

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

ESTADO DE SITUACIÓN PERSONAS FALLECIDAS EN LISTAS DE ESPERA NO GES Y GARANTÍAS RETRASADAS GES

INFORME COMISIÓN MÉDICA ASESORA
MINISTERIAL

Comisión Asesora

17/08/2017

INTEGRANTES COMISION

a) Representantes de instituciones externas al Sector Público de Salud

- | | | |
|----|------------------------------------|---|
| 1. | Dr. Oscar Arteaga Herrera | Director Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile |
| 2. | Dra. Helia Molina Milman | Vicedecana de Medicina Universidad de Santiago de Chile |
| 3. | Dra. Paula Bedregal García | Jefa del Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile |
| 4. | Dra. Ximena Aguilera Sanhueza | Directora Centro de Epidemiología y Políticas de Salud Universidad del Desarrollo |
| 5. | Dra. María Teresa Valenzuela Bravo | Vicedecana de Investigación y Postítulos Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes |
| 6. | Dr. Manuel Inostroza Palma | Director de Campos Clínicos de la Universidad Andrés Bello |
| 7. | Dr. Carlos Madariaga Araya | Profesor Agregado de Escuela Salud Pública y Facultad de Medicina, Universidad de Chile |
| 8. | Dra. Liliana Jadue Hund | Vicedecana de las Carreras de la Salud de la Universidad del Desarrollo |
| 9. | Dra. Carmen Antini Iribarra | Profesora Asistente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile |

b) Representantes Internos del Ministerio de Salud

- | | | |
|-----|-------------------------------|--|
| 10. | Dra. Patricia Navarrete Mella | Jefa de División de Gestión de las Redes Asistenciales |
| 11. | Dra. Verónica Rojas Villar | Jefa del Departamento de Estadísticas e Información en Salud |

Secretaria Ejecutiva

- | | | |
|-----|----------------------------|---|
| 12. | Dra. Ghislaine Arcil Greve | Profesional asesor del Ministerio de Salud hasta el 30 junio de 2017, luego Independiente |
|-----|----------------------------|---|

INVITADOS PERMANENTES

1. Javiera Burgos, Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DIPLAS
2. Javiera Pacheco, Departamento de Estrategia Nacional, DIPLAS
3. Andrea Guerrero Ahumada, Secretaría Técnica GES
4. Luis Rodríguez Gonzáles, Superintendencia de Salud
5. Leonardo Molina Fuentes, División de Gestión de Redes Asistenciales
6. Joan Cornejo Muñoz, Superintendencia de Salud

INVITADOS A PRESENTACIONES ESPECIFICAS O APORTE DE MATERIAL A LA COMISION

1. Alejandra Cordero, División de Gestión de Redes Asistenciales
2. Dr. Bernardo Martorell, Jefe División de Atención Primaria
3. María José Lamas, Tecnología de Información en Salud
4. Dra. Soledad Martínez, Escuela de Salud Pública, U. De Chile
5. Dra. María Elena Alvarado, Escuela de Salud Pública, U. De Chile
6. Raúl Ferrada, Director General consejo para la Transparencia
7. Nora Donoso, Asesora Ministerial
8. Claudio Mendoza, Comunicaciones MINSAL

GRUPO DE TRABAJO QUE PREPARA MATERIAL PARA REUNION DE COMISION ASESORA

1. Verónica Rojas, Jefa Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DIPLAS
2. Javiera Burgos, Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DIPLAS
3. Javiera Pacheco, Jefa Departamento de Estrategia Nacional en Salud, DIPLAS
4. Luis Rodríguez Gonzáles, Superintendencia de Salud
5. Joan Cornejo Muñoz, Superintendencia de Salud
6. Lei Bahamondes, Fondo Nacional de Salud
7. Patricia Navarrete o Leonardo Molina , DIGERA
8. Ghislaine Arcil Greve, Independiente

Tabla de contenido

Resumen ejecutivo.....	4
Introducción.....	7
Objetivo de la Comisión Médica Asesora Ministerial	9
Análisis y Fuentes de datos utilizadas	10
Análisis descriptivo de la distribución de eventos y tiempos de espera de la Lista de espera No GES	10
Análisis descriptivo de personas fallecidas habiendo estado en la Lista de Espera No GES.....	11
Análisis descriptivo de las Garantías Retrasadas GES	11
Análisis descriptivo de personas fallecidas teniendo una Garantía Retrasada GES	12
Resultados	12
Descripción del Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE).....	12
Total de personas que estuvieron en RNLE No GES durante el 2016 y su caracterización	16
Derivaciones y personas que permanecen en el RNLE No GES sin resolución al 31 de diciembre de 2016.....	17
Número de personas fallecidas en la Lista de Espera sin haberse resuelto su derivación	18
Causas de muertes de personas que se encontraban en Lista de Espera No GES al 31 de diciembre 2016.....	19
Análisis de relación entre la derivación no resuelta y la causa de defunción.....	19
Identificación de perfiles de riesgo de muerte que faciliten la gestión de las personas que son derivadas	21
Resultados Análisis Fallecidos con Garantías de Oportunidad GES Retrasadas	23
Antecedentes generales:.....	23
Caracterización de las Personas con Garantías de Oportunidad Retrasadas GES durante el año 2016:.....	23
Personas Fallecidas con Garantías de Oportunidad Retrasadas GES durante el año 2016:	24
Personas Fallecidas con Garantías de Oportunidad Retrasadas GES durante el año 2016 y Relación con Causal de Fallecimiento:.....	25
Conclusiones	26
Recomendaciones de la Comisión.....	29

Resumen ejecutivo

El Sistema de Salud Chileno muestra resultados de impacto en salud y de eficiencia del gasto en salud mejores que otros países de la región. Esto se debe en parte a políticas sanitarias focalizadas en áreas tales como la salud materno infantil, la infancia y el sistema de garantías explícitas en salud, entre otras. Sin embargo, las grandes cifras esconden inequidades y focos de menor eficiencia dentro del sector.

Un ámbito que ha tenido cuestionamiento de su eficiencia y resultados en salud, es la gestión de las listas y tiempos de espera para atención médica (consultas nuevas de especialidad y cirugías electivas). Este es un tema que ha estado siempre presente en el sistema público de salud, el año 2005 se establecieron garantías y tiempos máximos de atención para un conjunto priorizado de patologías denominadas GES, sin embargo, esto no se extendió al resto de problemas de salud denominados NO GES, lo que estableció la necesidad de resguardar que las prestaciones relacionadas con problemas de salud No Ges al menos se mantuvieran en las condiciones existentes al momento de implementar las Garantías. Debido a ello, desde el año 2009 se pueden identificar iniciativas que ha implementado el Ministerio de Salud, tendientes a gestionar las listas y tiempos de espera.

Desde el año 2011, asociado a la Ley de presupuesto, en que se entregan recursos para desarrollar estrategias de resolución de Listas de Espera No GES, se emite un informe “Glosa 06” al Congreso con los antecedentes del estado de situación de las listas de espera No GES y el estado de situación de las Garantías retrasadas GES. Desde el año 2016 dicha glosa pide informar sobre el número de personas fallecidas en espera de una atención No GES o con una garantía GES retrasada. En la Glosa 06 de diciembre de 2016 se hicieron públicos datos de más de 25.000 fallecidos en espera de una atención No GES y, por otra parte, se difundió la existencia de más de 11.000 fallecidos con garantías retrasadas GES entre el 2005 y 2016.

Debido a la alarma pública que generó esta información, la Sra. Ministra de Salud creó una Comisión Médica Asesora Ministerial, en Mayo del 2017, 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, así como proponer la forma de validar los antecedentes y entregar la información, desempeñando un rol consultivo y de asesoría a la función Ministerial de disminuir los tiempos de espera para Consulta nueva de Especialidad y para Cirugía Electiva”. Esta Comisión, formada principalmente por académicos de diversas Universidades, sesionó durante dos y medio meses, 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 la subsecretaría de Redes Asistenciales y un equipo del MINSAL especialmente conformado para estos fines.

Del análisis de las personas fallecidas en el RNLE, se detectó que la información contenía errores; las personas fallecidas mientras estaban en espera de atención en el RNLE, no eran 25.000, sino 15.625. Éstas representan el 0,7% del total de personas que estuvieron en el RNLE durante el año 2016 y el 15% de los fallecidos a nivel nacional ese año, aportando con 0,85 fallecidos por 1000 habitantes a la tasa de mortalidad general del país, que es 5,7.

En el caso de las garantías retrasadas GES, desde el 1° de Julio del 2005 al 31 de diciembre del 2016, han fallecido 11.507 personas, los fallecidos el año 2016 fueron 993 personas, que representan el

1% de los fallecidos beneficiarios de FONASA del período y 0,9% de fallecidos a nivel nacional ese año, aportando con 0,05 fallecidos por 1000 habitantes a la tasa de mortalidad general país (5,7).

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 RNLE y por garantías retrasadas GES. Dada las limitaciones de completitud y calidad de los datos, especialmente en el RNLE, que no permiten 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 y aplicación de juicio experto, la factibilidad de “asociación potencial” entre la derivación en espera y el fallecimiento.

Para dicho análisis se aplicaron criterios demográficos y epidemiológicos, centrados los menores de 40 años y en el resguardo de representatividad de una muestra de los mayores de 40 años, así se definieron dos subgrupos¹ de análisis, uno que consideró todos los fallecidos menores de 40 años (572 personas) y otro, en base a una muestra tomada al azar, de 1000 personas fallecidas del grupo de 40 y más años (15.053 personas). En el 37,8% (206 personas) de todos los fallecidos menores de 40 años y en el 43,8% (427 personas) de la muestra representativa de 40 y más años, fue posible plantear una hipótesis de asociación potencial entre la derivación en espera y el fallecimiento. Dada la representatividad de esta muestra, en el grupo de 40 y más años se puede extrapolar el resultado al total de fallecidos de esta edad (15.053 personas) con lo cual podría haber hasta 6.593 fallecidos en los que pudiese plantearse esta hipótesis de asociación potencial.

Respecto a los fallecidos con garantías retrasadas GES, se estudiaron todos los fallecidos (993 personas), de ellos en el 15% fue posible plantear una hipótesis de asociación potencial entre la derivación en espera y el fallecimiento.

Las causas de muerte de las personas que estaban esperando una atención, son semejantes a las causas de la población general para cada grupo etario analizado (menores de 15 años, 15 a 39 años, 40 a 64 años y 65 y más).

Esta hipótesis de asociación, no puede ser confirmada con los datos disponibles, pero sí plantea el desafío de estudiar en mayor profundidad el fenómeno y mejorar los registros de las derivaciones, incorporando estrategias de rendición de cuentas y auditorías clínicas en forma periódica, para realizar futuros análisis de causalidad y perfilamiento de riesgo que permitan detectar oportunidades de mejora en los procesos de gestión de los tiempos y listas de espera. Estos aspectos están fuera del alcance de los objetivos de esta Comisión y fueron abordados, en las recomendaciones, como parte de las mejoras que deben hacerse al modelo de gestión y al sistema de información global que el Ministerio de Salud requiere para gestionar los tiempos y listas de espera, protegiendo adecuadamente el derecho a la salud, la oportunidad y calidad de la atención.

Del análisis descriptivo de las derivaciones, en el RNLE se observó que durante el 2016 éste tuvo 3.321.791 registros de solicitudes de derivación, 78% fueron por Consultas Nuevas de Especialidad, 11,6% por procedimientos, 10,1% por cirugías y 0,16% por Consultas Repetidas y Cirugías Complejas. Estas derivaciones fueron generadas por 2.362.304 personas, lo que da un índice de 1,4 derivaciones por persona. Del total de derivaciones de la Lista de espera, se egresaron del RNLE el 49% y 51% se mantuvo en espera de alguna derivación. De todas esas derivaciones egresadas del RNLE, 85%

¹Se 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%)

(1.404.669/1.636.871) fueron atendidas, es decir resueltas y 14% (232.202/1.636.871) fueron egresadas por causa administrativa.

