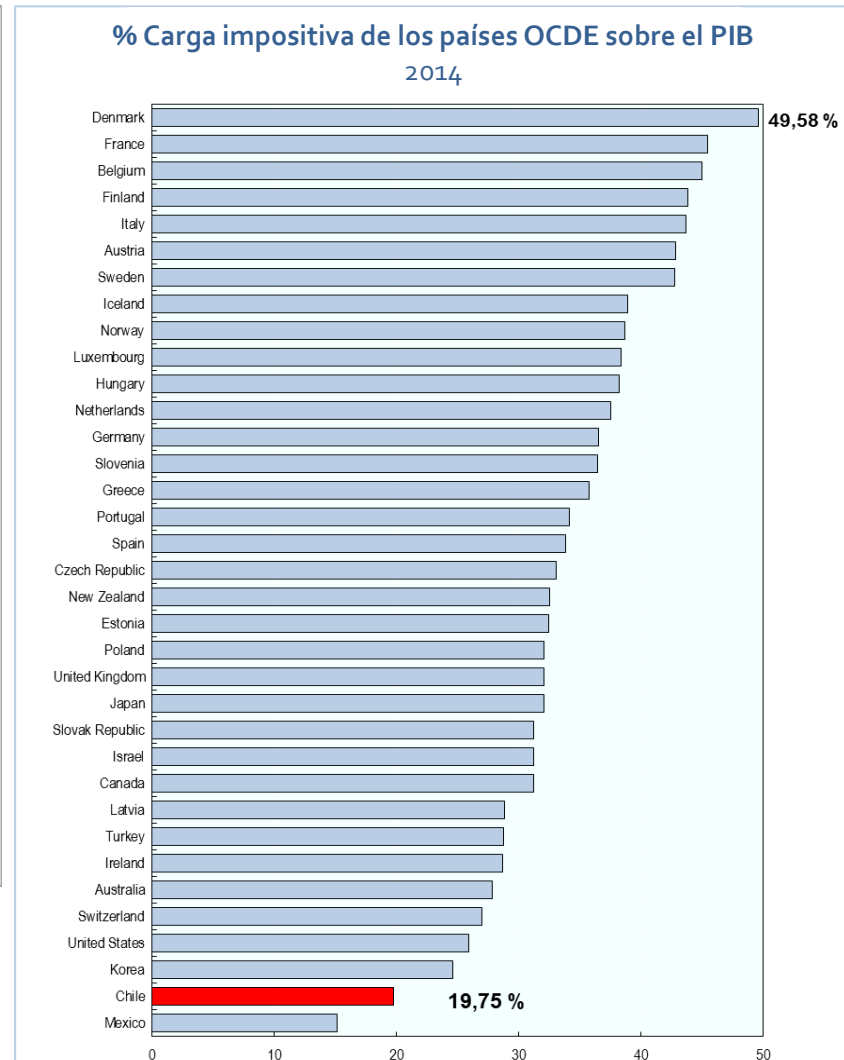
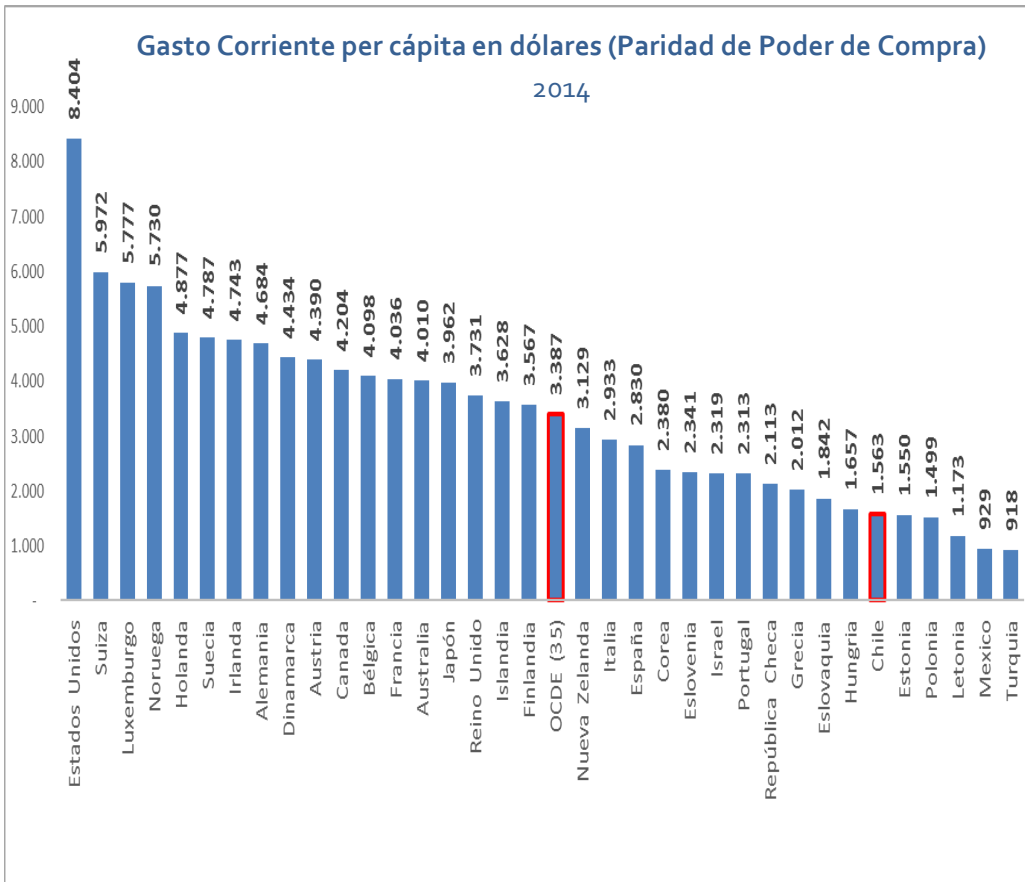
Chile, 2003 - 2016



En el año 2015 por primera vez el gasto público en Salud alcanza el 4%.
En el año 2016 por primera vez el gasto público en Salud supera el gasto privado.

Nota: Datos del 2016 son estimados. Notar que el incremento significativo entre el 2015 y 2016 se debe a que el gasto total en Salud aumentó a una tasa mayor que el PIB entre ambos años. Además, el gasto público en Salud presenta un comportamiento contracíclico, dado que se mantiene el gasto público a pesar de la ralentización del crecimiento del PIB.

Gasto Corriente per cápita en Salud y Carga Impositiva sobre el PIB, 2014

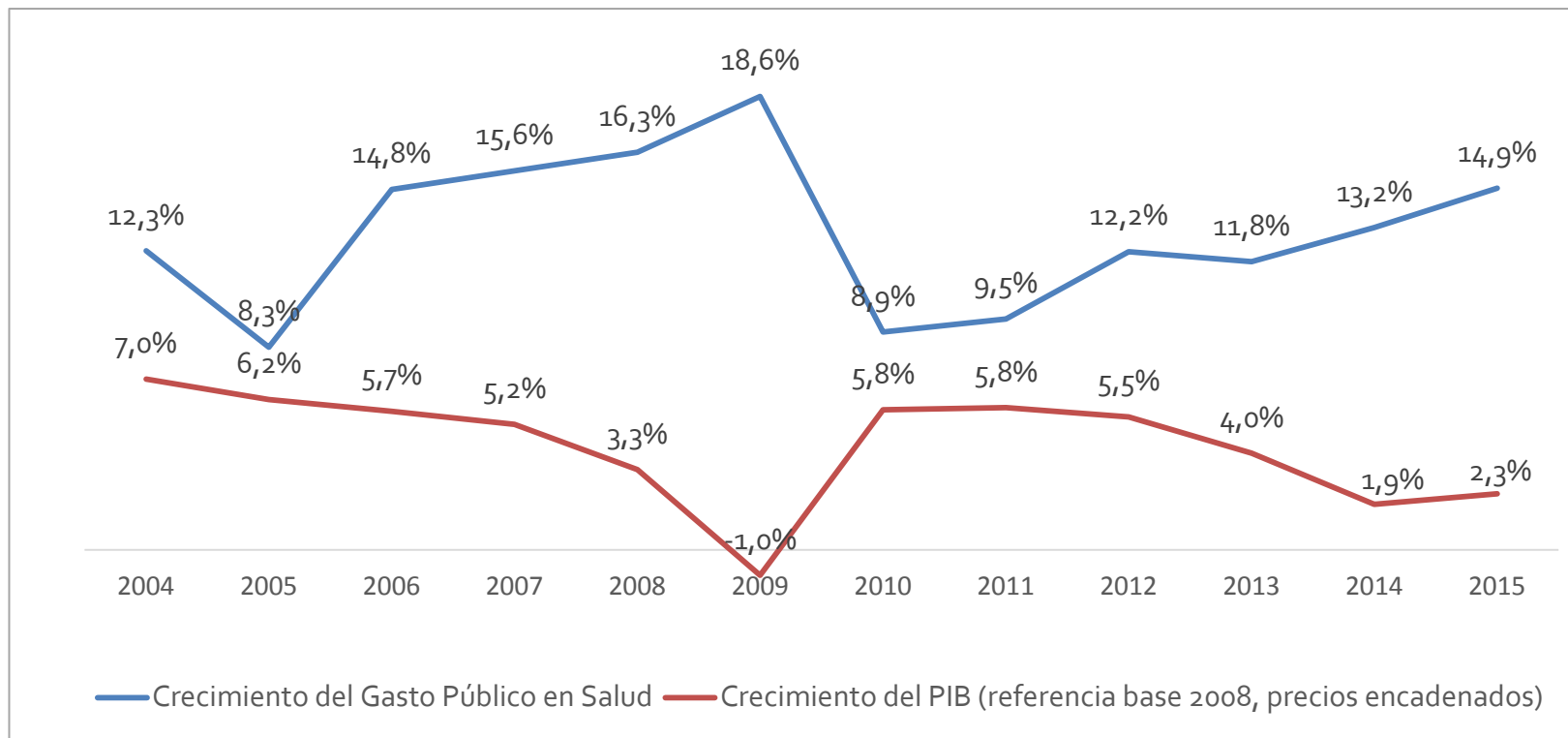


Fuente: Oficina de Información Económica en Salud, Departamento de Economía de la Salud, MINSAL

En el caso de Chile, la cantidad de recursos invertido en Salud se relaciona con la recaudación impositiva.