De las derivaciones que no fueron egresadas, se observaron diferencias en las medianas de tiempo de espera por tipo de derivación y gran variabilidad en los Servicios de Salud. Los Procedimientos tienen la mediana más alta de tiempo de espera, llegando a 526 días a nivel país, con un rango que va desde 159 a 2040 días en diferentes Servicios de Salud, le siguen las cirugías con mediana de 381 días con rangos de 207 a más de 500 días en diferentes Servicios de Salud y, por último, las Consultas Nuevas de Especialidad con mediana de 302 días, con rango de 144 y 550 días en diferentes Servicios de Salud. La Comisión muestra preocupación por lo prolongado de estos tiempos de espera, que ciertamente vulneran el concepto de una atención oportuna, especialmente en algunos servicios de salud. Se recomienda que la autoridad revise cuidadosamente estas situaciones, para verificar si realmente lo registrado en el repositorio corresponde a solicitudes de derivación vigentes y de ser así, realicen todas las gestiones a su alcance para resolverlas.

Finalmente, se detectaron múltiples oportunidades de mejora tanto a nivel del modelo de gestión, como del sistema de información. Para el primero se recomiendan medidas tendientes a incorporar buenas prácticas internacionales que enfatizan la gestión de los tiempos de espera, en base a procesos organizacionales que precisen el rol del médico contralor y favorezcan mecanismos de comunicación y contactabilidad con los pacientes, que refuercen el rol Rector del Ministerio de Salud, que generen mayor cobertura de atención a grupos con menor acceso y que la atención de pacientes derivados se base en protocolos que contengan criterios de priorización centrados en el paciente, tales como tiempos máximos de antigüedad por patología, asociado a criterio clínico de gravedad y discapacidad generada, así como criterios sociales relacionados con el deterioro de la situación de salud del paciente y sus costos asociados. Para el segundo se recomiendan acciones orientadas a mejorar los estándares de información relacionados con las mediciones de monitoreo y evaluación de la gestión de tiempos y listas de espera, formalizar el procesamiento de datos y la mejora de la calidad de los datos, profesionalizar la producción de información traspasándola al Departamento de Estadísticas del Ministerio y rediseñar el sistema informático, introduciendo mejoras al software que apoyen los procesos de trabajo con alertas y validaciones internas de datos, además de corregir los problemas actuales que presenta.

Introducción

Contexto

Las listas de espera para atención es salud (LE) constituyen un tema de preocupación política y social. Desde un punto de vista sanitario las LE son un fenómeno inevitable en la provisión de servicios de salud. Esto se explica porque la demanda de atenciones suele ser mayor que los recursos disponibles, los que son finitos.

Pese a esta situación las LE se pueden gestionar de manera de lograr un equilibrio entre las necesidades de atención de salud de la población y la oferta de servicios disponibles. Este equilibrio se logra a través de un proceso de priorización racional que surge del conocimiento de dichas necesidades (demanda), de la historia natural de las enfermedades, la efectividad de las intervenciones, y la oferta disponible.

Es en esta línea que el concepto LE ha sido modificado por el de tiempos de espera, que alude a la satisfacción de la demanda en tiempos razonables de acuerdo al problema de salud.

Para comprender la magnitud de las LE, es necesario conocer el contexto de producción y productividad de prestaciones, en este caso, del sector público de salud. Se sabe que a mayor número de prestaciones disponibles (oferta en número y variedad) se suele incrementar la demanda, y con esto, la posibilidad de generar listas y tiempos de espera.

Producción

En el Sector Público de Salud desde hace años se observa un incremento en diversos grupos de prestaciones, entre ellas las consultas de especialidad, Intervenciones Quirúrgicas y Procedimientos, sin embargo, no se ha logrado una disminución en las Listas de Espera para estas mismas prestaciones, desde que se tiene registro de ellas.

Las Consultas de Especialidad (Totales) corresponden a 7.892.231 en el año 2016, lo que representa un aumento de 10,4% con respecto al 2012.

Estos incrementos coinciden con estrategias de mejora en la Gestión de la devolución de Médicos que completan sus programas de formación de especialidad y deben cumplir con el período asistencial obligatorio. También contribuye el desarrollo de proyectos de inversión sectorial con apertura de nuevos Hospitales, entre otras estrategias.

En el RNLE para el mismo año (2016), se registran 2.593.418 derivaciones para Consulta Nueva de Especialidad, lo que representa un 32,8% del total de Producción (consultas nuevas y repetidas) de este tipo de prestación para ese año. De ellas se resolvió 45%.

En Cirugías Mayores, Ambulatorias y no Ambulatorias, incluyendo las de Urgencia, el año 2016 la producción fue de 575.948, mostrando un aumento de 31.615 cirugías de este tipo con respecto al año 2012. En el RNLE la demanda ese año fue de 334.998 derivaciones, de las cuales se resolvió un 30%.

El año 2015 se implementó Monitoreo a través de un Sistema Informático (UGCQ). Ya están conectados 32 establecimientos. El mismo año se realizó un plan extraordinario de resolución de lista de espera y el 2016, sin recursos extraordinarios, se mantuvo la producción a través de las medidas de gestión implementadas en cada servicio de salud.

En Procedimientos también la tendencia de la producción ha sido al aumento, llegando el año 2016 a 8.392.897 procedimientos, con un aumento de 2.042.092 con respecto al año 2013. En el RNLE la demanda por procedimientos fue de 388.141, con un 34% de resolución en el mismo período.

Producción en Consultas de APS, Especialidad y Cirugías Mayores, más Demanda y Egresos del RNLE 2012-2016

año	1. consultas médicas de morbilidad APS	2. consultas de especialidad	3. IQ Mayores	4. procedimientos	5. Demanda CNE RNLE	6. egresos CNE RNLE	7. Demanda IQ RNLE	8. egresos IQ RNLE
2012	11.630.877	7.148.067	544.333	-	1.810.705	954.281	182.407	91.516
2013	10.872.166	7.136.669	540.739	6.350.895	1.857.242	1.408.375	175.379	108.836
2014	10.785.778	7.274.190	548.983	6.595.209	2.015.219	1.690.730	209.170	140.708
2015	11.065.377	7.521.346	572.123	7.841.478	2.205.079	1.919.761	252.755	181.197
2016	11.194.847	7.892.231	575.948	8.392.987	2.593.418	2.200.644	334.998	187.978

1.Fuente:REM A4. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (Incluye IRA Alta, SBO, Neumonía; asma, EPOC, otras respiratorias, obstétricas, ginecológicas, ITS, VIH/SIDA, Otras morbilidades)

2.Fuente: REM A7. Departamento de Estadísticas e Información de Salud-MINSAL

3.Fuente: REM BS17. Departamento de Estadísticas e Información de Salud-MINSAL (Incluye Cirugías Mayores Ambulatorias, No ambulatorias y Urgencia. Excluye Obstétricas).

4.Fuente: REM BS17. Departamento de Estadísticas e Información de Salud-MINSAL(incluye PRAIS, Dirección de Servicio, CDT, CRS, Consultorios de Salud Mental, Establecimientos de Mayor y Mediana Complejidad, Hospital de Campaña, Hospital Delegado)

5.,6.,7. Y 8. Copia Base de Datos RNLE, al 19 de mayo 2017. (Demanda: incluye los ingresados en el año, más los rezagados de años anteriores; Egresos, incluye los egresos de causa administrativa)

Se hace necesario realizar los análisis de productividad, a fin de evaluar si los aumentos observados en producción, son los esperados o están en relación al aumento de recursos en el Sector para estos fines, para así velar por el uso eficiente de ellos.

Lista de Espera

Las Listas de Espera han sido preocupación permanente a través del tiempo. Con la implementación del GES, se hace evidente la necesidad de buscar mecanismos para medirlas, enfrentarlas y disminuirlas.

Identificada la necesidad de contar con un registro nacional centralizado, que permita avanzar en el conocimiento del tiempo de espera por especialidad y por Servicio de Salud, para Propiciar Políticas de Estado, se crea el año 2011 el Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE), que cuenta con gestores locales en cada SS (referentes técnicos).

Entre los años 2010 a 2014, el esfuerzo en resolución de Lista de Espera quirúrgica (LE) estuvo centrado en la resolución de cirugías que se encontraban en LE con más de 1 año de antigüedad.

En la actualidad el MINSAL, desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, crea un Plan Nacional de Tiempos de Espera, proponiendo medidas de corto, mediano y largo plazo, para una mejoría continua en este ámbito.

Objetivo de la Comisión Médica Asesora Ministerial

Desde el año 2011, la Ley de Presupuesto del 2017 (Glosa 06), estipula que el Ministerio de Salud debe informar trimestralmente el estado de situación de la Lista de Espera No GES y las garantías de oportunidades GES retrasadas.

La solicitud de información que consigna la Glosa 06, detalla que:

“Antes del 31 de diciembre de 2016, el Ministerio de Salud debería informar (...) acerca de las metas trimestrales de reducción de las Listas de Espera GES y No GES, debiendo acompañar al informe trimestral la evaluación acerca del cumplimiento de las metas señaladas.

Complementariamente, deberá dar cuenta el número de fallecidos en Lista de Espera sin haber accedido a cirugía y consulta de especialista, según especialidad médica.

También deberá consignar el número de fallecidos en Lista de Espera según grupo etario, sexo y Servicio de Salud y la relación causal entre fallecimiento y espera para consulta por especialista y Cirugía”

En la Glosa 06, informada por el Ministerio de Salud el 30 de diciembre del 2016, con base a la información disponible a noviembre de ese año, sobre fallecidos en Lista de Espera sin atención, menciona:

“(...) para Consulta Nueva de Especialidad durante el 2016 se registran 22.459 fallecidos, mientras que para Intervención Quirúrgica el total fue de 2.358, lo que representa el 1,26% y el 1,4% sobre el total de egresos realizados durante igual período respectivamente. En relación a estos pacientes no hay antecedentes que permitan relacionar la causa de fallecimiento con la patología por la que estaban esperando, por lo tanto, no es posible inferir causalidad solicitada.”

Esta información trascendió a la opinión pública señalándose que “más de 25.000 casos de personas fallecen durante el año 2016 estando en el Repositorio Nacional de Listas de Espera No GES y más de 11.000 personas han fallecido con una Garantía de Oportunidad retrasada entre 2005 y 2017”.

Esta situación genera un requerimiento de la Comisión de Salud del Honorable Congreso Nacional a la Sra. Ministra de Salud, para explicar la situación de los fallecidos en espera de una atención.

Se instaló así la percepción pública de que un número importante de personas fallecieron por no haber recibido la atención que esperaban a tiempo.

En esta percepción subyacen supuestos que implican preguntarse si existe alguna asociación entre la causa básica de defunción y la prestación en espera; y por otra parte si las personas fallecidas, antes de su muerte no tuvieron ningún contacto con el sistema público de salud.

Para efectos de analizar la situación de personas que fallecieron estando en una LE o con una Garantía de Oportunidad GES retrasada, la Sra. Ministra de Salud convocó a una Comisión Médica

Asesora Ministerial, mediante el Decreto N° 16 del 11 de mayo del 2017, con nueve representantes del mundo académico, provenientes de diferentes universidades, dos representantes del Ministerio de Salud y una Secretaria Ejecutiva también externa al Ministerio de Salud.

Esta Comisión tuvo como objetivo “Analizar la situación de personas que fallecen habiendo estado en una Lista de Espera o con una Garantía de Oportunidad GES retrasada, así como proponer la forma de validar los antecedentes y entregar la información, desempeñando un rol consultivo y de asesoría a la función Ministerial de disminuir los tiempos de espera para Consulta nueva de Especialidad y para Cirugía Electiva”.

Para cumplir con el mandato, la Comisión acordó sesiones semanales de 2 horas, completando un total de 12 sesiones desde el 18 de mayo hasta el 17 de agosto de 2017. En las sesiones se revisaron los antecedentes relacionados con el modelo de gestión de la Lista de Espera No GES, con el funcionamiento del Repositorio Nacional de Listas de Espera No GES (RNLE) y, en base a análisis estadísticos realizados a petición de los integrantes de la Comisión, se estudió la situación de la LE No GES y de las Garantías Retrasadas GES. Para la entrega de los requerimientos de datos y estadísticas de la Comisión, se constituyó un equipo técnico formado por profesionales de la División de Planificación Sanitaria, de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, profesionales de la División de Gestión de Redes Asistenciales de la Subsecretaría de Redes del Ministerio de Salud, profesionales de FONASA y de la Superintendencia de Salud. También se convocó a profesionales del MINSAL, encargados de diseñar e implementar los procesos de derivación y resolución de las interconsultas, a expertos académicos para presentar iniciativas de investigación e innovación relacionadas con gestión de tiempos de espera y se le solicitó a la Dirección de Estudios del Consejo para Transparencia que realizara un levantamiento de información para conocer las temáticas que suscitan el mayor interés de la ciudadanía y de los usuarios de los recintos asistenciales de Salud, respecto a las listas de espera en el sector público de salud. La Comisión también recibió un set de información con todas los documentos de Glosa 06 informados al Congreso desde el año 2011.

Con todos los antecedentes evaluados, la Comisión hace entrega del presente Informe Final con la información relevante que respalda sus conclusiones y recomendaciones.

Análisis y Fuentes de datos utilizadas

En primer lugar y para comprender la calidad de la información disponible la Comisión conoció el estado actual de RNLE, sus definiciones operativas, y de gestión de la información. Respecto de SIGGES, no se analizó en profundidad dado el conocimiento al respecto por parte del grupo experto.

Adicionalmente se realizaron algunos análisis, los que se describen a continuación.

Análisis descriptivo de la distribución de eventos y tiempos de espera de la Lista de espera No GES

Para este análisis se utilizó una copia fiel de la base de datos del Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE), obtenida el 19 de Mayo 2017 directamente del proveedor (16 millones de datos). De ésta se extrajeron todos los registros de derivaciones correspondientes a la demanda a resolver durante el 2016, formada por las derivaciones en espera de años previos y los ingresos del año. Se incluyó todos los tipos de atención (primeras consultas, intervenciones quirúrgicas, consultas repetidas, procedimientos y quirúrgicas complejas) y todas las especialidades. De este modo se construyó una base de datos con todas las derivaciones del 2016.

Previo al análisis detallado, de dicha base de datos, se realizaron validaciones de duplicación y consistencia interna de los datos y se crearon grupos de edad y rangos de tiempo de espera que permitieran la comparación con estadísticas nacionales y con la información solicitada en la Glosa 06.

Análisis descriptivo de personas fallecidas habiendo estado en la Lista de Espera No GES

Para este análisis se utilizó la base de datos creada y validada de derivaciones 2016, descrita en el apartado anterior, la que se cruzó con:

- Base de datos de hechos vitales con defunciones codificadas por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) actualizada hasta el 19 junio 2017; de la que se consideraron los fallecidos durante el 2016.
- Base de datos del sistema de egresos hospitalarios 2016 (preliminar).
- Base de datos del Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en salud (SIGGES).

Producto de dicho cruce, se creó una segunda base de datos de personas del RNLE fallecidas. Ésta permitió agrupar todas las derivaciones de cada persona fallecida, identificar si habían sido atendidas por dichas derivaciones o se encontraban esperando atención al momento de fallecer, identificar sus causas de muerte (según CIE 10) y sus contactos con el sistema de salud público. Se separaron las personas fallecidas que sí habían recibido atención de las que no la habían recibido y se verificaron las cifras que habían sido difundidas públicamente.

Posteriormente, se hizo un estudio exploratorio en una muestra representativa de fallecidos del RNLE con dos objetivos: a) analizar la existencia de asociación entre la causa de fallecimiento y el motivo de espera de la atención, b) indagar sobre la existencia de contacto con el sistema público de salud durante la espera previa al fallecimiento.

Análisis descriptivo de las Garantías Retrasadas GES

Con base en la Ley 19.966 a partir del año 2005 se establece en Chile un Régimen General de Garantías en Salud para la atención de ciertos problemas de salud priorizados, denominado Plan AUGE o GES. Al día de hoy hay 80 problemas de salud atendidos con esta modalidad, cuyos detalles se explicitan en un Decreto emanado desde el Ministerio de Salud en acuerdo con Ministerio de Hacienda, cada tres años. El monitoreo del cumplimiento de todas las garantías de oportunidad establecidas por ley, se realiza a través de un sistema de información denominado SIGGES (Sistema de Información para la gestión de Garantías Explícitas en Salud) creado por FONASA, en el cual se registra la evolución de la atención de los casos GES y el cumplimiento de todas las garantías definidas en el Decreto respectivo, a nivel de todo el país, para los usuarios del sistema previsional público de salud, por cada uno de los 29 Servicios de Salud y sus establecimientos y para cada uno de los 80 problemas de salud definidos según Decreto GES vigente, considerando las variables de tiempo, sexo, grupo etario e intervención sanitaria.

El modelo de atención AUGE o GES denomina garantía vigente a aquella garantía de oportunidad de la atención de salud que se encuentra dentro del tiempo definido por el Decreto GES vigente para ser otorgada por el establecimiento de salud. Garantía realizada dentro del plazo, es aquella

atención que fue otorgada al paciente en el rango de tiempo estipulado por el Decreto GES. La garantía realizada fuera de plazo es aquella en la que, si bien es cierto, se cumplió con la entrega de la prestación, ésta se realizó más allá del tiempo legalmente establecido. Las garantías exceptuadas son aquellas que no se pudieron otorgar por alguna causal de responsabilidad del paciente, por ejemplo, inasistencia, rechazo de la prestación. La garantía retrasada, es la garantía que habiendo transcurrido el plazo establecido en el Decreto GES vigente para su otorgamiento, no hay evidencia en el SIGGES de que ello haya ocurrido. Las garantías retrasadas, por tanto, vienen a constituir lo que se denomina la “Lista de espera GES”.

El SIGGES se alimenta de los registros que realizan a diario todos los establecimientos de salud pertenecientes a la red asistencial pública y, por ende, si bien podría proveer de información en tiempo real, depende para ello de la demora en registrar de los propios centros de salud. El sistema tiene incorporado desde 2016 el cruce diario de toda la data con la información de fallecidos proporcionada por el Registro Civil, que consiste en la identificación de la persona y su fecha y hora de fallecimiento.

[Análisis descriptivo de personas fallecidas teniendo una Garantía Retrasada GES](#)

La población objeto de este estudio consideró a todas las personas fallecidas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016 que hubieran tenido un caso creado en SIGGES entre esas fechas, para alguno de los 80 problemas de salud que cuentan con garantías explícitas, así como todos los rezagados de años anteriores que fallecieron durante el 2016, encontrándose con garantía de oportunidad retrasada. Se incluyeron las variables Servicio de Salud, Problema de Salud, tipo de garantía de oportunidad (vigente, realizada dentro de plazo, realizada fuera de plazo, exceptuada, retrasada) y edad. Posteriormente, para las garantías retrasadas, se agregó la causa de muerte con codificación CIE 10 proporcionada por DEIS en base a la información del certificado de defunción entregada por el Registro Civil.

A partir de esta información se realizó, por parte de un equipo de médicos de FONASA, un análisis para evaluar si se podía establecer alguna asociación entre la garantía de oportunidad retrasada y la causa de muerte de la persona.

Para el análisis se utilizó todos los casos GES creados y las correspondientes garantías explícitas de oportunidad generadas en el SIGGES entre el 1 de julio de 2005 y el 31 de diciembre de 2016. La información se encontraba desagregada por Servicio de Salud, por cada uno de los 80 Problemas de Salud, por tipo de garantía de oportunidad, por sexo y por grupo etario.

Resultados

[Descripción del Repositorio Nacional de Lista de Espera \(RNLE\)](#)

El RNLE es un sistema informático, creado el año 2011, para dar respuesta a la necesidad de individualizar registros de derivaciones y pacientes en espera de atención, además de visualizar y monitorear la cantidad de derivaciones generadas y la situación de la espera de atención de estos pacientes en la Red Pública de Atención. A la fecha, es la herramienta que el Ministerio de Salud ha utilizado para diseñar estrategias de abordaje y resolución de las derivaciones en la red de atención.

Este sistema es utilizado por los establecimientos del sistema público de salud para registrar la solicitud de derivación de pacientes. En el repositorio se registran las solicitudes de derivación de: 1) Consultas Nuevas de Especialidad (CNE), 2) Consultas Repetidas (controles), 3) Procedimientos, 4) Intervenciones Quirúrgicas (IQ) y 5) Intervenciones Quirúrgicas Complejas. Cada línea del registro corresponde a una solicitud de derivación, por lo cual una persona puede figurar tantas veces como derivaciones se hayan solicitado para ella. Por ejemplo, si una persona es derivada a un procedimiento y a una consulta de especialidad, figurará dos veces en el registro.

Del RNLE se egresa de tres maneras: 1) cuando se obtiene una atención por la derivación solicitada, lo que se denomina resuelta; 2) Cuando la persona fallece, denominada egreso administrativo y 3) cuando la persona es inubicable, ya ha solucionado su derivación por otros medios (libre elección o atención privada), la derivación no corresponde y debe ser atendido en la atención primaria, cuando cambia de asegurador o cuando rechaza voluntariamente la atención, las que también se consideran egresos administrativos.

El Modelo de gestión de la Listas de espera se rige por el Manual de Procesos de Registro de Lista de Espera², que contiene una descripción de flujos de trabajo y responsables de los registros. El ingreso al registro puede ser originado en: a) la Atención Primaria de la Salud (APS), cuando se requiere una atención que va más allá de su capacidad resolutive; b) por especialistas del nivel secundario; c) desde los hospitales, en cuyo caso corresponden a derivaciones post alta o a atención de especialidad solicitada durante la hospitalización, pero no puede realizarse en ese período por lo que se ingresan al RNLE para ser atendidos post alta; d) los casos de urgencia derivados a atención de especialidad en cupo prioritario, las que se comportan como una atención inmediata y generan 0 días de espera.

Para las derivaciones que se originan en APS, existen dos puntos de control: un médico contralor en la APS, que debe analizar la pertinencia y llenado de los antecedentes de las derivaciones y un médico contralor del nivel secundario, que vuelve a revisar la pertinencia y llenado de antecedentes de la derivación desde APS; este médico contralor, constituye el único punto de control para las derivaciones provenientes del nivel secundario y terciario.

Respecto al registro de datos, el RNLE se rige por una Norma Técnica para el Registro de las Listas de Espera³, ésta contiene las definiciones operacionales de los tipos de atención y recomendaciones para el ingreso y egreso de las derivaciones. El método de ingreso de las derivaciones es uno a uno, es decir se llenan los datos cada vez que una persona es derivada; generalmente este ingreso no es en línea y se realiza a través de una interfaz Web o por medio de carga masiva de registros en archivos Excel, siendo éste último, el método más utilizado. El registro recoge un conjunto de datos relevantes de la derivación; datos importantes, como diagnóstico, causa de derivación y antecedentes del problema de salud, no están estandarizados

²Manual Procesos de Registro de Listas de Espera, Minsal 2012. Disponible en, <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/Manual-de-Registro-LE-no-GES.pdf>

³Norma Técnica N° 118, Minsal 2011. Disponible en <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/Norma-Tecnica-118.pdf>

y son de texto libre. Por otra parte, la periodicidad del registro o carga de datos la define cada establecimiento; esto hace que no existan límites para la oportunidad del llenado del registro, por lo tanto, aun cuando se respete la fecha de la emisión de la derivación y su egreso, los establecimientos pueden ingresar registros nuevos y antiguos al mismo tiempo, pudiendo registrar egresos por atenciones o salidas administrativas con hasta un año de desfase. A su vez, los datos registrados pueden ser modificados a nivel de cada Servicio de Salud (en el marco de su rol contralor y de acuerdo a regla definida en el RNLE).