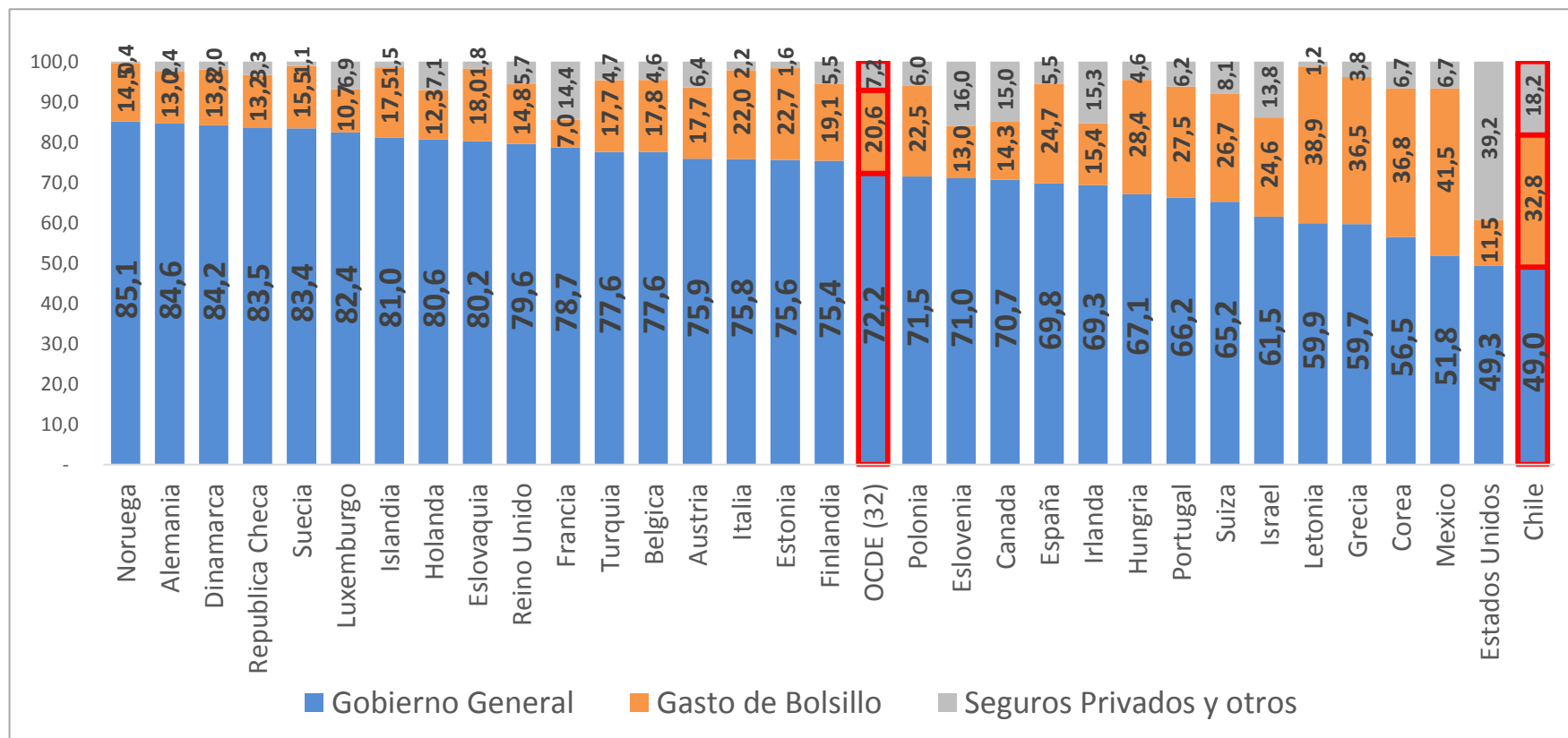
Crecimiento del gasto público en Salud vs crecimiento del PIB

Chile, 2004-2015



El gasto público en Salud crece más que el PIB, lo que refleja la prioridad fiscal otorgada por el gobierno en materias de Salud.

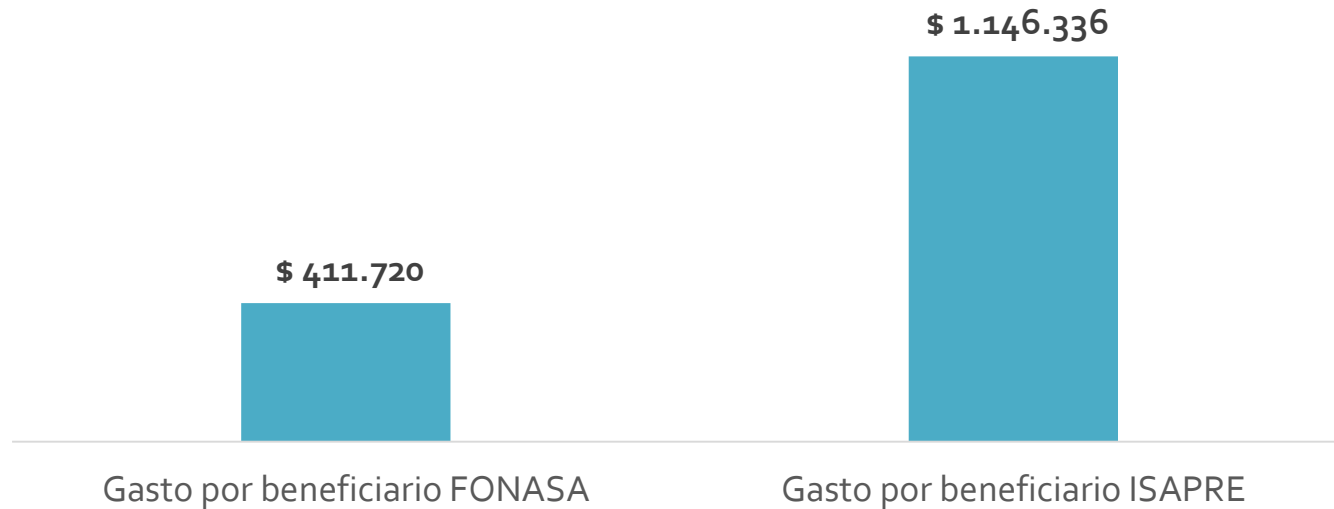
Gasto Total en Salud por agente de financiamiento como porcentaje del gasto corriente en Salud. 2014



Nota: "Gobierno General" incluye el aporte fiscal y las cotizaciones de beneficiarios FONASA.

En "Seguros Privados y otros" se considera las cotizaciones de los beneficiarios ISAPRE y seguros complementarios.

Gasto per cápita en salud anual por tipo de beneficiario de sistema previsional. 2014



- Se estima que el gasto total en salud promedio de un beneficiario FONASA es de \$411.720 y de un beneficiario ISAPRE \$1.146.336.
- El gasto de un beneficiario ISAPRE es 64% superior al gasto de un beneficiario FONASA.

Nota: Como una aproximación del gasto promedio por beneficiario de cada seguro, en este gráfico se estimó el gasto público dividido por el número de beneficiarios FONASA y el gasto privado dividido por el número de beneficiarios ISAPRE, lo que no se debe confundir con el concepto de gasto per cápita. Cabe señalar que no se consideró el gasto de bolsillo dentro del gasto privado por considerar que este gasto corresponde a los hogares.



RESULTADOS EN EL ABORDAJE DE LAS BRECHAS



MÁS MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y ESPECIALISTAS PARA CHILE

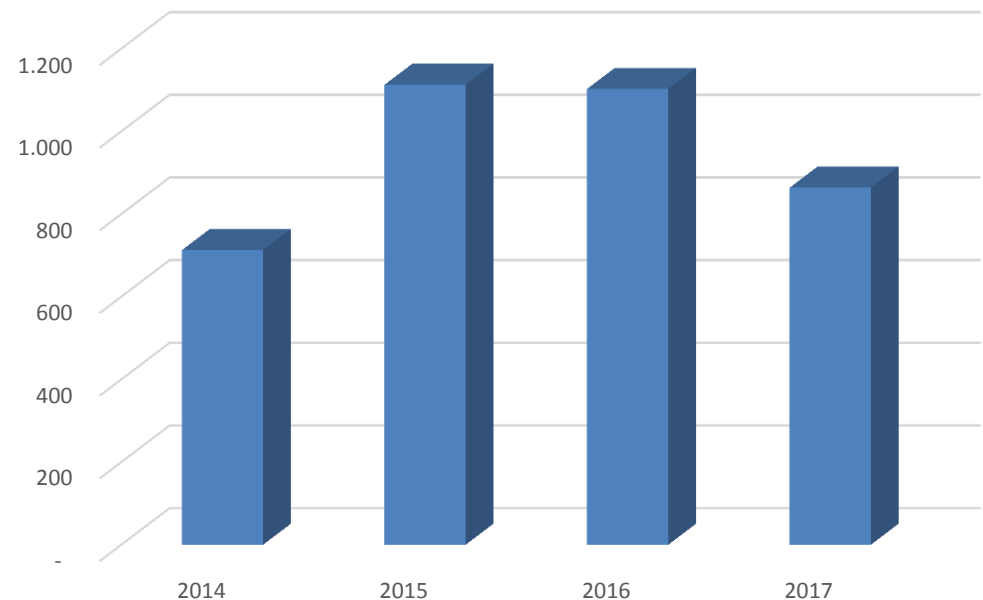
MÁS MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y ESPECIALISTAS PARA CHILE

Profesionales en formación becados

Año	Ingreso a Formación
2014	713
2015	1.113
2016	1.103
2017*	864
Total general	3.793



Profesionales que ingresan a formación



* Para el año 2017 aún se encuentran pendientes realización de concursos de especialidad y subespecialidad.

MÁS MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y ESPECIALISTAS PARA CHILE

Nuevos profesionales que ingresan al Período Asistencial Obligatorio (PAO)

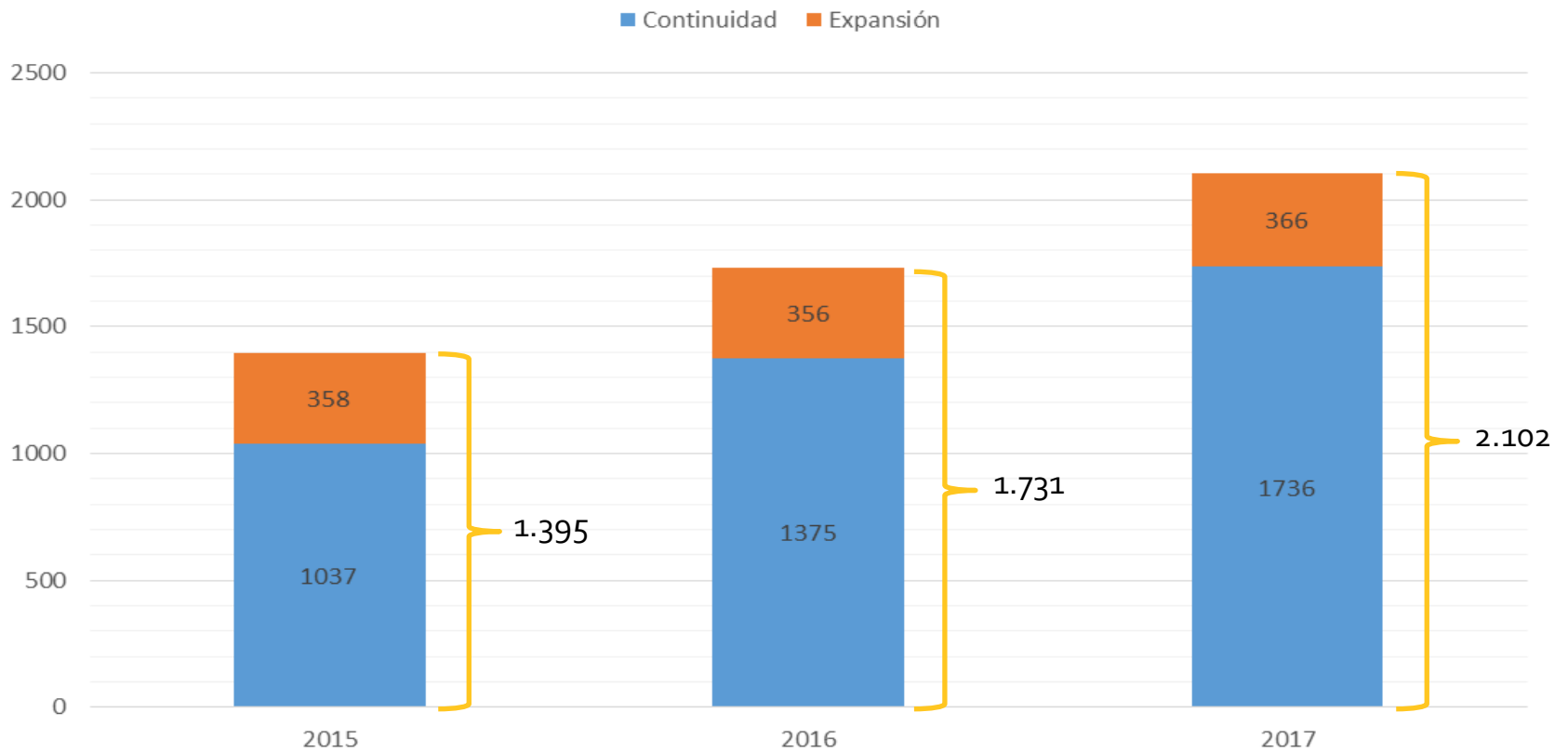
Año	Nº de profesionales
2014	316
2015	463
2016	745
2017*	789
Total general	2.313



(*) El año 2017 considera especialistas en incorporación.