Este sistema cuenta con algunas reglas de validación de datos que deben impedir la duplicación de registros de derivaciones iguales para las mismas personas en un período de tiempo en que la primera derivación no ha sido resuelta.

Este sistema informático es mantenido por un proveedor externo al MINSAL, en modalidad de software como servicio; para acceder a la base de datos (BBDD) se debe realizar una solicitud de extracción de datos al proveedor, definida por la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) según los datos que desee monitorear.

A la fecha se monitorean y gestionan las Consultas Nuevas de Especialidad y las Intervenciones Quirúrgicas solamente.

Una vez recibidas las bases de datos desde el proveedor, los usuarios en el Ministerio realizan procesos esporádicos de revisión de la integridad de los datos, según hallazgos específicos que escapen al comportamiento habitual de la LE. Con base a estas extracciones, cada tres meses se consolida una base de datos que se utiliza para realizar una consulta masiva al Servicio de Registro Civil para identificar los RUN de personas fallecidas y marcarlos como egreso administrativo de la lista de espera.

Durante la discusión de la Comisión, a partir de la presentación sobre el funcionamiento de RNLE y del análisis de la gestión de la Lista y tiempos de espera, se detectaron condiciones que generan gran variabilidad de la información, afectando su completitud, oportunidad y calidad, lo que a su vez tiene impacto en los resultados del monitoreo y evaluación de los tiempos y listas de espera. Entre estas condiciones destacan:

- Respecto de las definiciones con que se gestionan la LE No GES:
 - La definición de tiempo de espera se refiere tanto al tiempo transcurrido entre el ingreso al RNLE y el egreso del mismo, así como al tiempo transcurrido entre el ingreso al RNLE y la fecha de monitoreo sin haber egresado del RNLE. Ambas situaciones corresponden a conceptos diferentes, el primero se refiere al tiempo de resolución, el segundo al tiempo de espera. Al no hacer esta distinción, en el modelo de gestión se entiende que el tiempo de espera se inicia desde el día 0, sin embargo, ello no se condice con las recomendaciones internacionales de considerar un tiempo de resolución razonable, más allá del cual se comience a contar el tiempo de espera. Al no incorporarla en el sistema informático no se cuenta con alertas de cumplimiento de tiempos de resolución que ayuden a mejorar la oportunidad de la atención para los tipos diferentes de derivaciones.
 - Las causales de egreso son poco claras, por ejemplo, la “Modificación de la condición clínica-diagnóstica”, “No corresponde realizar la cirugía” y “Recuperación espontánea”, representan situaciones muy parecidas y pueden inducir a error en el registro.

- Para la causal de “No pertinencia”, en los manuales de procesos no se encontraron protocolos de derivación como punto de referencia para la decisión de los médicos contralores.
- Respecto de los procesos de trabajo:
 - Cuando el médico contralor decide que la derivación debe ser reevaluada en el origen para corregir datos o aclarar antecedentes, no hay un aviso proactivo de dicha devolución al lugar de origen, de modo que pueden pasar muchos meses para que se reenvíe la derivación y sea nuevamente evaluada por el médico contralor; en muchos casos no se vuelve a derivar y la solicitud original permanece en estado de espera pendiente de reevaluación y el paciente no es citado mientras este estado no cambie.
El registro de las causas de salida obedece a un criterio administrativo y no refleja variables relacionadas con gestión clínica de las personas que fueron derivadas.
- Respecto del registro:
 - El registro de la hipótesis diagnóstica de la derivación no está estandarizado (texto libre), pero sí es obligatorio, por lo que es frecuente que contenga texto que no corresponde a un diagnóstico. La ausencia de este dato afecta directamente el análisis de relación entre la derivación y las causas de muerte.
 - Otros datos importantes, como la causa de derivación y los antecedentes clínicos, no están estandarizados ni son obligatorios, de modo que los médicos contralores no cuentan con los antecedentes necesarios para priorizar los casos ni hacer análisis de pertinencia.
 - La carga de datos sin límites temporales, que permite el registro desfasado de la fecha de solicitud de derivación y de resolución de la misma (lo que puede llegar hasta un año de latencia), dificulta tanto el análisis de los tiempos de espera como la cuantificación de las derivaciones y personas en espera en el monitoreo que realiza el MINSAL.
- Respecto de procesos estandarizados de producción de información:
 - Los datos no pasan por procesos formales, permanentes y automatizados de validación, de modo que no se detectan potenciales errores en los datos ni se tiene la oportunidad de corregirlos.
 - Si bien existen reglas de validación, implementadas en el RNLE, para el control de la duplicidad de los registros, validaciones externas como las implementadas para identificación de fallecidos mediante cruces con el Servicio de Registro Civil, alertas de inconsistencias de datos de identificación y alertas para casos GES incluidos como No Ges, aun son insuficientes
 - El almacenamiento y tratamiento de los datos se realiza en forma segmentada por la imposibilidad de manejar grandes volúmenes de datos; esto lleva a crear 12 archivos Excel con diferentes porciones de datos, lo que aumenta el riesgo de sub o sobreestimación de indicadores por pérdida o duplicación de datos en los procesos de segmentación, conteo y sumas.
 - La obtención de los indicadores de monitoreo no se realiza bajo procesos formales y estandarizados para asegurar calidad de la información generada y es ajeno a los procesos estandarizados de producción de información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, por lo que se pierden oportunidades de mejorar la calidad de los datos y generar información, integrando otras fuentes de datos, que permitirían gestionar la lista y tiempo de espera con criterios de gestión clínica.

Las condiciones antes señaladas generan, por una parte, una insuficiencia objetiva de la base de datos para dar respuesta a las preguntas centrales de la tarea de la Comisión, respecto de caracterizar la Lista de Espera con criterios salubristas y pronunciarse respecto de la existencia de relación de causalidad entre estar en la lista de espera y el fallecimiento; y por otra, una debilidad para gestionar y monitorear oportunamente los perfiles de riesgo de los pacientes que están demandando una atención de salud.

Total de personas que estuvieron en RNLE No GES durante el 2016 y su caracterización

Durante el año 2016 el Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE) tenía registros de 3.321.791 solicitudes de derivación a Consulta Nueva de Especialidad (CNE), Intervención Quirúrgica (IQ), Procedimientos, Controles o Intervenciones quirúrgicas complejas, las que corresponden a 2.362.304 personas. Este número de personas representa 17,6% de la población beneficiaria de FONASA del mismo el año (13.554.688).

De este modo, el índice de derivaciones es de 1,4 por persona, siendo mayor en los menores de 1 año y en los mayores de 55 años (1,47 y 1,53 respectivamente), coherente con una mayor complejidad clínica de los casos que concentran mayor riesgo.

También se observa que la mayor frecuencia de derivaciones se concentra en un grupo pequeño de personas: sólo 8% tenían 3 o más derivaciones a cualquiera de estos tipos de atención, mientras que 72% de las personas tenían sólo una derivación a cualquiera de estos tipos de atenciones.⁴

La mayoría de las personas en el RNLE eran mujeres (62%). La media de edad para el grupo completo fue de 44 años. Al analizar la distribución por edad se observa que el 1,1% era menor de 1 año, 17% tenía de 1 a 14 años, el 25% tenía de 15 a 39 años, 36% tenía de 40 a 64 años y 17% tenía 65 a 79 años y 5% tenía 80 y más años.

La tasa de derivación país es de 252,8 derivaciones por 1000 beneficiarios de FONASA para el año 2016. Los Servicios de Salud de Valdivia, Ñuble y Magallanes tienen tasas sobre 500 derivaciones x 1000 beneficiarios. En los dos primeros la mayor derivación es por Procedimientos, en el resto del país lo más frecuente es Consulta Nueva de Especialidad. Los Servicios de Salud de Aysén, Talcahuano, Arauco, Chiloé, Concepción, Valparaíso-San Antonio, Araucanía Norte, Aconcagua y Arica tienen tasa de derivación sobre 300 derivaciones por 1000 beneficiarios FONASA el 2016. Los Servicios de Salud de la Región Metropolitana, tienen tasas que fluctúan entre 187 para el SS Metropolitano Sur hasta 294 para el SS Metropolitano Norte. El SS de Iquique es el que tiene la tasa de derivación más baja del país, con 99 derivaciones x1000 beneficiarios.

⁴ Cabe señalar que las personas que figuraban con más de una IQ en espera (3,3% de las personas derivadas y 34% de las derivadas a cirugía) correspondían a: duplicación de registro, solicitud de la misma cirugía a más de una especialidad, solicitud de una intervención adicional como por ejemplo *hallux valgus* o la solicitud de otras intervenciones que sugerían mayor complejidad del paciente.

El 66% de las derivaciones provienen de Atención Primaria (APS), 33% provienen del nivel terciario (correspondiente a derivaciones al alta) y 1% provienen del nivel secundario. En cuanto a la causa de la solicitud de derivación, la mayoría corresponde a solicitud de Consulta Nueva de Especialidad (78%, 2.593.418 derivaciones); seguido por Procedimientos (12%, 388.141 derivaciones) y luego por Intervenciones Quirúrgicas (10%, 334.998 derivaciones).

Respecto a la resolución de las derivaciones, entendida ésta como derivación en que el paciente fue atendido:

- De todas las derivaciones, 42% (1.404.669) egresaron del repositorio porque la interconsulta fue resuelta, 7% (232.202) egresaron por alguna causa administrativa. El 51% (1.679.686) se mantuvieron en espera de resolución de la atención.
- Se resolvieron 45% de las consultas Nuevas de Especialidad, 30% de las Intervenciones Quirúrgicas y 34% de los Procedimientos.
- La mediana de tiempo de la resolución de la derivación (desde el ingreso al RNLE hasta el momento de la atención), de todas las derivaciones por cualquier tipo de atención, fue de 42 días con un rango intercuartílico (RIC) de 14 –106 días
- Al analizar el tiempo de resolución por tipo de derivación se observa que para las consultas nuevas de especialidad la mediana fue de 47 días (RIC 19-112), para las intervenciones quirúrgicas la mediana fue 33 día (RIC 7-94) y para procedimientos la mediana fue 0 días (RIC 0-53)

Con respecto al movimiento de las derivaciones del año 2016 (3.321.791), la mayoría (2.536.784, 76%) fueron originadas durante el 2016. El 24% restante (785.077) correspondían a solicitudes ingresadas antes de ese año y que permanecían sin resolución. Estas son rezagadas de años previos. Un 1% del total de las rezagadas (8046), son derivaciones del año 2009 o previas, seguidas por 180.000 (23% de rezagadas) de los años 2010 a 2013, 175.000 (22% de rezagadas) del 2014 y 420.000 (54% de rezagadas) del 2015. Esta situación se explica, en parte, por la acumulación de casos no priorizados en el período 2010-2014 y en parte por la priorización de estrategias de focalización de derivaciones más antiguas desde el 2015.

Derivaciones y personas que permanecen en el RNLE No GES sin resolución al 31 de diciembre de 2016.