Brecha de Recursos Humanos

Profesionales en Etapa de Destinación y Formación (EDF)





AVANCES PLAN DE INVERSIONES EN SALUD

- al 8 de mayo de 2017 -

 plandeinversionesensalud.minsal.cl

100 Centros de Salud Familiar (CESFAM)

CESFAM

26

terminados

74

en ejecución, licitación,
estudio o diseño



100 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)

CECOSF

67

terminados

33

en ejecución o licitación



132 SAPU de Alta Resolutividad (SAR)

SAR

35

terminados

97

en ejecución, licitación,
estudio o diseño



COMPROMISO DE GOBIERNO

Hospitales para Chile

A MAYO DE 2017



Hospital de Salamanca

5
HOSPITALES
TERMINADOS



Hospital de Puerto Aysén



Hospital de Puerto Williams



Hospital de Porvenir



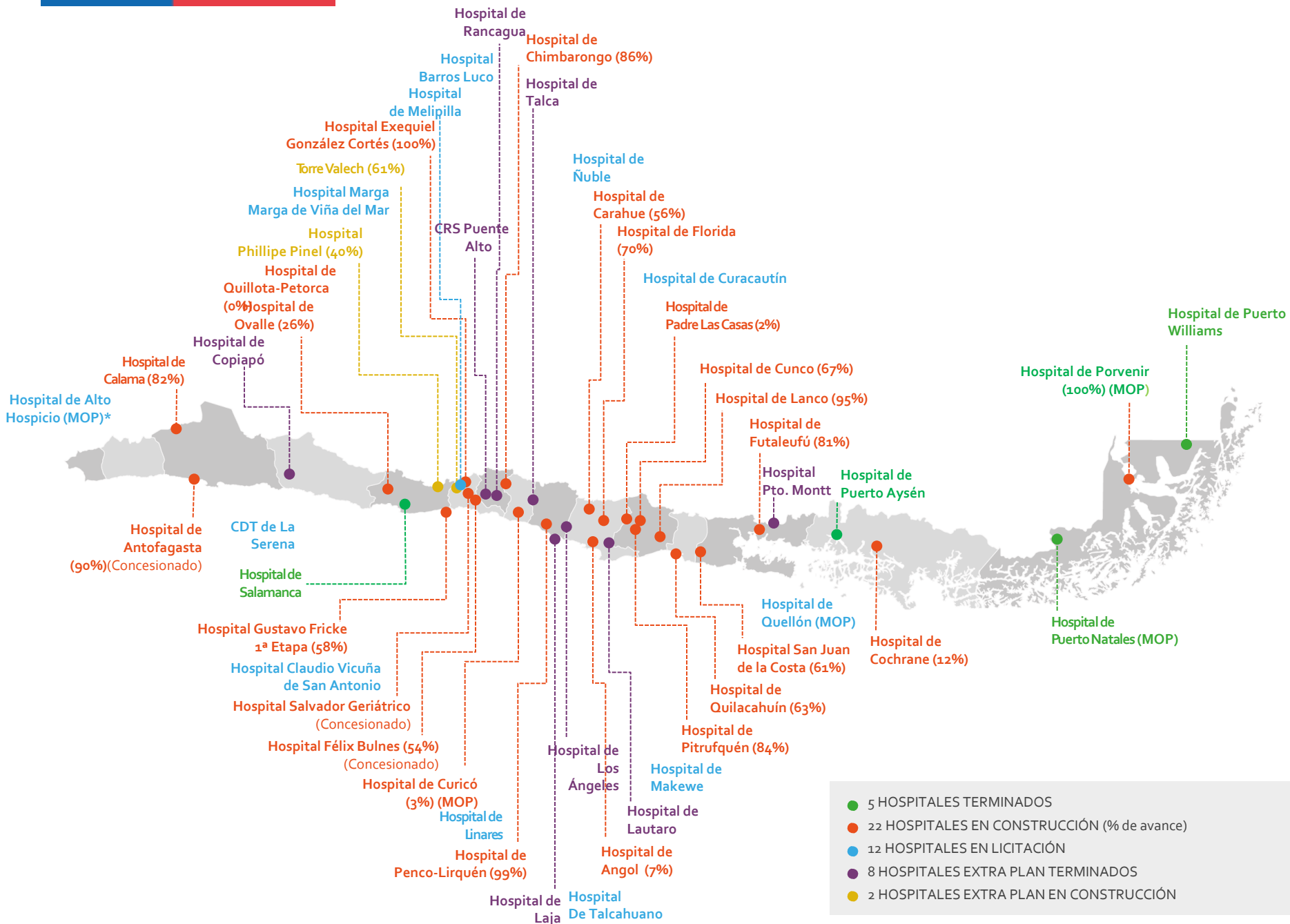
Hospital de Puerto Natales

MÁS DE

4.000 millones de dólares

DE INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA DURANTE EL GOBIERNO

A MARZO DE 2018 HABRÁN 20 HOSPITALES CONSTRUIDOS

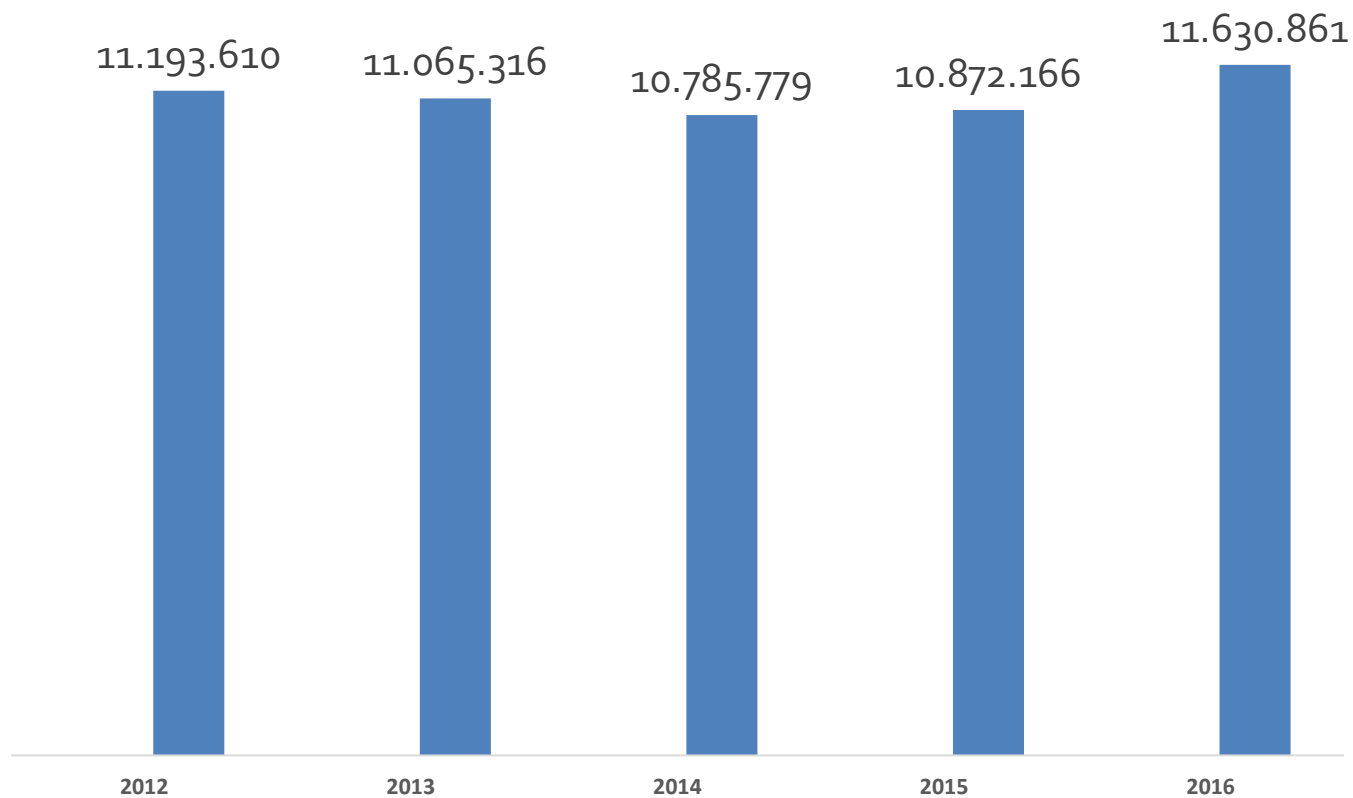




MÁS SERVICIOS PARA NUESTROS USUARIOS

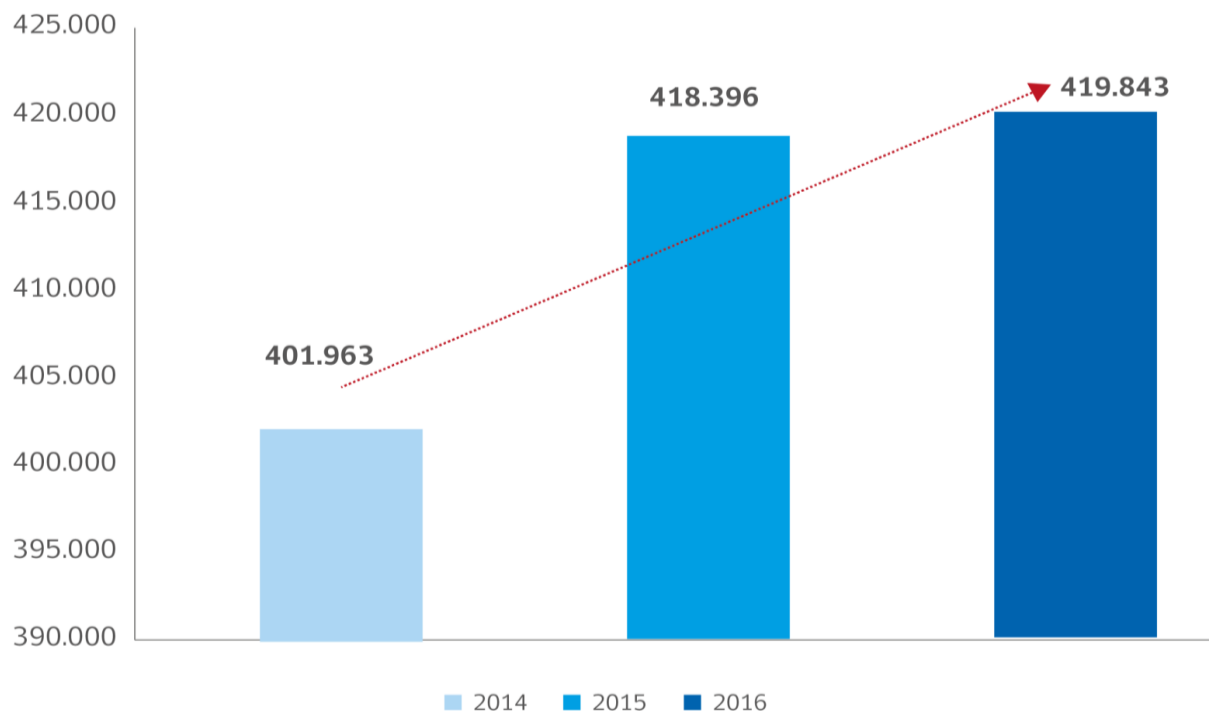
Consultas médicas realizadas en Atención Primaria de Salud

2012-2016



Fuente: Registros Estadísticos Mensuales, MINSAL. 2014-2016 es información preliminar.

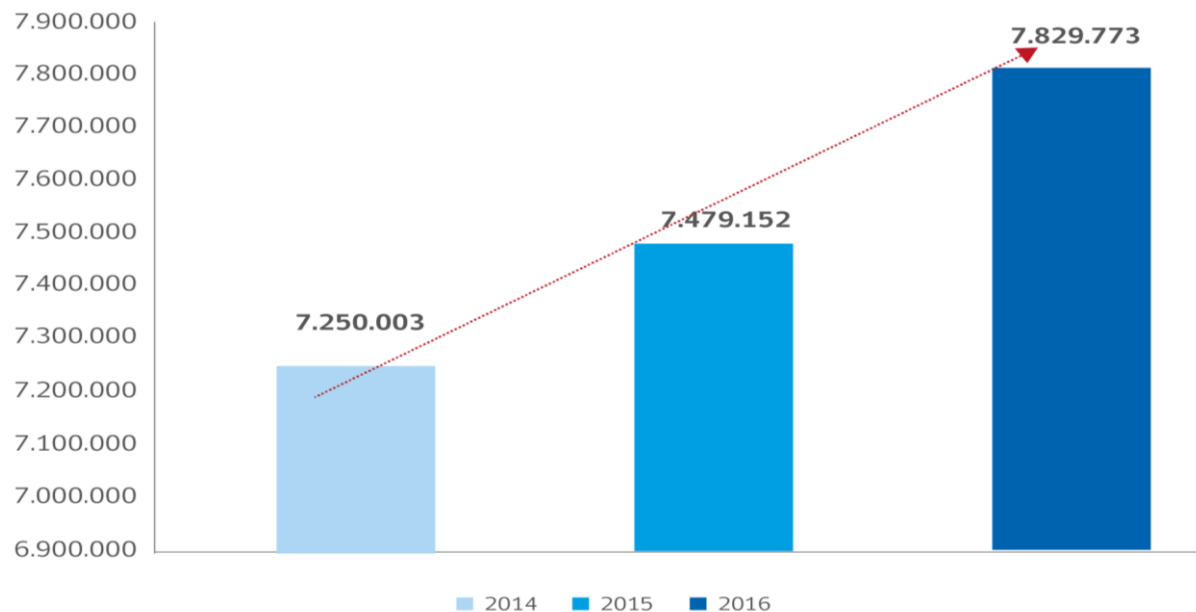
Variación de producción de intervenciones quirúrgicas mayores electivas. Enero a diciembre 2014-2015-2016



La producción de pabellones presenta un aumento al cierre del año 2016, pero resulta menor al esperado debido a las movilizaciones realizadas durante octubre y noviembre. Los 15 días de paro de actividad ocasionaron una pérdida de 52.000 atenciones entre consultas de especialidad e intervenciones quirúrgicas electivas.

Variación de producción de consultas de especialidad

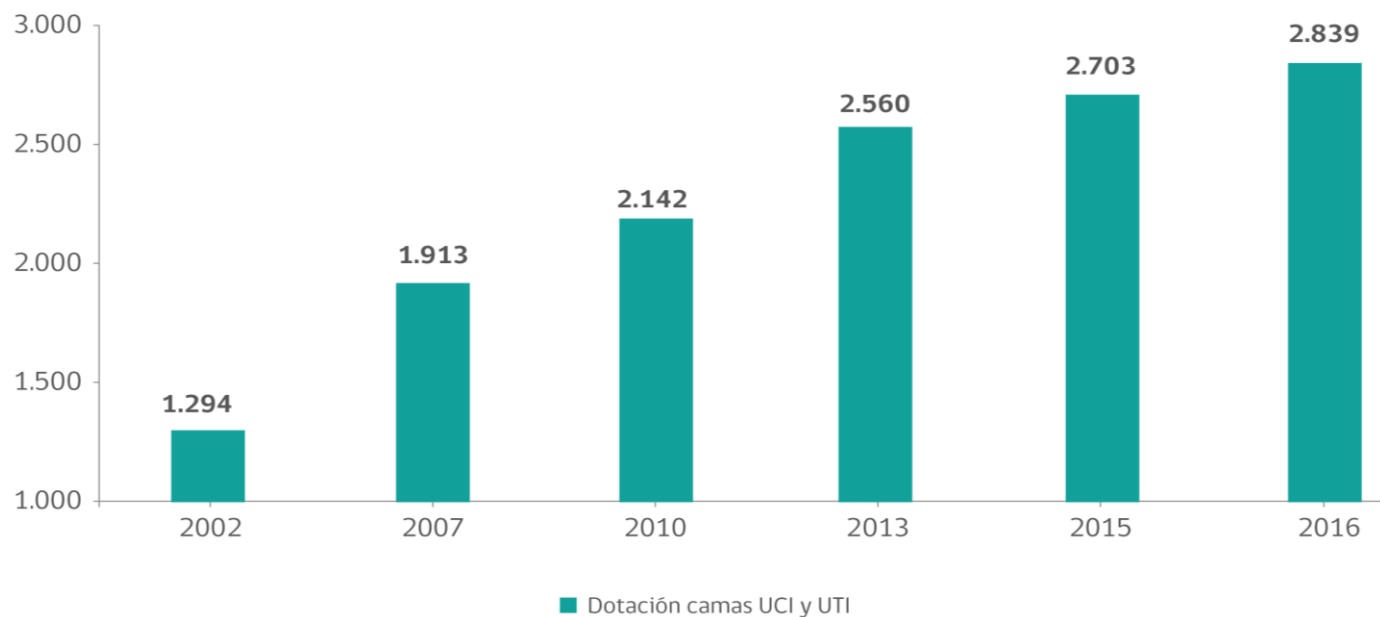
Enero a diciembre 2014-2015-2016



La incorporación del monitoreo al cumplimiento de la programación médica del nivel hospitalario ha contribuido al aumento de la producción. El cumplimiento observado es de un 85% al cierre del año 2015, lo que aumenta a un 95% en diciembre del 2016.

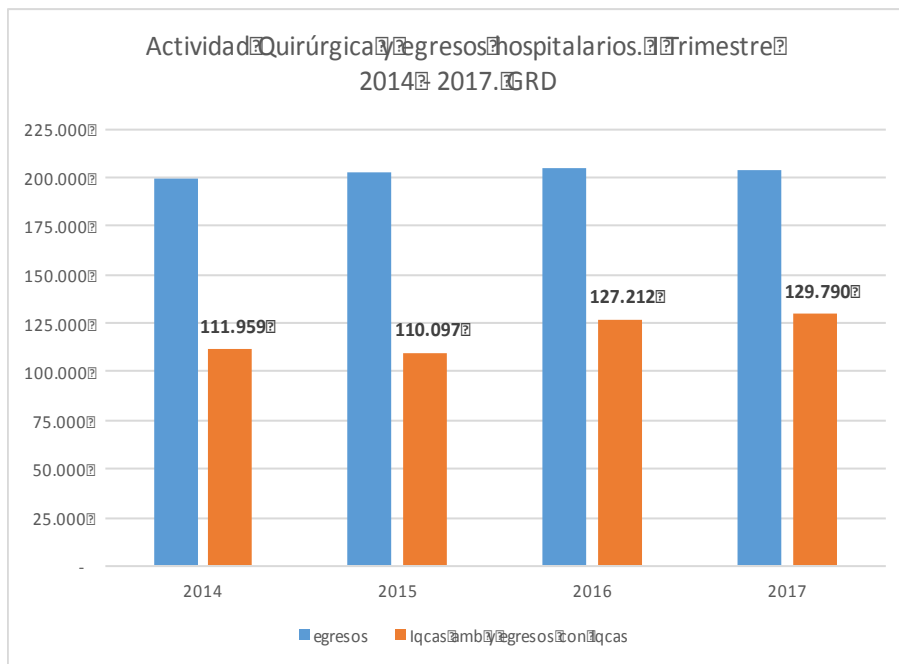
Camas críticas totales a nivel país

2002-2016



Desde el año 2010 al 2016 se registra un **incremento de un 24%** de camas críticas (lo que equivale a 687 camas críticas de adulto, pediatría y neonatología).

Mayor producción hospitalaria y de mayor complejidad (GRD)