La norma técnica define como “Lista de Espera” a las derivaciones de personas que permanecen esperando la atención solicitada a la fecha de corte (dic. 2016), constituida por todos los registros que no tienen causal de salida o que tienen indicación de reevaluación. Para este análisis, se tomaron las derivaciones solicitadas que cumplían la condición antes descrita y se calculó el tiempo de espera por todas las derivaciones y por tipo de atención, por especialidad y por Servicio de Salud.

Respecto al tiempo de espera, calculado como días transcurridos desde la fecha de entrada al RNLE hasta la fecha de corte (31 de diciembre 2016), su distribución por tipo de prestación y Servicio de Salud se observó que:

- En general los Procedimientos tienen la mediana de tiempo de espera sin atención más alta de todos los tipos de derivación, llegando a 526 días a nivel país; en la distribución por servicio de Salud se observa que en Valparaíso-San Antonio llega a 2040 días; los SSM Sur, Talcahuano y Maule tienen una mediana de más de 1000 días. El Servicio de Salud con la mediana más baja es Iquique con 159 días. Los procedimientos que tienen

la mediana más alta, superior a 765 días, son la Radiografía de Pelvis y la Ecografía renal; para los procedimientos más frecuentes, Gastroduodenoscopia, Mamografía bilateral, Colonoscopia, ecografía mamaria y exploración vitreoretinal, la mediana de espera supera los 365 días.

- Respecto a las Cirugías, la mediana de tiempo de espera sin atención, fue de 381 días a nivel país. Los SS de Arica, Viña del Mar-Quillota y Metropolitano Norte tienen las medianas más altas, que superan los 500 días. El Servicio de Salud con la mediana más baja es Aysén, con 207 días. La cirugía que tiene la mediana más alta es la colecistectomía c/s colangiografía que llega a 548 días; para las cirugías más frecuentes, Colecistectomía por videolaparoscopia, Amigdalectomía c/s adenoidectomía, Safenectomía interna y/o externa unilateral, Hernia (Inguinal, crural, umbilical), Endoprótesis total de rodilla, la mediana de espera supera los 365 días.
- Respecto a las Consultas Nuevas de Especialidad, la mediana de tiempo de espera sin atención, fue de 302 días a nivel país. El SS Metropolitano Norte tiene la mediana más alta, que supera los 550 días; los SS Iquique y Metropolitano Central superan los 400 días. El Servicio de Salud con la mediana más baja es Osorno con 144 días. Las especialidades que tienen la mediana más alta son las odontológicas, la cirugía vascular periférica y la cirugía proctológica, en las que supera los 400 días, seguidas de Cirugía Abdominal, Cirugía y Traumatología Máxilo-Facial, Gastroenterología, Dermatología y Traumatología, en que la mediana va de 300 a 400 días. Para las especialidades más frecuentes, oftalmología y otorrinolaringología, la mediana es de 272 y 238 días respectivamente. La especialidad con la mediana más baja es psiquiatría con 213 días.

Respecto de la cantidad de personas que a la fecha de corte tenían al menos una derivación de cualquier tipo sin resolver, fue 1.576.345, éstas representan el 66,7% del total de personas que estuvieron en el RNLE el año 2016 (2.362.304 personas).

Número de personas fallecidas en la Lista de Espera sin haberse resuelto su derivación

Del total de personas en el RNLE (2.362.304), fallecieron 22.468 personas en el 2016. De éstas, 6.843 personas (30%) habían recibido atención por la derivación solicitada, por lo que se consideraban “resueltas” y 15.625 personas (70%) permanecían en espera por al menos una de las derivaciones solicitadas. De las personas fallecidas en espera de una atención, 14.166 estaban a la espera de una CNE o de una IQ, mientras que 1.459 esperaban procedimientos.

Las 15.625 personas fallecidas, que no fueron atendidas, representan 0,7% del total de personas que estuvieron en el RNLE el año 2016 y 15% del total de fallecidos registrados en el país durante 2016 (103.897 personas).

La tasa de mortalidad de las personas incluidas en el registro y que no obtuvieron atención fue 9,9 por 1000 personas no atendidas en el RNLE (15.625/1.576.345), sin embargo fue de 1,15 fallecidos por 1000 beneficiarios FONASA y aporta con 0,85 fallecidos por 1000 habitantes a la tasa de mortalidad general del país que es 5,7. Por otra parte, la tasa de mortalidad de las personas del registro que si fueron atendidas por las solicitudes de derivación que tuvieron, por lo que salieron de la lista de espera, fue de 8,7 (6.843/785959). Las tasas de mortalidad calculadas sobre ambos grupos de personas del registro, atendidos y no atendidos, son mayores que la tasa de mortalidad de población beneficiaria Fonasa, 6,7 (91.096/13.554.388), y del país, 5,7

(103.987/18.191.884), lo que se explica por una mayor concentración del riesgo en las personas que ingresan al RNLE.

Respecto de la edad y sexo de las personas fallecidas sin resolución, 53,5% eran hombres y 46,5% eran mujeres; 72% tenía 65 o más años y la edad promedio fue de 72 años. Esta cifra es superior a la de población fallecida en el país, cuyo promedio de edad es de 71 años.

De total de personas fallecidas sin obtener una resolución a su interconsulta, alrededor del 64% tuvo algún contacto con el sistema de salud por una hospitalización, lo que llega a 78% en el grupo de <15 años. Un 60% tuvo contacto por una atención del sistema de garantías GES y el 48.2% del total falleció durante una hospitalización. En el caso de los menores de 1 año (53 personas), 79.2% fallecieron en una hospitalización asociada a malformaciones congénitas; en el grupo de 1 a 14 años (80 personas), 61.3% y en las personas de edad productiva de 15 a 64 años (4180 personas), este porcentaje bordea el 51,9%.

Causas de muertes de personas que se encontraban en Lista de Espera No GES al 31 de diciembre 2016

Se identificaron las causas de muertes por grupo etario y se compararon con las causas de muertes de la población general registradas en la última estadística oficial disponible país del año 2015.

En los menores de 15 años se observa que en general hay una menor tasa de mortalidad de las personas que estaban en Listas de Espera (0,49 defunciones por cada 1.000 personas menores de 15 años en lista de espera) respecto de la tasa País (0,62), siendo las malformaciones congénitas la causa más frecuente, seguida de las enfermedades del sistema nervioso central, cáncer y enfermedades del sistema respiratorio.

En las personas de 15 a 39 años se observa que en general hay una mayor tasa de mortalidad de las personas que estaban en Listas de Espera (1,15 defunciones por cada 1.000 personas de 15 a 39 años en Lista de Espera) respecto de la tasa País 2015 (0,91 defunciones por cada 1.000 habitantes), siendo el cáncer, las causas externas (suicidio) y las enfermedades del aparato circulatorio las más frecuentes.

En las personas de 40 a 64 años y 65 y más no fue posible estimar la tasa de mortalidad debido a que a la fecha de este informe, están pendientes de codificar 2,4% de las causas básicas de muerte de personas de 40 a 64 años y 27,2% de las de 65 y más años de edad fallecidas el 2016. Sin embargo, al observar la frecuencia de las causas codificadas, en ambos grupos lo más frecuente es el cáncer y las enfermedades del aparato circulatorio, seguidos de las enfermedades del aparato digestivo, enfermedades endocrinas y causas externas. Cabe señalar que en el grupo de 65 y más años, las enfermedades respiratorias ocupan el tercer lugar de importancia, lo cual es consistente con las causas de muerte de la población general en el marco de un perfil demográfico de envejecimiento y aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Análisis de relación entre la derivación no resuelta y la causa de defunción

Para el grupo de personas fallecidas que no obtuvieron resolución de su atención (15.625) la Comisión solicitó hacer un análisis de los registros de derivación del RNLE y de la causa de defunción.

Dadas las limitaciones de los datos obtenidos del RNLE y debido a que no se cuenta con una descripción precisa ni estandarizada del motivo de derivación ni la historia clínica de los fallecidos, la Comisión consideró que no era posible hacer un análisis de causalidad entre el tipo de atención o especialidad en espera y la causa de muerte. No obstante, decidió explorar la factibilidad de establecer cualitativamente algún tipo de relación o asociación entre la derivación no resuelta y el fallecimiento.

Para esto, aplicando criterios demográficos y epidemiológicos, centrado en los menores de 40 años, y resguardando la representatividad de una muestra de los mayores de 40 años, se definieron dos subgrupos⁵ de análisis, uno que consideró todos los fallecidos menores de 40 años (572 personas) y otro, en base a una muestra tomada al azar, de 1000 personas fallecidas del grupo de 40 y más años (15.053).

En relación a este análisis cualitativo y sus limitaciones, es importante destacar que se trabajó con un escenario conservador en que, al detectar inconsistencias en los datos de las derivaciones o éstos fueron parciales, se tomaron dos tipos de decisiones:

1. Se identificaron casos en que la derivación no debió ser gestionada a través del RNLE de acuerdo al Manual de Procesos y de acuerdo a criterio clínico; estos casos se consideraron criterios de exclusión de este análisis. Se identificaron criterios de exclusión en 27 (4,3%) fallecidos en menores de 40 años y 25 (2,5%) fallecidos en 40 y más años, todos ellos sumaban 3.333 derivaciones. Estos criterios de exclusión corresponden a:
 - a. Derivaciones a CNE de especialidad de personas con diagnósticos de eventos agudos (ej. infarto al miocardio, hemorragia subaracnoidea) cuyo fallecimiento ocurrió el mismo día o no más allá de 48 hrs. de la fecha de derivación, lo que sitúa a la persona en un escenario de atención de urgencia en que no correspondería haber hecho una derivación por la vía del RNLE de acuerdo al Manual de Procesos de Gestión de Listas de espera No GES.
 - b. Derivaciones a CNE o procedimientos ambulatorios emitidas durante una hospitalización, en que la persona falleció durante dicha hospitalización, por lo que la derivación no debió permanecer en el RNLE después del egreso hospitalario.
 - c. Derivaciones a CNE, procedimientos o IQ de personas que tenían una garantía GES abierta y tenían atenciones por las mismas derivaciones dentro de su garantía GES, en cuyo caso la derivación por la vía No GES tampoco debió permanecer en el RNLE.
2. Datos de mala calidad e inconsistentes que no se excluyeron del análisis. Los problemas más frecuentes fueron: registros duplicados o triplicados (1,7%), registros sin sospecha diagnóstica (7,5%), sospecha diagnóstica poco específicas que no justificarían derivación a especialista, incoherencia entre la

⁵Se 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%)

sospecha diagnóstica y la especialidad a la que se deriva (14%), registros declarados como no pertinentes sin antecedentes que lo respalden.

Dado lo anterior, para llevar a cabo el estudio dentro de las limitaciones propias de los registros del RNLE (descritas previamente), que no permiten una explicación ni reconstrucción de causal biomédica del fallecimiento, se identificaron y sistematizaron, aplicando criterio clínico, todas las combinaciones posibles para estudiar potencial asociación de la derivación en espera y el fallecimiento, considerando que la persona fallecida tuviera al menos una derivación que cumpliera estas condiciones:

- Derivaciones en que la prestación de la derivación y la sospecha diagnóstica consignada tuvieran algún grado de relación con la causa de muerte
- Derivaciones que, sin tener registro de sospecha diagnóstica, la especialidad de derivación tuviera alguna relación con la causa de muerte
- Derivaciones en que, sin haber coherencia entre la sospecha diagnóstica y la prestación derivada, la sospecha diagnóstica consignada tuviera alguna relación con la causa de muerte

Cada vez que se encontró alguna de las condiciones anteriores, se planteó una hipótesis de asociación entre la derivación en espera y el fallecimiento, teniendo en cuenta que una hipótesis de *asociación no podrá ser confirmada* con los datos disponibles, pero sí plantea el desafío de estudiar en mayor profundidad el fenómeno y mejorar los registros.

Respecto del análisis de asociación:

En las personas fallecidas menores de 40 años (572 personas) que fueron analizados, 37,8% (206 personas) presenta al menos una derivación no resuelta que cumple alguna condición de asociación potencial entre la solicitud de derivación que no fue resuelta y el fallecimiento. Mientras que 62,2% (339 personas) no tiene asociación. De las derivaciones en que se identificó una asociación potencial (291 derivaciones), 87% eran CNE, 4,5% IQ y 8,6% procedimientos. En relación con el tiempo de espera de estas derivaciones, la mediana y percentil 75 para CNE, IQ y procedimientos fueron 78 y 263 días, 118 y 296 días, 127 y 273 días respectivamente.

En las personas fallecidas de 40 años y más (1000 personas) que fueron analizados 43,8% (427 personas) presenta al menos una derivación no resuelta que cumple alguna condición de asociación potencial entre la solicitud de derivación que no fue resuelta y el fallecimiento. Mientras que 56,2% (548 personas) no tiene asociación. De las derivaciones en que se identificó una asociación potencial (539 derivaciones), 81% eran CNE, 6,3% IQ y 12,3% procedimientos; en este grupo aumentan los procedimientos y las cirugías respecto de los menores de 40 años. En relación con el tiempo de espera de estas derivaciones, la mediana y percentil 75 para CNE, IQ y procedimientos fueron 80 y 199 días, 169 y 404 días, 159 y 372 días respectivamente.

Identificación de perfiles de riesgo de muerte que faciliten la gestión de las personas que son derivadas

Durante este trabajo, también se analizaron situaciones que permitieran formular recomendaciones para mejorar el registro y la gestión clínica de las listas de espera. Basados en las experiencias e innovación analizadas en la Comisión, se exploró la factibilidad de identificar patrones de riesgo sanitario que permitan priorizar la lista de espera y eventualmente impactar en la disminución de tiempos de espera de los pacientes más graves y/o mejorar la satisfacción de los usuarios.

En menores de 40 años, 41,7% de las defunciones fueron causadas por Tumores Malignos (Cáncer), 12,1% por patologías del hígado y 8,7 % por enfermedades del sistema circulatorio. En los hombres son más frecuentes los tumores digestivos (5,6%) y las enfermedades del hígado (25%). En las mujeres, son más frecuentes los tumores digestivos (14,3%) y los tumores de órganos genitales femeninos (11,9%). En ambos sexos estas patologías se presentan con más frecuencia entre los 30 y los 40 años. Cabe señalar que en este grupo las defunciones por causas externas (suicidio), aun cuando representan sólo el 1% de las defunciones, son especialmente relevantes por encontrarse en espera de atención por psiquiatra.

En personas de 40 o más años, 53,4% de las defunciones fueron causadas por Tumores Malignos (Cáncer), 13,8% por enfermedades cardiovasculares y 11,9% por enfermedades del hígado. Estas patologías fueron más prevalentes en los grupos de edad más avanzados (65 en adelante). Se observa una mayor frecuencia de tumores digestivos en los hombres (27,9%) respecto de las mujeres (25,4%). Las enfermedades del hígado son más frecuentes en los hombres (9,3%) que en las mujeres (7,5%).

Estos resultados permiten identificar grupos de mayor riesgo:

- Hombres y mujeres entre 20 y 45 años de edad derivados por sospecha **diagnóstica de tumor maligno**
- Hombres y mujeres entre 20 y 45 años de edad con **sospecha diagnóstica de enfermedad del hígado**
- Hombres y mujeres entre 45 y más años de edad con sospecha diagnóstica de enfermedades cardiovasculares
- Hombres y mujeres entre 15 y 30 años de edad con **sospecha de ideación suicida**

En estos grupos es posible diseñar protocolos de gestión y de resolución adecuados estableciendo criterios de priorización en base a tiempo de espera máximo en N° de días para la atención de la prestación solicitada y otros antecedentes tales como el daño a otros órganos, nivel de discapacidad generada, riesgo de empeoramiento en caso de no atención y comorbilidad.

Estos ejemplos demuestran que no es sólo posible sino necesario avanzar hacia programas y protocolos específicos para poblaciones en riesgo de morir con base en el estudio epidemiológico aplicado a Listas de Espera, corrigiendo el modelo de gestión y el sistema de información actual.

Resultados Análisis Fallecidos con Garantías de Oportunidad GES Retrasadas

Antecedentes generales:

A diez años de implementación del AUGE, la red pública de salud atendió a 12.906.911 personas otorgándoseles 23.759.842 prestaciones, de las cuales, el 64,5% fueron realizadas a personas de sexo femenino y el 35,5% a personas de sexo masculino.

Del total de prestaciones otorgadas, el 27,2% correspondió a procedimientos diagnósticos, el 71,7% a tratamientos y el 1,1% a seguimientos; lo que tiene directa relación con la “Intervenciones Sanitarias” garantizadas.

El 21,7% de las prestaciones correspondieron a personas de menos de 15 años, el 45,9% a personas entre 15 y 60 años y el 32,4% a personas sobre los 60 años de edad.

El cumplimiento de las garantías de oportunidad por parte de los establecimientos del sector público de salud se ha mantenido sobre el 99% desde el año 2012 en adelante. Sin embargo, también es conocido que se ha descubierto, que en algunos Servicios de Salud se retrasa el ingreso de los casos y su garantía de oportunidad al SIGGES, con el fin de no aparecer con garantías retrasadas para poder cumplir con las metas y compromisos de gestión negociados con el Ministerio de Salud. Esto último solo se descubre una vez que se contrasta la fecha del ingreso a los registros con la fecha de diagnóstico en ficha clínica.

Para evitar que esto suceda, al menos en parte, FONASA en acuerdo con la Subsecretaría de Redes Asistenciales, incorporó desde el año 2016 un Compromiso de Gestión a los Servicios de Salud denominado “Oportunidad de registro en SIGGES” y la meta es que al menos el 80% de aquellas prestaciones o documentos que gatillan alguna garantía, sean registradas en menos de 5 días hábiles contados desde la fecha de su ocurrencia.

En diciembre de 2016 los casos GES atendidos en la red pública llegaron a la cifra de 27.673.146 y el cumplimiento de las garantías de oportunidad alcanzó un 99,6% a nivel de país.

Caracterización de las Personas con Garantías de Oportunidad Retrasadas GES durante el año 2016:

Las garantías retrasadas acumuladas al término del año 2016 fueron 10.278. El 68,2% correspondía a garantías retrasadas con tiempos menores a 90 días y el 31,8% a garantías que habían sobrepasado los 90 días desde su fecha de vencimiento según lo estipulado en decreto GES vigente.

Del total de retrasos, el 85% se concentró en 20 problemas de salud, siendo las tres más importantes Cataratas (1833 GO Retrasadas), Vicios de Refracción (1213) y Salud Oral (883). Es interesante notar que las enfermedades relacionadas con la visión son la principal causa de retraso, seguidas de algunos cánceres y tumores (Mama, cáncer vesicular, cervico-uterino, próstata, gástrico, colo-rectal, Tu del sistema nervioso central y Linfoma)

Considerando los 10.278 retrasos, el 39,5% corresponde a problemas de salud oftalmológicos (principalmente, cataratas y vicios de refracción), seguidos por un 22,8% por problemas de salud oncológicos.

De los 29 Servicios de Salud que tiene el sistema público, 10 son responsables de aproximadamente el 85% de los retrasos del país en el siguiente orden, de mayor a menor: Metropolitano Norte, Viña del Mar-Quillota, Metropolitano Sur Oriente, Valparaíso-San Antonio, Coquimbo, Concepción, Metropolitano Sur, Metropolitano Occidente, Metropolitano Central, Reloncaví. Cabe destacar que solo el Servicio de Salud Metropolitano Norte concentra el 25% de las garantías retrasadas del país.

Personas Fallecidas con Garantías de Oportunidad Retrasadas GES durante el año 2016:

Se analizó la base de datos de garantías de oportunidad extraída desde SIGGES de todas las personas cuyo caso GES se había cerrado por fallecimiento entre el 1 de julio de 2005 y el 31 de diciembre de 2016. Se identificaron los distintos tipos de garantías de oportunidad al momento del fallecimiento y se clasificaron por año de defunción.

Se encontró que 11.507 personas habían fallecido en el período Julio 2005 y diciembre 2016 teniendo alguna garantía GES retrasada. En este grupo de fallecidos, el índice de garantías por persona fue de 1,03 garantías.

El año 2016, fallecieron 993 personas con su garantía retrasada, éstas representan el 8,6% del total de fallecidos del período Julio 2005 y diciembre 2016.

Las garantías retrasadas del grupo de fallecidos el 2016 representan el 0,027% del total de garantías del mismo año.

En el grupo de menores de 1 año, una sola persona fallecida tenía garantía retrasada por disrafia espinal.

En el grupo de 1 a 14 años, se encontraron 7 (0,7%) personas con garantías retrasadas correspondientes a los problemas de salud GES Estrabismo (3 personas), Cáncer infantil (2) y Retinopatía del prematuro (2).

El 18% de los fallecidos con garantía retrasada correspondió a personas entre 15 y 64 años y los problemas de salud asociados fueron en orden de frecuencia: retinopatía diabética, cataratas, cáncer cérvico-uterino, depresión, colecistectomía preventiva y cáncer de testículo.

El 81% de las personas fallecidas con garantía de oportunidad retrasada, correspondió a adultos mayores de 65 años y de éstos, el 30% eran mayores de 90 años. Los problemas de salud que daban cuenta de estos retrasos eran en primer lugar Cataratas, en segundo lugar Órtesis y en tercer lugar vicios de refracción.

Personas Fallecidas con Garantías de Oportunidad Retrasadas GES durante el año 2016 y Relación con Causal de Fallecimiento:

Se realizó el análisis de las 993 personas fallecidas y se exploró la asociación potencial entre el Problema de Salud en espera de atención, la garantía retrasada y la causa de muerte proporcionada por DEIS, codificada en CIE 10 en base a información de los certificados médicos de defunción.

A partir de la causa de muerte informada por DEIS con código CIE 10 y glosa y se revisó para cada persona, su causa de muerte, la garantía retrasada y el problema de salud GES involucrado. Cuando hubo alguna asociación entre estos 3 factores, se consideró que podía existir alguna asociación entre el retraso y la muerte, siguiendo la misma metodología que en las Listas de espera NO GES.

Siguiendo esta metodología de trabajo se encontró que en el 75% (842 personas) de los casos, la causa de muerte de las personas no tenía ninguna asociación con la garantía retrasada ni con el problema de salud con garantía de atención. En el 15% (151 personas) podía haber alguna asociación entre la garantía retrasada GES y el fallecimiento.

El único fallecido menor de 1 año con garantía retrasada correspondió a un caso de Disrafia Espinal, cuya causa de fallecimiento fue un distress respiratorio grave.

En las personas fallecidas del grupo entre 1 y 15 años, los problemas de salud que se encontraron fueron: Estrabismo (3), Cáncer infantil (2), Retinopatía del Prematuro (2).

Entre 15 y 64 años: Cáncer de mama, Cáncer Gástrico, Linfoma, Hemorragia por Aneurisma cerebral, cáncer cervico-uterino, Cáncer de Ovario, Depresión.

En las personas fallecidas del grupo etario entre 65 y 79 años: Linfoma, Cáncer Gástrico, Cáncer colorectal.

Los problemas GES que podían tener alguna relación entre la garantía retrasada y el fallecimiento, para el grupo etario de 80 y más años, fueron en orden decreciente: Accidente cerebrovascular, Linfoma, Cáncer Gástrico, Cáncer de Colon.

Conclusiones

El problema de las Listas de Espera por atención de salud es un tema relevante social y políticamente. Surge de las expectativas de satisfacción de necesidades por parte de la población y por otra de las expectativas atribuidas a la gestión de los servicios de salud y prioridades asignadas a éstos.