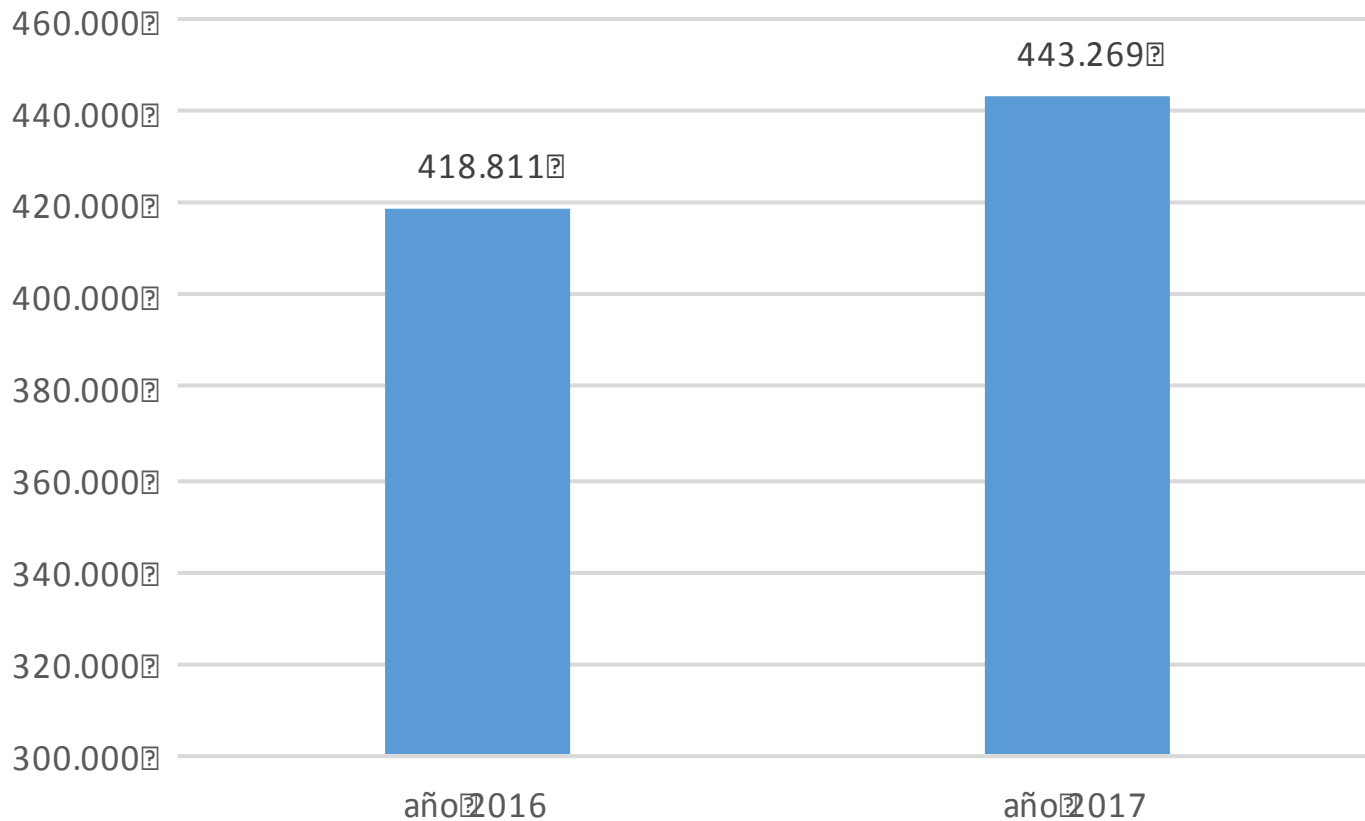
Año	Egresos	Peso medio GRD	Estancia media
2014	199.971	0,8179	6,17
2015	202.823	0,8280	6,41
2016	204.668	0,8544	6,66
2017	203.798	0,8899	6,69
Total	811.260	0,8477	6,49

Fuente: Base de Datos IR GRD MINSAL v_3.0-Norma 2014-SSA 25-04-2017

- Al comparar el primer trimestre del año 2014 con el 2017, se evidencia un aumento en el número de egresos asociados a una intervención quirúrgica mayor ambulatoria y no ambulatoria.
- Se ha mantenido el promedio de días de estancia en 6,6 días a pesar de una mayor complejidad (de 0.854 a 0.889 de complejidad).

Mayor producción: Consultas totales de especialidad

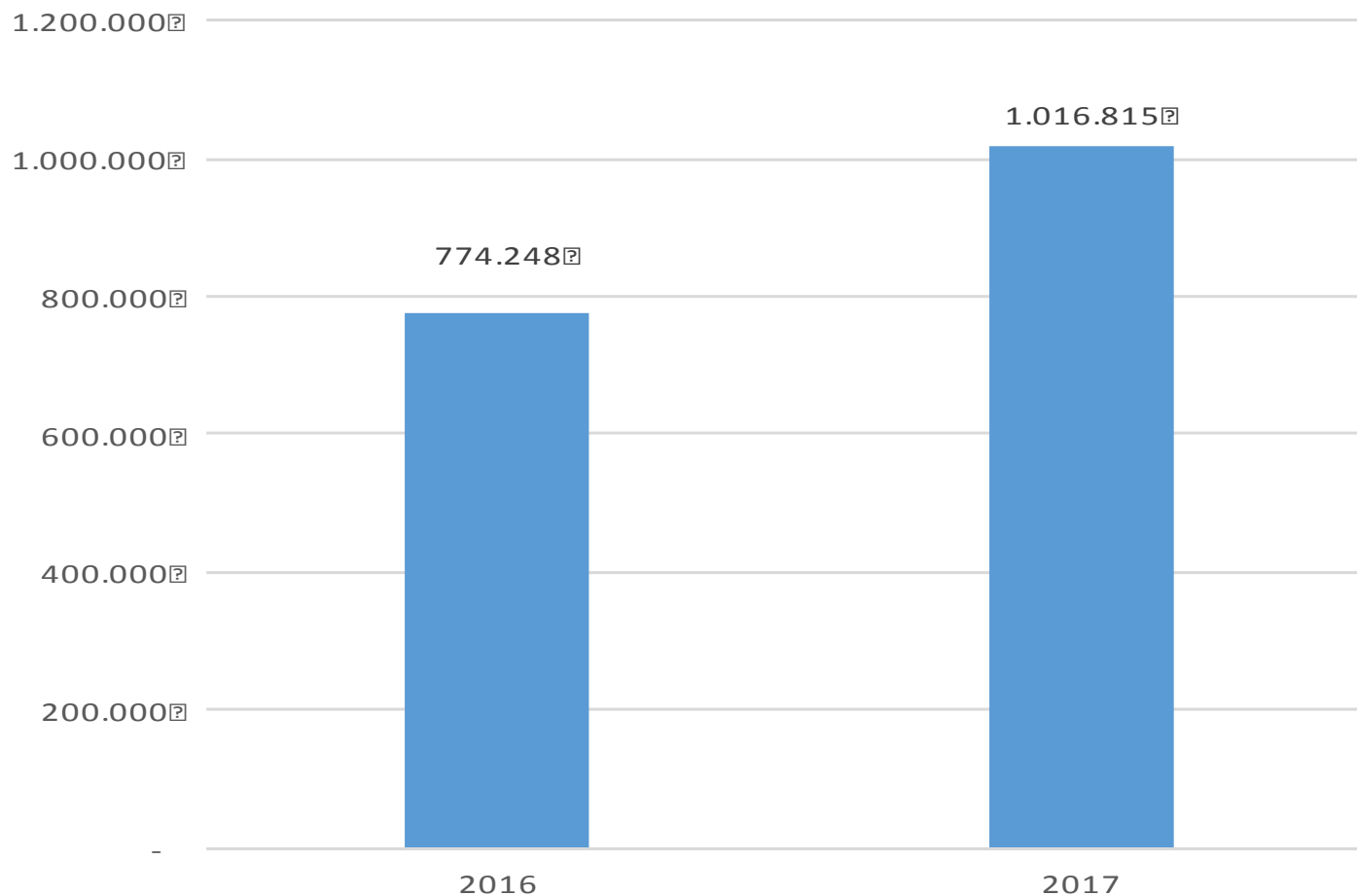
Enero - febrero 2016-2017



Información preliminar, incluye 10 Servicios de Salud disponibles al 27 de abril.

Mayor producción: Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Enero - febrero 2016-2017



Información preliminar, incluye 13 Servicios de Salud disponibles al 27 de abril.

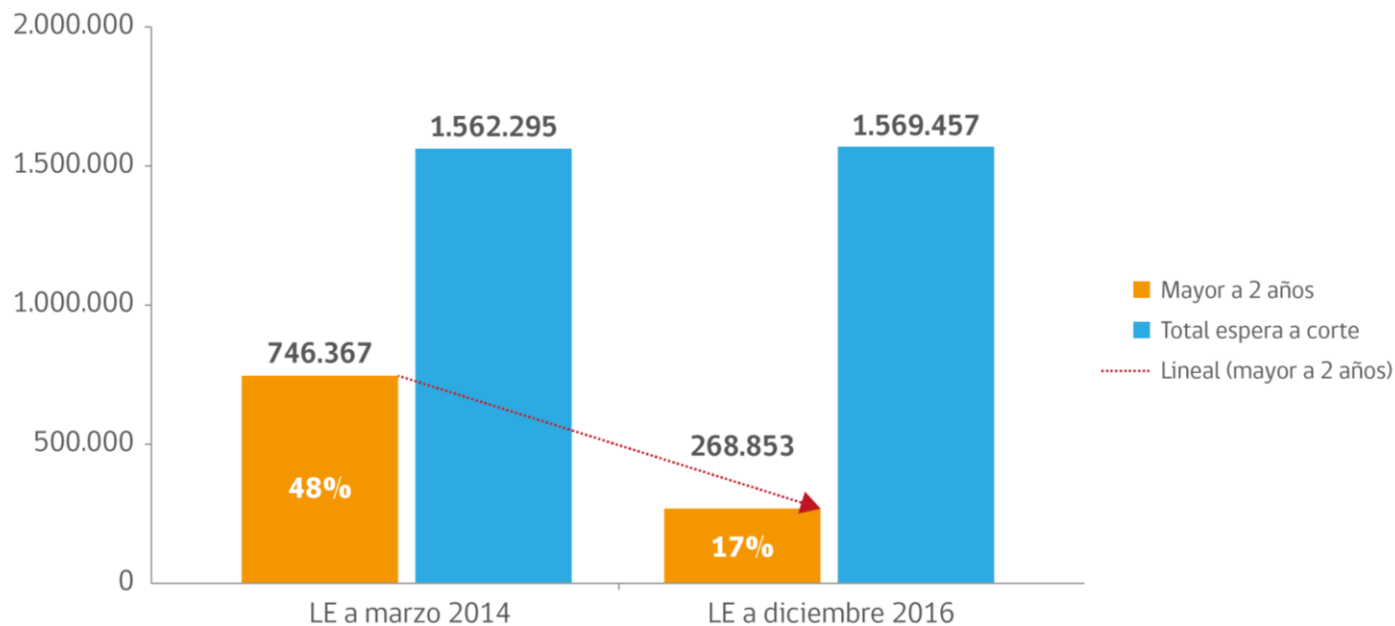


IMPACTO EN DISMINUCIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA



Lista de espera consulta nueva de especialidad mayor a 2 años

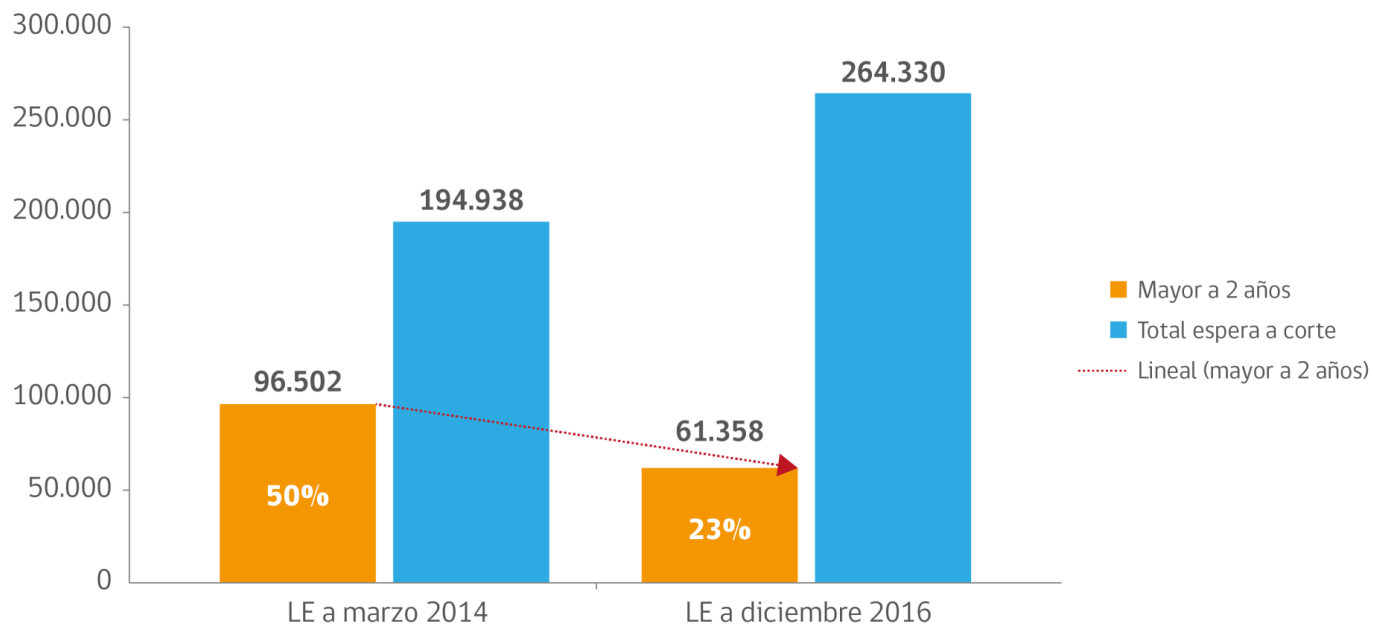
Marzo 2014 - diciembre 2016



Disminución de un 31% de la antigüedad de la lista mayor a 2 años

Lista de espera por cirugía mayor a 2 años

Marzo 2014 - diciembre 2016



Disminución de un 27% de la antigüedad de la lista mayor a 2 años

Disminución de tiempos de espera

Marzo 2014 - diciembre 2016

Lista de Espera	Variable	LE marzo 2014 (días de espera)	LE diciembre 2016 (días de espera)	Variación
Consulta Nueva de Especialidad	Mediana	416	291	- 125 días
Intervención Quirúrgica		462	393	-69 días

Priorizar la resolución de los casos más antiguos, ha permitido disminuir los tiempos de espera encontrados en marzo del año 2014 en **más de cuatro meses** para la consulta de especialidad y en **más de dos meses** para una intervención quirúrgica.

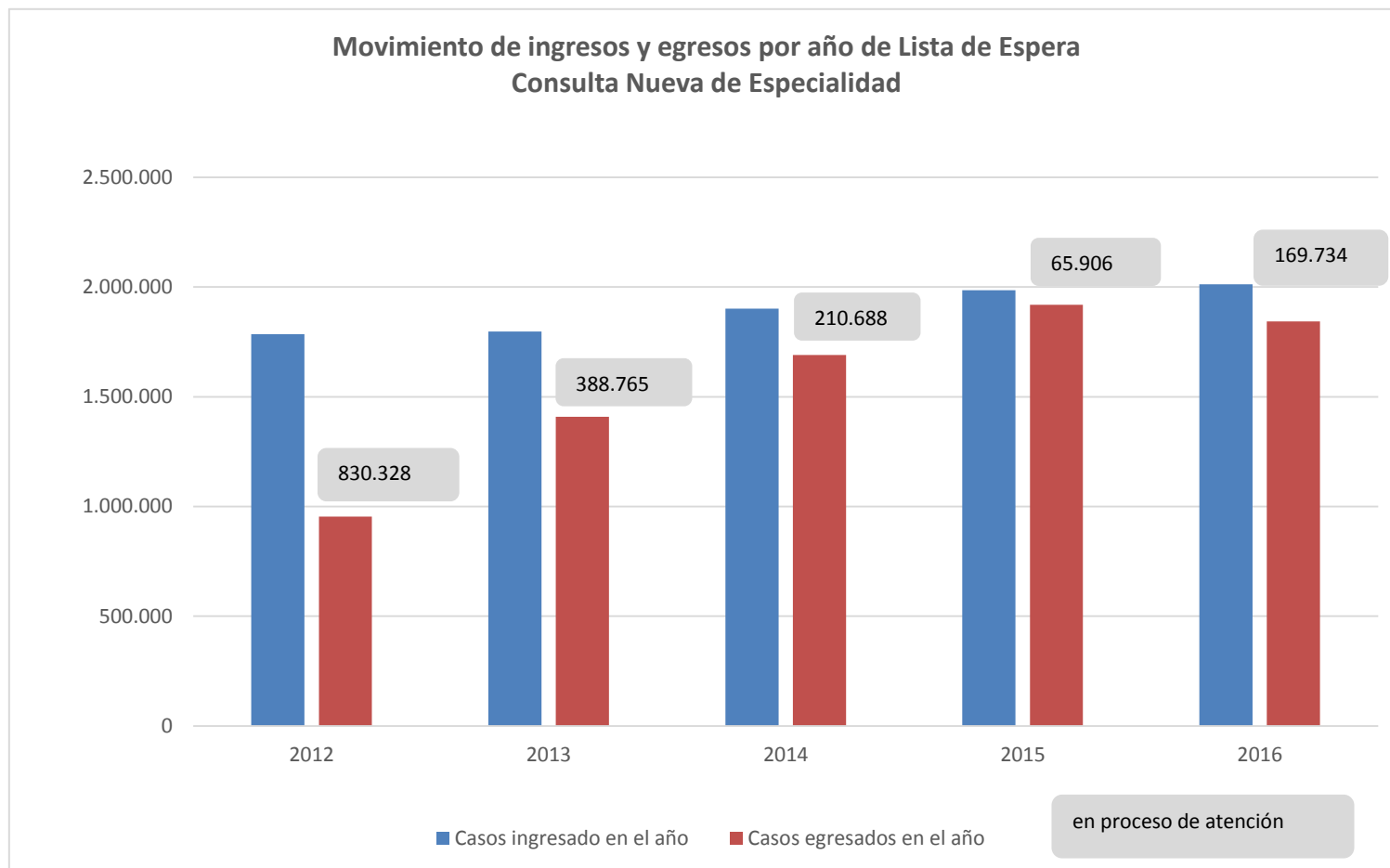
Evolución de la Lista de Espera No GES

Lista de Espera Total	Universo a Marzo 2014	Universo a Marzo 2015	Universo a Diciembre 2016	Egresos realizados Período Marzo 2014 y Diciembre 2016
Consulta Nueva de Especialidad	1.562.295	1.644.471	1.569.615	5.619.324
Intervención Quirúrgica	194.938	239.980	264.330	527.637

El número de personas en listas de espera para atención de especialidad o intervención quirúrgica considera el ingreso constante de nuevos casos y la resolución priorizada por antigüedad o complejidad de los existentes.

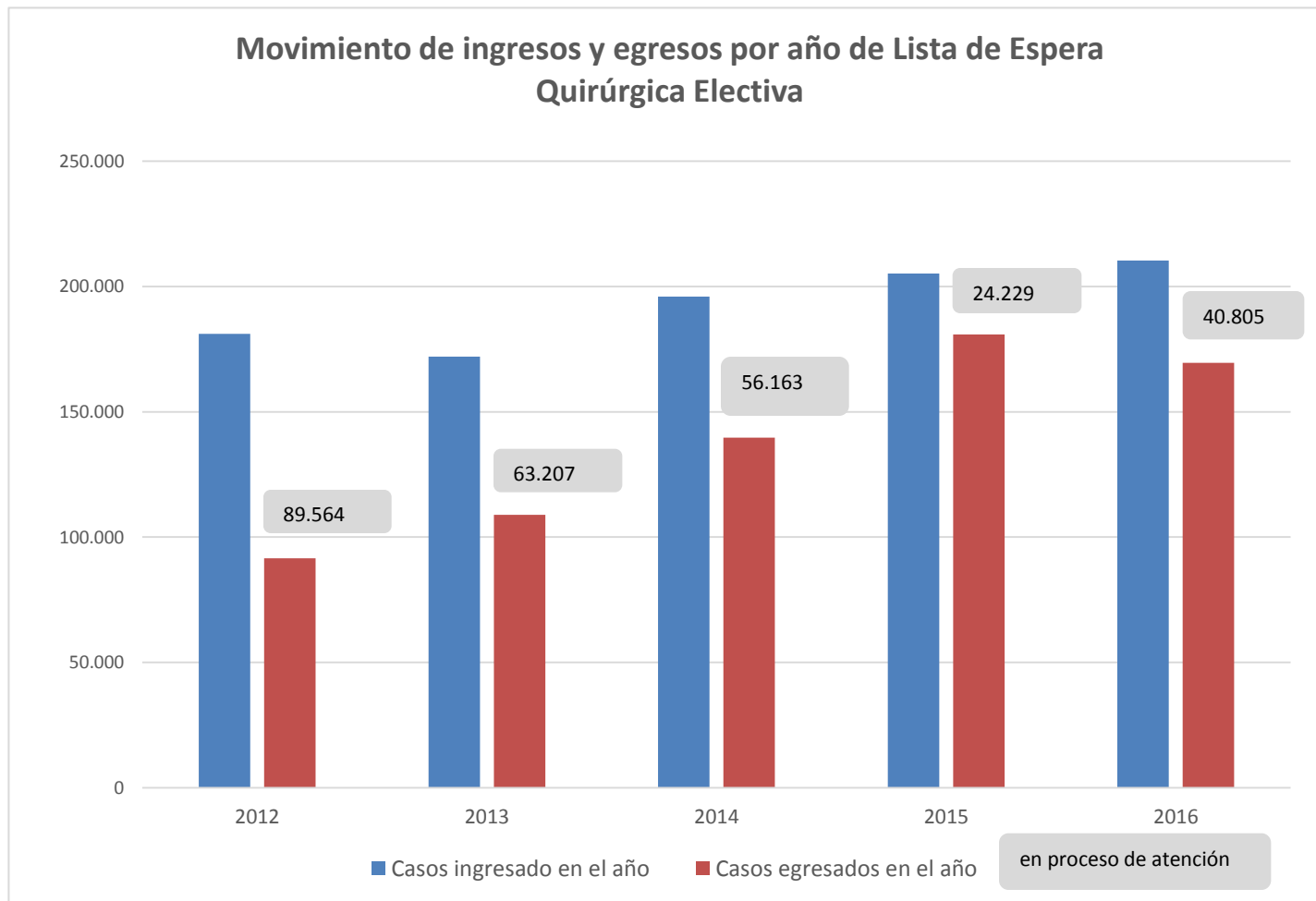
Entre marzo del 2014 y diciembre del 2016 se ha resuelto la espera de casi 6 millones de personas para ambos tipos de atención.

Movimiento por año de las listas de espera de consulta nueva de especialidad. 2012 - 2016



Fuente: Repositorio Nacional de Listas de Espera.