Técnicamente es importante comprender que en ningún país del mundo se han resuelto las Listas de Espera. El incremento de producción en cantidad y tipo de las prestaciones no resuelve el problema, ya que aun cuando se aumente la producción de atenciones, a mayor oferta se expresará mayor demanda. Sin embargo, aunque la Lista de Espera no desaparecerá, sí se requieren esfuerzos importantes para reducir su tamaño, y particularmente mejorar la gestión de los tiempos de espera, a niveles que no cuestionen la satisfacción del derecho a la salud y que atiendan la expectativa ciudadana de un acceso oportuno y de calidad a la atención en el servicio público.

El comportamiento de la Lista de Espera en Chile y los desafíos asociados a su manejo no son diferentes a los que enfrentan los países desarrollados. Las experiencias exitosas de gestión de listas de espera en estos países, muestran que es posible gestionar los tiempos de espera, priorizar los casos graves y mantener a la población informada, protegiendo adecuadamente el derecho a la salud, la oportunidad y calidad de la atención.

Es necesario comprender que, en un escenario epidemiológico de envejecimiento poblacional y recursos limitados, hay mayor necesidad de personas que requieran una derivación a los niveles de atención de salud más compleja o especializada, lo que significará un aumento de las listas de espera a menos que se fortalezca de la capacidad resolutive de la Atención Primaria, y la participación en este nivel de especialistas (presencia física, telemedicina, consultorías, por ejemplo).

Las oportunidades de mejora de la gestión de los tiempos y listas de espera están relacionadas con el desafío de encontrar el mejor balance entre los recursos para la oferta de servicios y la demanda de atención. A su vez, esto está asociado al desarrollo de mejores tecnologías médicas y competencias de los médicos de atención primaria, así como a la disponibilidad de especialistas, la aplicación de incentivos de gestión que mejoren la productividad clínica y asistencial de calidad, con una mejor organización del trabajo y coordinación de la Red de atención del Sistema Público de Salud. Sin embargo, también debe señalarse que, en términos comparativos con los estándares de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que Chile integra, los recursos con que actualmente cuenta el sistema de salud chileno muestran importantes déficits en áreas críticas como médicos por mil habitantes y camas hospitalarias totales (sumadas públicas y privadas). Esta situación estructural agrega mayor dificultad a la gestión de los tiempos de espera.

Respecto de los análisis realizados por la Comisión, los hallazgos apuntan a las siguientes conclusiones relevantes:

El actual sistema de registro y repositorio de derivaciones (RNLE), así como el procesamiento de datos, las validaciones esporádicas de los datos y la forma de análisis de los mismos, muestran insuficiencias que afectan la calidad de los datos que de él se extraen, y la información que se genera para la gestión de los tiempos y listas de espera. Hay problemas en la oportunidad del ingreso de

las derivaciones, en la pertinencia de algunos registros, posee duplicaciones, registros incompletos y datos importantes no están estandarizados, entre otras falencias. Esto impide un análisis y una gestión adecuada, que facilite la priorización de las derivaciones, y que resulte en una atención oportuna y de calidad, centrada en la persona.

- Las personas que fallecieron mientras estaban en espera de atención en el RNLE, no eran 25 mil, como fue informado, sino 15.625. Estas personas fallecidas representan el 1% del total de personas que estuvieron en el RNLE durante el año 2016 y aportan con 0,85 fallecidos por 1000 habitantes a la tasa de mortalidad general del país que es 5,7.
- La información extraída del RNLE e informada al Congreso Nacional fue incorrecta. Este error se generó en parte por las falencias del RNLE, pero también producto de la ausencia de procesos formales de verificación de calidad de datos y procesamiento de grandes volúmenes de datos, así como a la ausencia de estrategias de comunicación de riesgos.
- A pesar que el número de personas que falleció mientras esperaba una atención es menor del informado al Congreso, igualmente merece un estudio y reflexión. Por ello se analizaron estas defunciones, focalizándose en la mortalidad prematura, estudiando los antecedentes de todas las derivaciones de cada persona fallecida menor de 40 años y lo mismo en una muestra (1000 personas) de fallecidos mayores de esta edad. En ese análisis, dada la limitación de los datos, sólo se puede llegar a establecer una “asociación” entre la derivación en espera y el fallecimiento, sin que ello signifique necesariamente una relación causal entre la falta de atención para al cual fue derivado y la muerte. En este estudio se observó que:
 - En el 37,8% (206) de los fallecidos menores de 40 años se puede plantear una hipótesis de asociación entre la derivación en espera y el fallecimiento. Del total de derivaciones en que planteó esta hipótesis (291), la más frecuente fue la Consulta Nueva de Especialidad (87%), en segundo lugar, están los procedimientos (8,6%) y finalmente la cirugía (4,5%). El percentil 75 del tiempo de espera para este grupo supera los 250 días para cirugías y procedimientos.
 - En el 43,8% (427) de los fallecidos de 40 y más años se puede plantear una hipótesis de asociación entre la derivación en espera y el fallecimiento. Del total de derivaciones en que planteó esta hipótesis (539) la más frecuente vuelve a ser la Consulta Nueva de Especialidad (81%), pero aumentan los procedimientos (12,3%) y las cirugías (6,3%) respecto del grupo de menores de 40 años. En este grupo el tiempo de espera también es mayor que en los menores de 40 años, donde el percentil 75 supera al año para cirugías y procedimientos. Dado que este grupo de estudio es una muestra representativa, se puede extrapolar el resultado al total de fallecidos de esta edad (15.053) y se puede decir que podría haber hasta 6.593 fallecidos en los que pueda plantearse esta hipótesis de asociación.
 - Cabe señalar que esta hipótesis de asociación, no puede ser confirmada con los datos disponibles, pero sí plantea el desafío de estudiar en mayor profundidad el fenómeno y mejorar los registros de las derivaciones para realizar futuros análisis de causalidad. Ambos aspectos están fuera del alcance de los objetivos de esta

Comisión, pero serán abordados en las recomendaciones como parte de las mejoras que deben hacerse al modelo de gestión y sistema de información global de los tiempos y listas de espera.

Los tiempos de espera observados para las derivaciones resueltas son muy cortos en comparación con los tiempos para las derivaciones que quedan en espera, por ejemplo, para resolver una consulta nueva de especialidad la mediana de 47 días, sin embargo, para las que quedan esperando la mediana a dic. 2016 fue de 302 días; estos tiempos no son coherentes con la estrategia de focalizar en los casos más antiguos.

El desafío de la gestión de los tiempos y listas de espera, es identificar adecuadamente a las personas que requieren atención especializada prioritaria y otorgarla oportunamente. Los análisis realizados muestran que no es sólo posible sino necesario avanzar hacia programas y protocolos específicos, corrigiendo el modelo de gestión y el sistema de información actual con enfoque epidemiológico y con énfasis en reducir los Tiempos de Espera para resguardar una atención oportuna.

Respecto del monitoreo de las derivaciones focalizado en las Consultas Nuevas de Especialidad e Intervenciones Quirúrgicas, parece insuficiente, en el entendido de un continuo asistencial necesario para resolver efectiva y oportunamente los problemas de salud de la población beneficiaria del sistema público. Toda vez que se observa que las derivaciones a procedimientos superan en frecuencia a las cirugías, pero tienen una baja resolución, no se monitorean y constituyen, en muchos casos, pasos previos necesarios para avanzar en la resolución quirúrgica de problemas de salud. Como el cáncer en personas adultas jóvenes, donde la oportunidad de la atención es clave para mejorar la sobrevivencia.

Finalmente, es una visión compartida en la Comisión, que la gestión de tiempos de espera debe hacerse desde el nivel local de los establecimientos de salud, con acceso del público a la información de la espera. La Comisión estima que la función del nivel central del Ministerio de Salud no es gestionar las esperas de los establecimientos, sino que, desde el ejercicio del rol rector que sí compete a la Autoridad Sanitaria Nacional, el nivel central del Ministerio debe establecer un marco para la generación de criterios de priorización de la espera y supervisar y fiscalizar que dichos criterios efectivamente se apliquen a nivel de los establecimientos.

Respecto del GES:

Una de las falencias que más impacta en la generación de retrasos GES tiene que ver con la brecha existente de especialistas, principalmente, para la resolución de las patologías del adulto mayor y las oncológicas. Casi la mitad de las garantías retrasadas son confirmaciones diagnósticas, que se resuelven con consulta de especialista y la otra mitad son garantías de tratamiento, donde la gran mayoría requiere pabellón para su resolución. En este ámbito, la brecha de anestesiólogos en los hospitales públicos pareciera ser un factor importante en la generación de los retrasos.

La oferta actual de oncólogos médicos, cirujano-oncólogos, radioterapeutas, médicos nucleares, físicos médicos, entre otros, pareciera que no da cuenta de la demanda existente, donde casi 1 de cada 4 retrasos GES es un problema de salud oncológico. Por otra parte, es importante señalar que

la capacidad instalada de equipos puede ser una limitante a la hora de iniciar los tratamientos de radioterapia a los pacientes.

A 11 años de implementación del GES, aún persisten como primera causa de retrasos GES los problemas de salud oftalmológicos, con casi el 40% del total de retrasos. El déficit de especialistas, aparece como una de las problemáticas no resueltas.

Los Problemas de Salud Cardiovasculares (cardíacos y neurológicos), requieren revisión de su modelo de atención e incorporación de mejoras a las actuales garantías, lo que se está estudiando para incorporación en próximo Decreto.

Por ley, Fonasa es el garante del GES y tiene la responsabilidad de resolver las garantías reclamadas por los beneficiarios, lo que se efectúa realizando compras de servicios a segundo prestador licitado.

Se ha implementado como política, en los últimos años, la compra de prestaciones retrasadas no reclamadas por los beneficiarios, como una manera de adelantarse al riesgo sanitario que pudiera implicar el no otorgamiento de una prestación dentro del tiempo definido como oportuno, para aquellos problemas de salud que los Servicios de Salud declaran no tener la capacidad de resolución. En el año 2017 se incorporaron también en esta lógica de gestión, los casos en riesgo de incumplimiento de la garantía de oportunidad, de manera de evitar los retrasos GES.

Recomendaciones de la Comisión

La comunicación de la información en los reportes de la Glosa 06, en el marco de la Ley de Presupuesto, debe ser contextualizada en el funcionamiento de la red asistencial y en el perfil epidemiológico del país. Es necesario que la función fiscalizadora del Parlamento y la obligación de informar del Ejecutivo concuerden en redefinir la información que se envía de tal manera que permita una mejor comprensión de la gestión de los tiempos de espera y del dinamismo de la lista de espera, así como su relación con la producción del sector, con un enfoque de cuenta pública, entendible para toda la población, que descansa en la responsabilidad de todos los actores por mantener el valor de la credibilidad en el sistema de salud, que es fruto de una larga historia ajena a los vaivenes políticos y que debe preservarse.

La Comisión considera que es necesario que el Ministerio de Salud priorice su rol rector, por sobre una gestión operativa centralizada de las derivaciones de la red de atención. Esto se debería expresar por una parte en la fiscalización de la gestión de los tiempos de espera y por otra, en la supervisión de la implementación de modelos de gestión de tiempos de espera de efectividad probada. En este rol rector debe incorporar también el modelamiento de la información del proceso para la gestión de los tiempos de espera y la estandarización de procesos formales de producción de información de alta calidad. Esto es especialmente importante por su efecto en el diseño del sistema informático, la implementación del mismo y las medidas de gestión clínica que deben implementarse para disminuir los tiempos de espera.

Respecto de la gestión de los tiempos de espera es necesario incorporar buenas prácticas a partir de experiencias nacionales e internacionales que han mostrado beneficios, especialmente en la

disminución de tiempos de espera, así como en la disminución de las listas de espera, a través de una mejor priorización de casos y que cuide la satisfacción de los usuarios.