Movimiento de ingresos y egresos de lista de espera quirúrgica electiva por año. 2012 – 2016

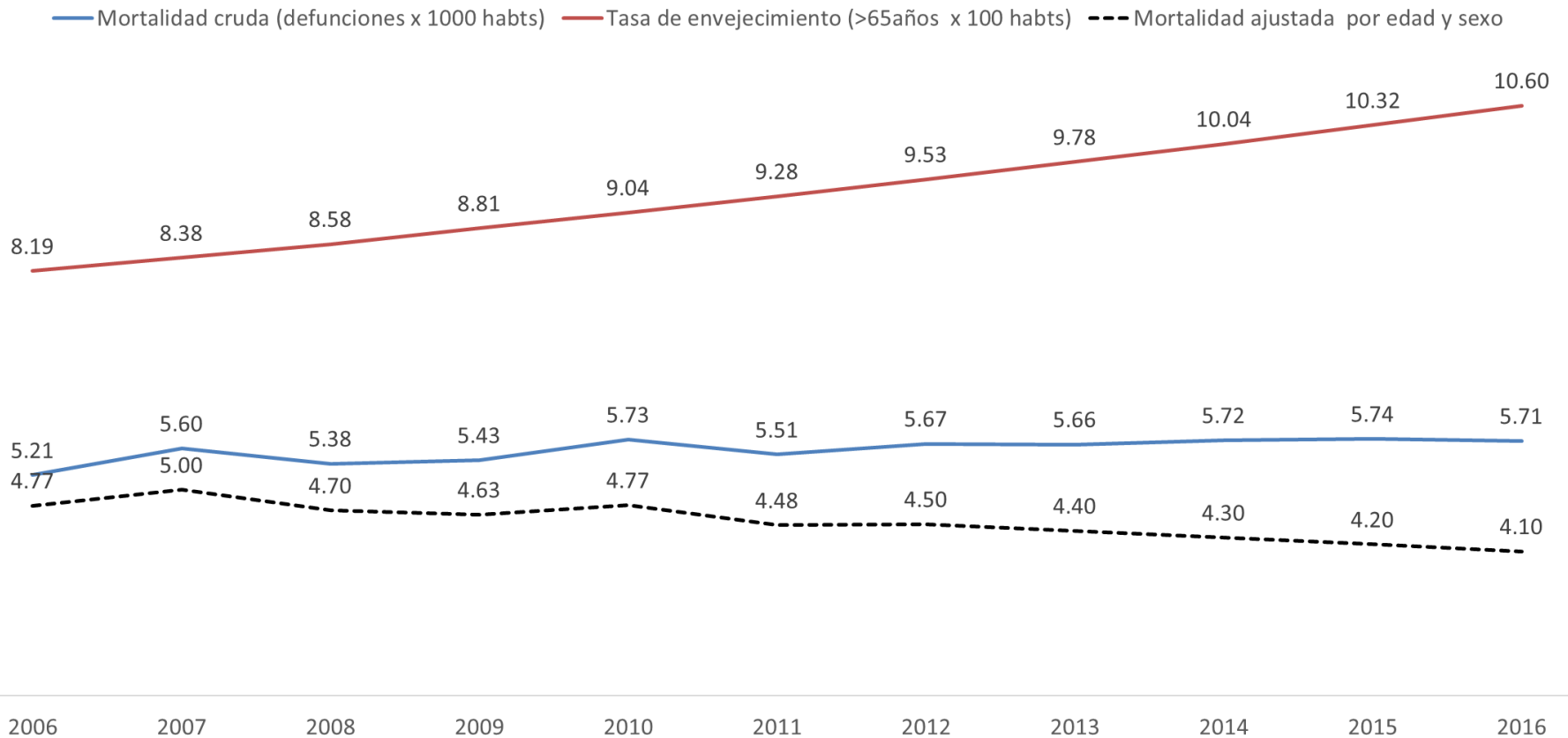




MORTALIDAD EN CHILE Y LISTAS DE ESPERA



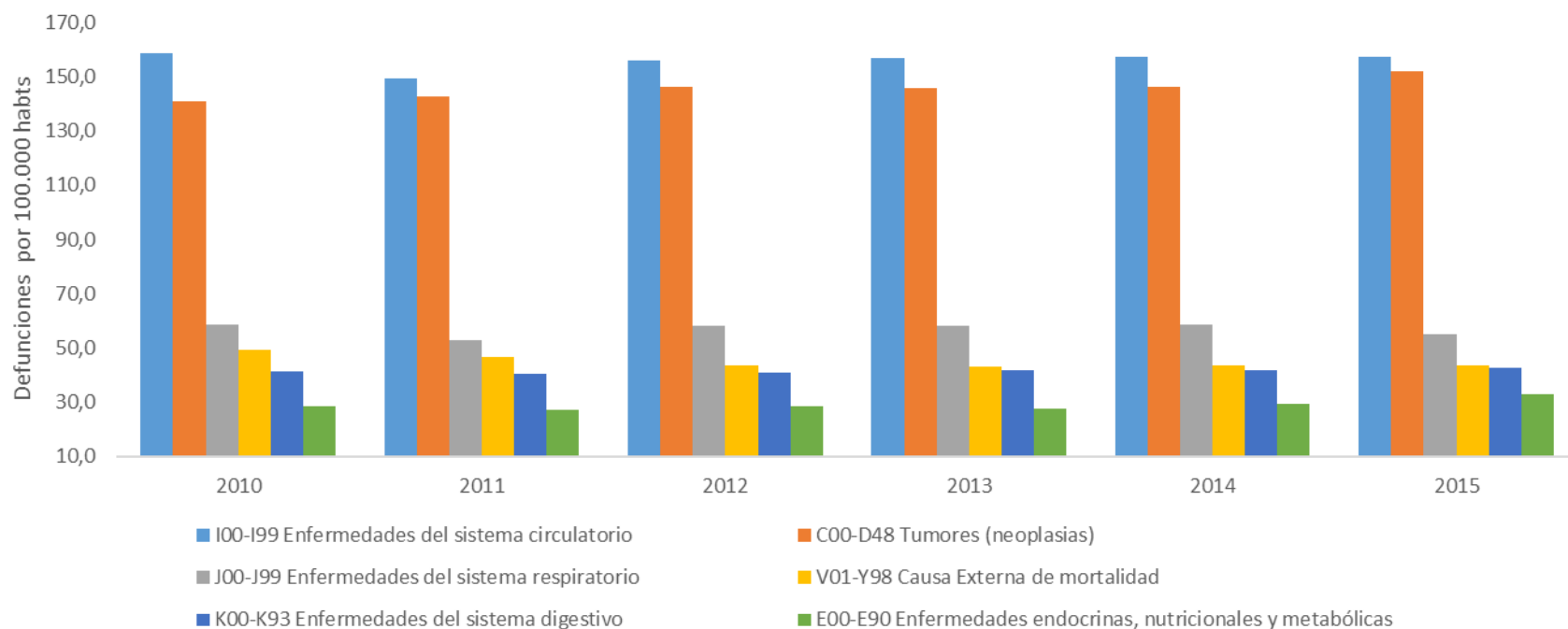
Evolución de la mortalidad en comparación con la tasa de envejecimiento. Chile, ambos sexos, 2006-2016



La tasa de envejecimiento en Chile crece de manera sostenida; sin embargo, la tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo (2002) tiene una tendencia a la disminución.

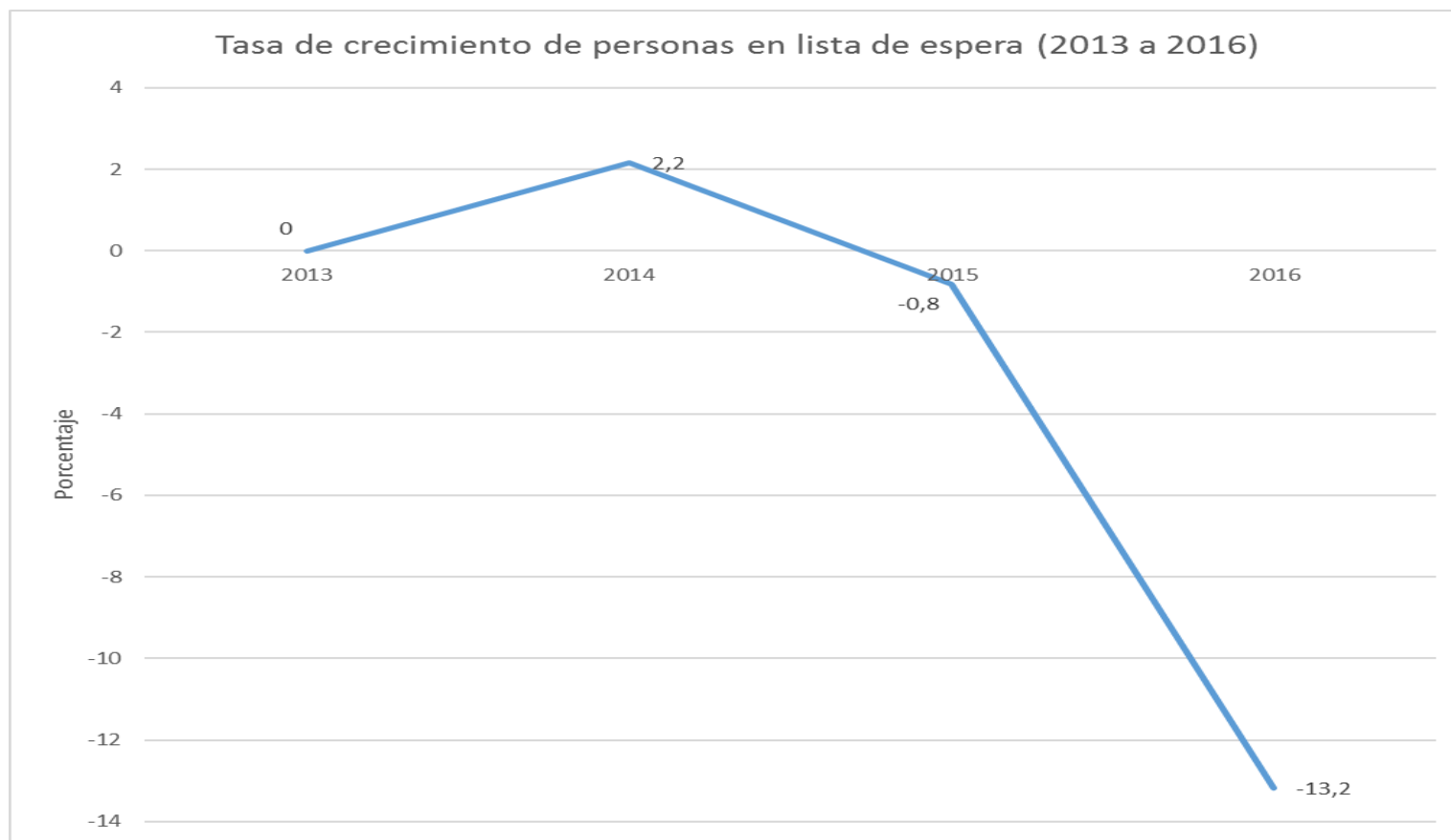
Mortalidad por principales causas de defunción

Chile, ambos sexos, 2010-2015



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales del DEIS y proyecciones de población INE.

Tasa de Crecimiento de Personas en listas de espera No GES 2013 al 2016



La cantidad de personas en lista de espera presenta una tendencia a la disminución observándose una baja de un 13,2% entre los años 2015 al 2016 (342.326 personas)

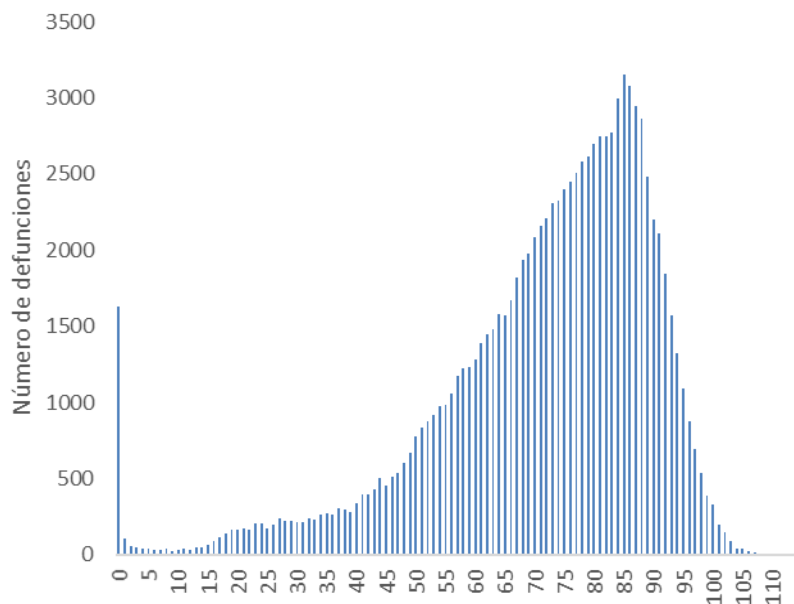
Estadísticas descriptivas de la edad de defunción de personas que se encontraban en LE al 31 diciembre 2016 vs población general 2016

	Población general 2016 (preliminar)	Población en LE 2016 (preliminar)
Defunciones totales	103.987 personas	22.326 personas
Personas fallecidas con cobertura FONASA	87,6% (n=91.096)	98,2% (n=21.298)
Edad del 50% (mediana)	76 años	74 años
Promedio de edad de defunción	71,2 años	71,5
Desviación estándar	19,5 años	15,4 años

El promedio de edad de las personas fallecidas tanto en población general como en lista de espera es de 71 años aproximadamente

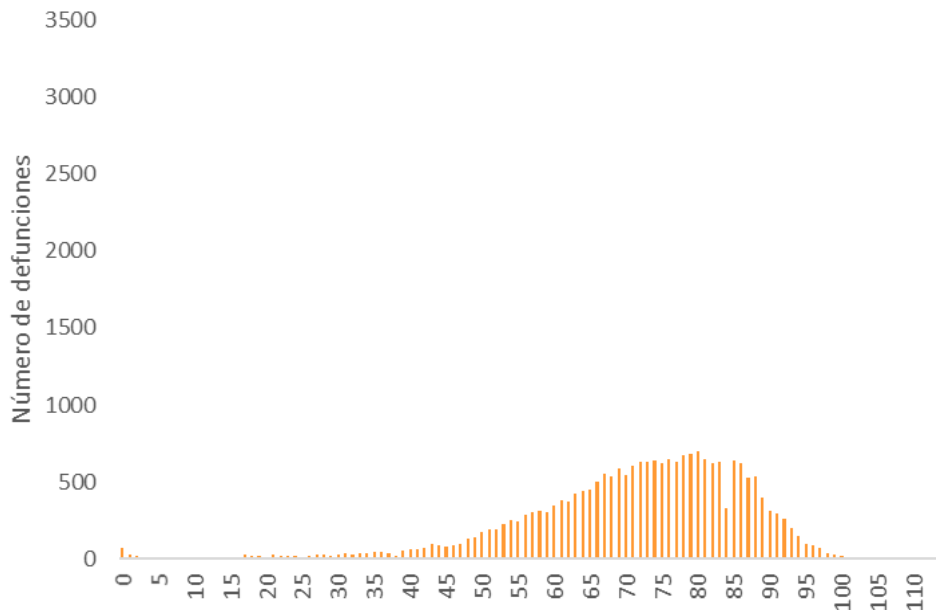
Distribución de la edad de defunción país y en lista de espera NO GES

Distribución de la edad de defunción en Chile:
Población general 2016



Fuente: Estadísticas vitales, DEIS, MINSAL

Distribución de la edad de defunción en Chile: Población en
Lista de Espera 2016



Fuente: Repositorio Nacional de Listas de Espera, MINSAL

El comportamiento de la edad de defunción en ambas poblaciones es similar, siendo los mayores de 70 años quienes concentran el mayor porcentaje de defunciones en ambos grupos.

Atenciones de Salud en 2016 de personas que estando en Lista de Espera fallecieron ese año

UNIVERSO DE PERSONAS FALLECIDAS EN LE EL AÑO 2016 CON SISTEMAS DE REGISTROS DE ATENCIONES DE SSY MINSAL

Tipo de atención clínica/cobertura AUGE	Personas	Porcentaje	Fuente
Egresados de hospitalización	14.305	64,10%	Egresos hospitalarios DEIS
Atendidos por especialista	9.419	42,20%	SIDRA
Atendidos por médico de Atención Primaria de Salud	6.362	28,50%	SIDRA
Atendidos por médico de urgencia	1.070	4,80%	SIDRA
Personas con un caso GES	21.224	95,10%	SIGGES
Fallecidos Lista de Espera 2016	22.326	100%	Base de datos de defunciones, DEIS, MINSAL

(* La misma persona puede haberse atendido en cualquiera de las instancias y en más de una.

Existe evidencia que:

- 64% de las personas fue hospitalizada el año 2016.
- 42% de las personas recibió una atención de Salud de un especialista.
- 28% de las personas fue atendida por un médico en la Atención Primaria.
- 4,8% de las personas fue atendida en la urgencia.
- 95% de las personas recibió atenciones de Salud a través del AUGE.



CONCLUSIONES



Conclusiones

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

- La población evidencia un envejecimiento acelerado debido a un aumento de la expectativa de vida.

GASTO PÚBLICO

- El gasto público en Salud ha tenido un aumento permanente durante los últimos años, pero sigue estando por debajo de la mayoría de los países de la OCDE: 1.606 USD PPA per cápita en Chile en 2013, en comparación con el promedio de 3.453 USD PPA per cápita en la OCDE.
- Al año 2014 el gasto per cápita en Salud anual para los beneficiarios de FONASA fue de \$411.720 y para los beneficiarios de ISAPRE de \$1.146.336.
- El gasto en Salud se ha destinado a fortalecer el sistema a través del programa de inversión sectorial, incorporando nuevos médicos, estrategias (SAR) y tecnología (telemedicina). El objetivo es disponer de mayor y mejor oferta que permita enfrentar los problemas de Salud de las personas. Por ejemplo, disminuyendo los tiempos de espera para una atención médica o una intervención quirúrgica.



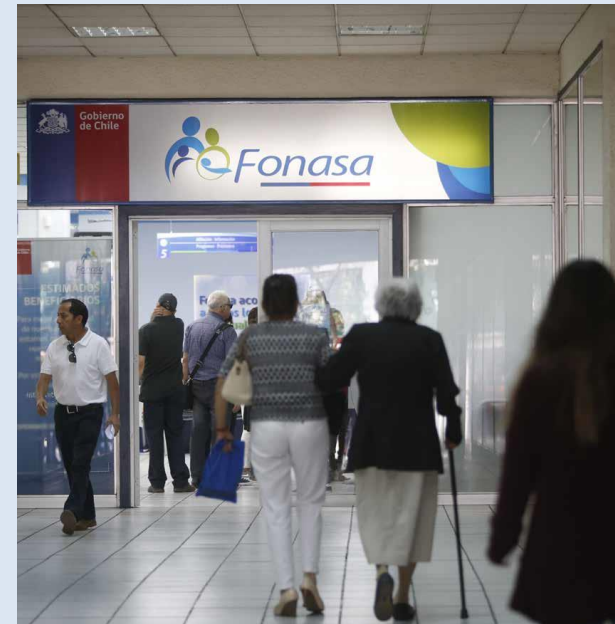
Conclusiones

SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES

- FONASA acoge al 75% de la población, protegiendo a las personas que presentan más problemas de Salud y mayores grados de pobreza (con mayor morbimortalidad).
- En el gobierno de la Presidenta Bachelet, la gestión de la Salud Pública ha tenido un enfoque de derechos, en sintonía con la ciudadanía, enfrentando las brechas estructurales a través de su programa.

PRIORIZACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

- La actual administración de gobierno transparentó las listas de espera que existían a marzo del año 2014 y la antigüedad de ella.
- **Estas listas de espera son para atenciones electivas, no de urgencia.** Cuando el cuadro clínico se agrava, el paciente ingresa al sistema por otras vías, tal como se ha evidenciado en este informe.
- El foco de la gestión ha estado en **priorizar la atención de Salud de aquellos casos que muestran más tiempo de espera.**



Conclusiones

PRIORIZACIÓN DE LA LISTA DE ESPERA

- Desde el año 2014, esta administración ha realizado un esfuerzo sostenido para **disminuir los tiempos de espera para una atención de especialista o cirugía.**
- En marzo del año 2014, el 48% de la lista de espera para una consulta nueva de especialidad esperaba más de dos años. Al cierre del año 2016, sólo el 17% tiene este tiempo de espera. Se han disminuido los tiempos de espera en 4 meses para una consulta.
- En marzo del año 2014, el 50% de la lista de espera para una intervención quirúrgica electiva esperaba más de dos años. Al cierre del año 2016, sólo el 23% tiene este tiempo de espera. Se han disminuido los tiempos de espera en 2 meses para una intervención quirúrgica.
- El trabajo de focalización sobre la antigüedad de las listas de espera realizado por los Servicios de Salud, ha permitido la resolución de **5 millones 619 mil consultas nuevas de especialidad y 527 mil intervenciones quirúrgicas electivas**, desde marzo de 2014 a diciembre de 2016.
- Existe evidencia de que las personas fallecidas que estaban en lista de espera fueron atendidas por el Sistema de Salud en la Atención Primaria, en el nivel de especialidad, en un servicio de urgencia o fueron hospitalizadas. Esto reafirma que **no es posible concluir una relación de causalidad entre fallecer y estar en la lista de espera.**
- El mayor riesgo de un paciente en lista de espera se asocia al tiempo que espera en ella. Esto refuerza nuestro foco: tiempos de espera menores.



Conclusiones

LA LEY DE PRESUPUESTO OBLIGA A ENTREGAR DATOS PRELIMINARES SOBRE LISTAS DE ESPERA QUE DEBEN SER INTERPRETADOS CON CAUTELA PARA NO GENERAR INCERTIDUMBRE EN LA POBLACIÓN

- “La Glosa o6 de la Ley de Presupuesto 2017 establece que el Ministerio de Salud deberá informar semestralmente los resultados de la indagatoria que mida las Listas de Espera, en relación al número y causas de muerte de pacientes en espera No AUGE y Garantías de Oportunidad AUGE retrasadas y que hayan muerto estando en lista de espera”.

FRAGMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- El año 2016 el Banco Mundial concluyó que uno de los problemas que dificultan la gestión de Salud es la fragmentación de los sistemas de información que dificultan los análisis. Actualmente se trabaja para generar nuevas soluciones tecnológicas que permitan obtener mayores grados de integración de las diferentes fuentes y con ello información más oportuna y de mejor calidad.



Conclusiones

MIRADA DE FUTURO Y POLÍTICA DE ESTADO

- La ciudadanía espera que seamos transparentes y claros, que reconozcamos las brechas en infraestructura, recursos humanos, financiamiento y de gestión, que asumamos el desafío de superar estas brechas como Política de Estado, con un tono que nos permita avanzar en propuestas de mediano y largo plazo, para ampliar las capacidades del Sistema Público de Salud, donde se atiende más del 75% de la población.
- Estos resultados no nos dejan satisfechos. Reconocemos que es insuficiente y proponemos abordarlos mediante una Reforma de Salud en el próximo gobierno.





Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

**TODOS
XCHILE!**