Esto incluye tener presente que la participación de los usuarios es relevante. Por una parte, los usuarios deben estar informados respecto de su situación en la lista de espera con relación a tiempos de espera, incluyendo la actualización permanente de los datos de contactabilidad. Por otra parte, es fundamental que la población se involucre en la validación de los procesos de gestión de los tiempos y lista de espera. Esto implica el desafío de la aplicación de estrategias inclusivas de participación ciudadana efectiva.

La Comisión considera necesario incluir algunas buenas prácticas como:

1. Redefinir el rol y funciones del médico contralor en la APS, con objetivos claros de su gestión en las listas de espera originadas en APS
2. Redefinir el rol del médico contralor del nivel secundario, con objetivos claros de su gestión en las listas de espera y diferenciado del médico contralor de APS, otorgándole un rol como un supervisor de la APS y contralor del nivel terciario
3. Definir 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, así como punto de referencia para el médico contralor.
4. Establecer protocolos y criterios de priorización para la atención de personas derivadas, basados en criterios de riesgo, tal como lo sugiere la lógica del Régimen General de Garantías en Salud, establecida en el artículo 3° de la Ley GES 19.966, después de los cuales se comience a contar y gestionar tiempos de espera, de modo que los médicos puedan ejercer su rol contralor en forma más efectiva.
5. Dichos criterios de riesgo deben ser definidos con una visión integral, tomando buenas prácticas de experiencias internacionales, donde se recomienda considerar rangos de tiempos máximos de antigüedad por patología, criterio clínico asociado a la gravedad de la patología y discapacidad que genera y criterio social asociado a deterioro de la situación de salud del paciente y sus costos asociados.
6. Definir mediciones (indicadores) para el monitoreo de la gestión de los tiempos de espera, basado en definiciones claras de tiempo de atención o resolución y tiempo de espera o demora; que midan la aplicación de los criterios de riesgo con que se prioricen las derivaciones y el resultado de ello; que mida la situación de las personas y no de las derivaciones, es decir, con análisis centrado en el paciente; que aborden todos los tipos de prestación, especialmente los procedimientos que son muchas veces un paso requerido para aumentar el acceso a intervenciones quirúrgicas y, finalmente que permita identificar alertas oportunas de situaciones de riesgo.
7. Generar cobertura real de atención de salud para las necesidades de grupos de poblacionales con barreras de acceso, con foco en los grupos detectados en el análisis epidemiológico de la Lista de Espera.
8. Definir mecanismos de comunicación y de aseguramiento de la contactabilidad con los pacientes para efectos de disminuir barreras de acceso a la atención por inubicabilidad.
9. Se deben realizar análisis en profundidad de los tiempos de espera observados para las derivaciones resueltas y las que quedan en espera, a fin de establecer las causas de las diferencias que no reflejan la estrategia de focalización de la resolución en los casos más antiguos (por ejemplo, para resolver una consulta nueva de especialidad la mediana de 47 días, sin embargo, para las que quedan esperando la mediana a dic. 2016 fue de 302 días)

Se recomienda explorar las prácticas de Servicios de Salud y/u Hospitales que han generado proyectos de innovación, ya sea en el Modelo de Gestión, en las mediciones de monitoreo y evaluación o en los softwares que utilizan, a fin de buscar replicabilidad nacional y establecer estrategias que eviten duplicación de registros.

Para efectos de avanzar desde el análisis de asociación que fue posible realizar, hacia un análisis de causalidad de la derivación en espera y la casusa de muerte, la Comisión recomienda realizar una investigación clínica de los fallecidos en que se encontró asociación; para lo cual se recomienda usar metodologías ya establecidas en el MINSAL como es la investigación clínica de muertes maternas, que incluye revisión de antecedentes de la ficha clínica, autopsia verbal y recopilación de datos administrativos de diversas fuentes, entre otras medidas, que permitirían establecer relaciones de causalidad. Estos mecanismos de investigación clínica deberían ser parte de procesos formales de monitoreo y gestión de los tiempos y listas de espera.

Respecto al Sistema de Información para la Gestión de Tiempos y Listas de Espera, es necesario abordar todos sus componentes, más allá de una solución informática para el registro de derivaciones. Este sistema de información debe agregar valor a los procesos de toma de decisión de la gestión de tiempos de espera, proporcionando información relevante, procesada desde múltiples fuentes vinculadas a la gestión de derivaciones, con altos estándares de calidad y que pueda generar evidencia para políticas nacionales de gestión de tiempos de espera.

Las mejoras del Sistema de Información incluyen:

1. Un diseño de información centrada en la persona y no en las derivaciones, de modo que puedan identificarse múltiples derivaciones, la antigüedad real y los antecedentes necesarios para priorizar la atención por criterios clínicos y sociales.
2. Mejorar y precisar los indicadores de medición de monitoreo y evaluación de los resultados intermedios y finales de la gestión de tiempos de espera.
3. Revisar la definición del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) que debe contener la derivación, según protocolos de derivación y priorización.
4. Incorporar participación ciudadana efectiva en instancias de definición de los protocolos de priorización.
5. Estandarizar los datos que se han identificado como relevantes para la gestión los tiempos de espera. Es especialmente importante la codificación de diagnósticos en el ingreso de datos al RNLE, con los respectivos esfuerzos de capacitación y acompañamiento de los profesionales que registran los datos.
6. Generar información de monitoreo y evaluación de los Tiempos y Listas de Espera basados en procesos formales y estandarizados de producción de información, que corrijan los problemas detectados en la calidad y análisis de los datos.
7. Transferir el proceso de producción de información oficial de la Gestión de Tiempos y Listas de Espera al Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), para efectos de aplicar procesos estandarizados de producción de información y estadísticas de salud que van desde validación periódica de calidad e integridad de datos (por ej. fallecidos), mecanismos para corrección de errores (coherencia entre edad y sospecha diagnóstica, especialidad y sospecha diagnóstica, etc.), consolidación de múltiples fuentes (GES, egresos hospitalarios, etc.), producción y reporte de indicadores, validación de información a través

- de análisis de tendencias y diseminación de la información generada a los diversos grupos de interés. Esta transferencia también permitiría manejar grandes volúmenes de datos desde la explotación directa de la base de datos y sumando cruces con otras bases de datos.
8. Es necesaria una mayor coordinación del sector para hacer uso de la información administrativa y de esta manera disponer de antecedentes actualizados para el monitoreo, control de gestión y rendición de cuentas en esta materia (Superintendencia de Salud, FONASA, Subsecretarías del Ministerio y Servicios de Salud)
 9. Es necesario rediseñar el sistema informático para que refleje un modelo de gestión de tiempos y lista de espera basados en criterios de priorización y definiciones claras de procesos. Este rediseño debe resolver los problemas de ausencia de límites temporales para la carga de datos, debe contener datos estandarizados, debe contener todos los datos relevantes, debe tener reglas de validación de ingreso de datos para evitar registros parciales y reglas de negocio para entregar alertas oportunas que orienten la gestión de los tiempos de espera según el modelo de prioridades de atención. Debe ser utilizable por todos los grupos de interés, incluyendo pacientes, y debe facilitar la comunicación de la red, facilitando especialmente la retroalimentación de la APS, para mejorar la oportunidad de la atención de los pacientes.
 10. En su rol Rector, el MINSAL deberá establecer procesos de supervisión y fiscalización tendientes a:
 - Evaluar permanentemente los tiempos y listas de espera en todos los servicios de salud del país, de acuerdo con los resultados de gestión que tengan, por ej. Tiempos de espera, Tasas de derivación, tasas de resolución, tasas de defunción, etc.
 - Capacitar a los equipos de salud para favorecer las buenas prácticas de gestión de tiempos y listas de espera.
 - Procurar desarrollar iniciativas que apunten a la superación, por parte de los médicos, de las limitaciones que tiene para llenar correctamente con el formulario de Certificado Médico de Defunción y otros registros de interés para el monitoreo de la gestión de Tiempos y Listas de Espera.
 - Procurar fortalecer las competencias del equipo de codificadores de causas de muerte en el DEIS.

Respecto del GES:

En primer lugar, mejorar el control y fiscalización de las garantías retrasadas ya no sólo haciendo seguimiento en el SIGGES, sino que en la ficha clínica, con el fin de evitar que se retrase el ingreso al sistema de registro.

Esto es realizado en la actualidad por la Superintendencia de Salud y se sugiere profundizar revisión con ella de lo observado, para evaluar la mejor forma de dar continuidad a esta medida y de utilizar sus resultados para gestión y mejora.

En concordancia con las acciones que ha estado implementando FONASA desde enero del año 2015, en cuanto a considerar que las prestaciones están retrasadas cuando por sistema detectan que se cumplió el plazo para otorgarla, antes que la Garantía de Oportunidad sea reclamada por el Beneficiario, la Comisión aprobó el poner en las recomendaciones, la propuesta de uno de sus Miembros en cuanto a este punto, en el que se ha presentado una sugerencia para modificar la Ley.

“Para superar los problemas que presenta la operación de la GES de Oportunidad en el sistema público, definitivamente se debe sacar el impulso principal de la acción del reclamo al paciente o un

familiar para que se cumpla la GES de Oportunidad, en especial para aquellos perfiles de pacientes de alto riesgo que pueden llegar a la muerte.

Creemos que los principales obligados a designar un segundo prestador deben ser FONASA y la Superintendencia de Salud. Porque la ley obliga a garantizar el otorgamiento de las GES. Así lo dice el artículo 4º, letra a), de la Ley Nº 19.966, cuando al definir la GES de Acceso dice que ella es la “obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas” a sus beneficiarios.

No cabe duda que el mejor cumplimiento de esa obligación se materializará imponiéndoles el deber de designar un segundo prestador tan pronto se enteren de que el primer prestador no está en condiciones de otorgar las prestaciones; y no esperar a que el paciente o un tercero a su nombre reclamen. Respecto de la Superintendencia de Salud, también pensamos que cumpliría de mejor modo su misión si, durante una revisión o fiscalización, detecta un caso de no otorgamiento de prestaciones garantizadas en el plazo correspondiente. Lo anterior no significa que el paciente, afiliado o tercero a su nombre queden impedidos de reclamar. Eso se mantendrá. Pero no será el principal obligado ni habrá de esperar a que reclamen para designar un segundo o tercer prestador.”

ⁱ*Incluye: Consultas Médicas: Pediatría, Medicina Interna, Neonatología, Broncopulmonar, Cardiología, Endocrinología, Gastroenterología, Genética, Hematología, Hematología Oncológica, Nefrología, Nutrición, Reumatología, Dermatología, Inf. Transmisión Sexual (excluye VIH/SIDA), VIH/SIDA, Geriatria, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología, Oncología, Psiquiatria, Infectología, Cirugía Infantil, Cirugía Adulto, Cirugía Abdominal, Cirugía de Mamas (excluye Patología Mamaria), Cirugía de Mamas con Patología Mamaria, Cirugía Máxilo Facial, Cirugía Plástica, Cirugía Proctológica, Cirugía Tórax, Cirugía Vascul ar Periférica, Neurocirugía, Criocirugía, Anestesiología, Obstetricia, Ginecología (excluye Patología Cervical e Infertilidad), Ginecología Patología Cervical, Ginecología Infertilidad, Oftalmología (excluye UAPO), Oftalmología en UAPO, Otorrinolaringología, Salud Ocupacional, Traumatología, Urología, Medicina Familiar. Consultas Resueltas por telemedicina: TeleCardiología, TeleDermatología, TelePsiquiatria, TeleOftalmología, TeleOtorrinolaringología, Telenefrología, Teleneurología (pacientes ACV), Otras Teleconsultas.